

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

LABORATOIRE DU
DEVELOPPEMENT ET DU MAL-
DEVELOPPEMENT



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
THE SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

LABORATRY OF NORMAL AND
ABNORMAL DEVELOPMENT

DYSFONCTIONNEMENT DU LIEN FAMILIAL ET CONDUITES ADDICTIVES AUX DROGUES CHEZ L'ADOLESCENT

*Mémoire rédigé et soutenu le 24 septembre 2024 en vue de l'obtention du
Master en Psychologie*

Spécialité : Psychopathologie et clinique

Présenté par :

NGANDI SAMINDI Marie Noelle

Licenciée en psychologie

Option psychopathologie et clinique

Matricule : 17Q508



Membre du jury

Président : EBALE MONEZE Chandel (Pr)

Rapporteur : MAYI Marc Bruno (Pr)

Membre : ONDOUA MBENGONO Laura (CC)

Juillet 2024

DEDICACE

A

Mes feus parents SAMINDI Paulin

&

KAKNOU Marie

SOMMAIRE

DEDICACE.....	1
REMERCIEMENTS	iii
LISTES DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ANNEXES.....	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE	16
CHAPITRE 1 : ADOLESCENCE ET CONDUITES ADDICTIVES.....	17
CHAPITRE 2 : PERSPECTIVES SUR LE LIEN	61
PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	88
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE	89
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	110
CHAPITRE 5 : INTERPRETATION DES RESULTATS, DISCUSSION ET PERSPECTIVES.....	126
CONCLUSION GENERALE	146
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	150
ANNEXES	ix
TABLE DES MATIERES	xxiii

REMERCIEMENTS

Ce travail est le résultat d'un grand moment de réflexion et d'effort donc nous ne pouvions pas mener à terme sans l'aide de certaines personnes. Ainsi, nous leur adressons ici nos gratitude. Nos gratitude s'adressent :

- ❖ Au Pr MAYI Marc Bruno pour avoir accepté de diriger ce travail. Il a mis à notre disposition son savoir, son savoir-faire et son savoir être en matière de recherche ;
- ❖ Au Pr EBALE MONEZE chandel, chef de département de psychologie pour sa bienveillance, pour avoir offert un cadre propice de recherche et la facilité avec laquelle il nous a procuré les documents administratifs nécessaires pour la réalisation de cette recherche ;
- ❖ A tous les enseignants du département de psychologie de l'Université de Yaoundé 1 pour les enseignements qu'ils n'ont cessé de nous fournir ;
- ❖ A toute l'équipe du laboratoire de psychologie du développement et du mal développement pour la disponibilité, l'encadrement et l'accompagnement meilleur en matière de recherche ;
- ❖ Au Dr KEMME KEMME Marileine (responsable du centre « La Vie), et Dr Ghislain pour l'accompagnement multiples ;
- ❖ A mes aînés académiques Arnauld Bayemi et Elysée Mbolé pour leurs multiples encadrements et conseils ;
- ❖ A M. Célestin Tchaitoumou, M. Gabriel Ndopsoumouna, M. Arthur Guiling, M. Djona Guidang, Mme Julienne Nah pour leur soutien matériel ;
- ❖ A mes amis : Kouyabe Sophie, Somi Nderkanzuku kevin, Makani Alphonse, Ndjikam Amidou, Adama, Emmanuel Baani pour leur soutien moral à l'accomplissement de ce travail ;
- ❖ A mes frères et sœurs : Voumkaye Samindi Martial, Falwa Samindi Raissa, Firida Samindi Audrey, Ruth, Haranga Estha Esther, Bahane Claude Miradine, Guidang Sabalna pour leur encouragement et soutien de toute nature. Je vous aime ;
- ❖ A tous mes camarades de promotion pour leur encouragement
- ❖ A tous ceux qui de près ou de loin m'ont accompagné dans la réalisation de cette œuvre

LISTES DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

APA : Association Américaine des Psychologues

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNLD : Comité Nationale de Lutte contre la Drogue

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

HCY : Hôpital Central de Yaoundé

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

OICS : Organe Internationale de Contrôle des Stupéfiants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

ONUDC : Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime

UE : Union Européenne

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Le développement mammaire selon Tanner	22
Tableau 2 : Le développement des organes génitaux externes du garçon selon Tanner (1962).....	23
Tableau 3: La pilosité pubienne (garçon et fille) selon Tanner (1962).....	23
Tableau 4: variables, modalités, indicateurs, indices de l'hypothèse générale	94
Tableau 5: Tableau des caractéristiques des participants.....	101

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Autorisation de recherche	x
Annexe 2: Demande de collecte des données	xi
Annexe 3 : Contenu des entretiens individuels	xii

RESUME

Cette recherche s'intitule « dysfonctionnement du lien familial et conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ». La question des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent est un phénomène en plein essor dans le monde entier et au Cameroun en particulier. Chaque semaine qui passe on enregistre des nombreux cas de consommation de drogues chez les adolescents malgré les actions entreprises par le gouvernement. Période de transition qui succède l'enfance et précède l'âge adulte, l'adolescence est caractérisée par de nombreux bouleversements sur le plan biologique, psychologique et même social. Tsala Tsala (2002), soutient qu'il s'agit d'une période difficile pendant laquelle l'individu cherche une identité propre. Il doit se situer par rapport à l'enfant qu'il quitte et du statut d'adulte vers lequel il s'achemine. Pour cela il a besoin, de sécurité, du soutien émotionnel d'espace et de temps de sa famille auquel il est lié. Cependant, la négligence parentale, le fonctionnement rigide l'absence des liens significatifs et les incompréhensions entravent la construction de l'identité propre et entraînent des sentiments d'insécurité et de détresse. C'est ce qui se retrouve au cœur des problèmes les plus sévères tels que la délinquance, l'addiction aux drogues (Claes, 2004). La recherche s'inscrit dans un paradigme compréhensif à partir d'un devis qualitatif. Les données sont collectées auprès de quatre participants au centre « La vie » de l'HCY, tous âgés entre 15 et 17 ans. L'analyse de contenu est la technique d'analyse utilisée. Les principaux résultats soulignent que les adolescents sont toujours perçus par les parents comme des enfants, ils ne voient pas en eux des individus qui ont évolués, changés et qui ont besoin d'un certain encadrement. Ce sont ces situations qui entraînent un sentiment de détresse et de mal être que l'adolescent tente d'inhiber par la consommation abusive des drogues. Ainsi, l'addiction fait supporter l'insupportable et permet de se débarrasser des affects douloureux.

Mots-clés : dysfonctionnement du lien, conduites addictives, drogues, adolescence, identité.

ABSTRACT

This research is entitled “dysfunction of the family link and addictive behavior to drugs among adolescents”. The issue of addictive behaviors among adolescents is a growing phenomenon throughout the world and in Cameroon in particular. Each week that passes, numerous cases of drug consumption among adolescents are recorded despite the actions undertaken by the government. A period of transition which follows childhood and precedes adulthood, adolescence is characterized by numerous upheavals on a biological, psychological and even social level. Tsala Tsala (2002), argues that this is a difficult period during which the individual searches for their own identity. It must be situated in relation to the child he is leaving and the adult status towards which he is moving. For this he needs security, emotional support, space and time from his family to whom he is linked. However, parental neglect, rigid functioning, absence of meaningful connections and misunderstandings hinder the construction of one's own identity and lead to feelings of insecurity and distress. This is what is at the heart of the most severe problems such as delinquency and drug addiction (Claes, 2004). The research is part of a comprehensive paradigm based on a qualitative design. Data is collected from four participants at the HCY “Life” center, all aged between 15 and 17 years old. Content analysis is the analysis technique used. The main results highlight that adolescents are still perceived by parents as children, they do not see in them individuals who have evolved, changed and who need a certain amount of supervision. These are the situations that lead to a feeling of distress and unhappiness that the adolescent tries to inhibit through the abusive use of drugs. Thus, addiction makes you bear the unbearable and allows you to get rid of painful affects.

Keywords : link dysfunction, addictive behaviors, drugs, adolescence, identity.

INTRODUCTION GENERALE

0.1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

L'addiction ou conduites addictives aux drogues chez l'adolescent est un phénomène en pleine croissance. Elle est une réelle préoccupation de santé publique qui interpelle de plus en plus le corps médical et les pouvoirs publics. Ce phénomène occupe une place importante dans les débats publics, comme l'illustrent de nombreux chiffres communiqués dans la littérature. L'expérimentation de drogues et parfois l'entrée dans la consommation abusive ont souvent lieu avant 18 ans. L'abus de drogues bien qu'interdit par la loi est, répandue chez les adolescents. Ces substances étant « *considérées posséder un pouvoir redoutable, celui de plonger le sujet dans l'animalité et la déchéance morale et sociale* » (Bergeron, 2009).

Sur le plan mondial, l'addiction aux drogues chez les adolescents est en augmentation, tant en termes de chiffres globaux que de proportion de la population mondiale. On estime environ 250 millions de personnes consommant des drogues et 25 millions de dépendants. Selon l'Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (ONUDC, 2023), le nombre de personnes faisant usage des drogues a augmenté soit de 21% ces dix dernières années. Par conséquent 4% de la population a fait usage de drogues en 2021. En 2022, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), rapporte que dans le monde, 155 millions d'adolescents consomment des drogues d'une façon nocive. Le rapport de l'ONUDC (2017) fait mention que le nombre des jeunes consommateurs qui était de 2 % en 2010, est passé à 6% en 2017.

Dans le même sillage, le rapport mondial de l'UNODC (2020), dénombre environ 269 millions le nombre de personnes ayant consommé des drogues au cours de l'année écoulée, soit 5,4% de la population mondiale âgée entre 15 et 65ans. Parmi ces personnes, environ 35 millions sont dépendants et la majeure partie de ces personnes sont des jeunes. L'OICS (2020), souligne que l'utilisation de drogues, met en péril l'avenir des jeunes et à un impact majeur sur l'économie, la société, les familles et les communautés. Des conventions internationales relatives au contrôle des drogues (1961, 1972 et 1971) préconisent les mesures possibles pour prévenir l'abus de drogues et assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réinsertion sociale de ces personnes (OICS, 2020). Elles disposent également que les parties favoriseront, autant que possible, la formation d'un personnel pour la prise en charge.

En 2019, l'Office des Nations Unies Contre le Drogue et le Crime (ONUDC), note que l'abus de drogues est responsable de 45000 décès par an. Et que, un individu meurt de cet abus toutes les trois minutes, comme l'avait souligné l'UNICEF (Fond des Nations Unies pour

l'Enfance) et l'UNESCO (Organisations des Nations Unies pour l'Education, la Science et la culture) en 2012. Cet abus est également l'une des principales causes des accidents de la route et de la violence.

Les statistiques américaines sur cette problématique sont assez évocatrices, elles démontrent que de 12.6% à 35.3% des jeunes américains âgés entre 14 et 18 ans ont déjà consommé de la marijuana (Hansen & O'Malley, 1996). Par ailleurs, Segal et Stewart (1996) rapportent qu'en milieu scolaire, un adolescent américain sur cinq en consomme de façon régulière (environ trois fois ou plus par semaine, mais pas tous les jours).

En Europe, un rapport de l'Observatoire Européen des Drogues et des toxicomanies (OEDT) en 2019, indique que l'Union Européenne (UE), a été le théâtre de saisies sans précédent avec plus de 141 tonnes des drogues, notamment dans les grands ports de l'Europe du Nord. Afin de mieux s'ajuster aux changements actuels, les autorités ont instauré un programme visant à prévenir les toxicomanies, à prendre en charge la dépendance, à développer la réduction des risques et à combattre le trafic.

En France, le nombre d'adolescents de 17 ans faisant usage des drogues a connu une hausse, quittant de 5,1% en 2008 à 11,7% en 2019 (Observatoire français des drogues et des toxicomanies & santé publique France, 2019). L'alcool, le tabac et le cannabis restent les principales substances consommées par les adolescents et les jeunes adultes. Ces données sont similaires dans d'autres pays européens et anglo-saxons.

En Afrique, la consommation des drogues chez les adolescents a augmenté au fil des ans (ONUDC, 2018). Plus de 12% de la population comprise entre 15 et 64 ans sont consommateurs réguliers du cannabis en Afrique. Plus alarmant dans des pays tels que le Ghana et la Sierra Léone où le taux de la consommation abusive de drogues notamment le cannabis chez les adolescents est plus élevé soit plus de 20% (ONUDC, 2014). En Côte d'Ivoire, on remarque un usage précoce des drogues dans les écoles, avec pour conséquences les mauvaises performances scolaires, les ruptures et/ou exclusions au niveau social et familial (ONUDC, 2018). Le Tchad est également préoccupé par ce problème de consommation de substances psychoactives chez les adolescents. Nour (2017), rapporte que plus de 4 jeunes tchadiens sur 10 déclarent avoir déjà consommé de la drogue, de l'alcool ou de la cigarette.

Au Cameroun, l'ampleur de l'addiction aux drogues chez les adolescents devient de plus en plus problématique. Les statistiques nationales à ce sujet en sont inquiétantes. Dès lors, il ne saurait se passer une semaine sans qu'on enregistre un ou plusieurs cas de consommation de drogues avec des comportements qui les accompagnent. Ce phénomène est un réel problème de

société Camerounaise comme le souligne Owono (2006). La consommation de drogues par les adolescents trouve un terrain favorable dans les écoles, lycées et collèges du Cameroun avec une prévalence de plus de 15% comme le rapporte Kamtche (2015). Une étude menée par la fondation Kam-Siham et Univers Psycho en 2009, sur un échantillon de 1800 élèves a permis de constater que 30% des élèves des lycées et collèges consomment de la drogue et 10% était devenus dépendants. La couche vulnérable la plus concernée, oscille entre 15 et 25ans.

L'enquête réalisée en 2018 par Ntap auprès de 7000 milles élèves du Lycée Bilingue de Yaoundé montre que le tramadol, encore appelé « Tramol », drogue de synthèse, est très consommée dans les établissements au Cameroun. De plus dans une étude épidémiologique transversale faite à base d'un questionnaire auto administré comptant 448 élèves des lycées d'enseignement général de la ville de Bafia, Patrice, Baptiste et Lucien (2021), parviennent à la conclusion selon laquelle : la consommation des substances psychoactives dans cette partie du Cameroun va crescendo. Elle commence le plus souvent à l'âge de 14 ans. Des groupes, associations et certains responsables d'établissement tentent tant bien que mal d'éradiquer ce ses ravages. Mais, les statistiques demeurent inquiétantes.

D'après les statistiques du Comité nationale de lutte contre la drogue (CNLD), publiées en 2022, 21% de la population camerounaise en âge scolaire a déjà expérimenté toutes sortes de drogues confondues qu'elle soit licite ou illicite, et 60% des jeunes âgés entre 20 et 25 ans sont des consommateurs réguliers. Allant dans le même sens, le 08 juillet 2021, à l'issue de la clôture des activités de Lutte contre le trafic illicite de la drogue présidé par le ministre de la santé publique, le CNLD a souligné que, le nombre de camerounais accros aux drogues notamment au cannabis serait plus élevé que celui des personnes dépendantes du tabac et de l'alcool qui viennent respectivement en seconde et en troisième position. Soit 60% consommant le cannabis et 37% consommant l'alcool et le tabac. (Cameroon Tribune, 2021).

Une enquête conduite en 2019 par le ministère de la santé publique, a montré que 12000 adolescents camerounais âgés de 13 à 15 ans indépendamment de leurs lieux de résidence disent avoir déjà consommé au moins une fois du cannabis (Nsia, 2019). Le ministre camerounais de la santé, Manaouda Malachie quant à lui avait déclaré en 2019 que la prévalence était forte dans les établissements scolaires. A en croire Maïna (2018) : « 12 000 000 de jeunes scolarisés, âgés de 13 à 15 ans, consomment du cannabis qui est la drogue dure la plus consommée par la jeunesse avant le tramadol ». Ces adolescents ancrés dans la consommation de la drogue appartiennent aux familles au sein desquelles il existe un dysfonctionnement. Comme le

remarque Nguimfack et al (2010), l'apparition de certains comportements problématiques à l'adolescence notamment les fugues dans la rue et les conduites délinquantes mettent en exergue le déséquilibre familial.

Le phénomène d'addiction aux drogues s'observe également dans les hôpitaux de Yaoundé particulièrement à la clinique psychiatrique de l'hôpital Jamot où l'étude réalisée par Mbassa Menick, Menguene Mviena et Benguile (2012) a montré que sur 108 patients usagers de drogue problématique, 75% d'entre eux étaient âgés de moins de 30 ans.

En dépit des données citées ci-haut, l'addiction aux drogues chez les adolescents Camerounais scolarisés ou non, reste un fait inquiétant. Pour y faire face le gouvernement camerounais n'est pas rester indifférent mais, il a signé plusieurs accords. Donc, la circulaire n°19/07MINESEC/Sg/Drh/SdSSapps des enseignements secondaires faisant des établissements scolaires des espaces non-fumeurs en raison de la création des clubs anti-tabac en milieu scolaire. Dans le même sens, en janvier 2018, le gouvernement camerounais crée un Comité Interministériel de lutte contre les drogues en milieu scolaire.

De plus de nos jours nous notons l'existence des structures se préoccupant de la lutte contre la drogue à l'instar du Comité National de Lutte contre la Droque (CNLD) mise en place en 1992 par le gouvernement donc l'objectif principal est de multiplier des stratégies de sensibilisation d'éducation, d'accompagnement des jeunes confrontés à ce problème. Nous notons aussi la création en 2015 au sein de la Délégation générale à la sûreté nationale de la compagnie de sécurisation des établissements scolaires et universitaires régulièrement sollicitées par les chefs d'établissements pour des cas de violence, d'indiscipline et de la consommation des stupéfiants. Nous soulignons également la présence depuis 2015, des centres de prévention et de soin en addictologie (CSAPA) dans toutes les dix régions du Cameroun. Le gouvernement encourage et soutien également les associations de lutte contre la consommation des drogues.

Malgré les efforts déployés et les mesures prises jusqu'à présent, le problème relatif à l'addiction aux drogues chez les adolescents reste toujours d'actualité et prends de l'ampleur et son impact sur la jeunesse est très importante. Les statistiques de la commission des droits de l'homme (2022), sont assez évocatrices. Celle-ci révèle que 60% des jeunes âgés de 12 à 20 ans sont des consommateurs réguliers de la drogue au Cameroun. Autre chiffre, 21% de la population en âge scolaire a déjà consommé la drogue et les jeunes de 15 ans sont concernés par ce fléau avec une prévalence de 15% plus élevé en milieu scolaire. De tels chiffres à

l'échelle nationale ne s'aurait laisser personne indifférente. Les jeunes sont de plus en plus cités dans la consommation du chanvre indien, du tramol, des agressions, des viols, des braquages. Ce phénomène semble avoir des ancrages psychologiques et sociaux consistants qui détermineraient sa forte consommation malgré les conséquences que cela comporte.

Face à la difficulté de lutter contre l'addiction aux drogues chez l'adolescent s'en suit ce fléau entant que véritable problème qui affecte à la fois l'individu et son entourage. Ce problème interpelle tout chercheur et en particulier celui spécialisé en psychopathologie et clinique. Ainsi, de ces données épidémiologiques, il est nécessaire de poursuivre des recherches autours de ce phénomène, afin de mieux le comprendre et d'y apporter des solutions plus efficaces.

Blos (1984), « *fait valoir l'addiction aux drogues comme un moyen de se défendre vis-à-vis d'une nouvelle individuation, d'une nouvelle naissance secrètement terrifiante* ». La drogue prend dans ce contexte la place d'un objet d'ambivalence dans un cycle addictif où s'alternent autodestruction et lutte pour l'individuation. Ces conduites sont d'autant plus exacerbées lorsque l'environnement ne parvient pas à intégrer l'évolution du jeune, à être un référent des changements tout en témoignant de réalité, des limites, de la continuité. En effet, le jeune a besoin face aux débordements de sa vie pulsionnelle de trouver des ressources d'étayage à l'extérieur, de trouver une position d'adulte dans les réponses de ses parents. Or, ces conduites de rupture sont souvent en résonance avec des difficultés de l'entourage qui concourent à l'escalade dépressive. Les conduites addictives apparaissent ainsi comme un comportement à la fois et collectif. Il résulte d'un dysfonctionnement intrapsychique mais aussi interactionnel entre l'adolescent et sa famille.

Alors les conduites addictives aux drogues peuvent s'expliquer à partir de la théorie psychanalytique du lien dans son versant du sujet singulier, mais aussi du sujet du groupe.

0.2- POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME

L'adolescence représente une phase cruciale de développement pour chaque individu. Pour Cannard (2019), l'adolescence est une période de transition au cours de l'existence humaine, une étape de vie caractérisée par des transformations sur le plan biologique, psychologique et même social. Il s'agit d'une période qui commence avec la puberté et se termine avec l'âge adulte. Le déclenchement de la puberté se fait non seulement sous l'effet de l'hypothalamus, mais aussi, sous l'activité hormonale et des facteurs psychosociaux. Avec la poussé pubertaire, le corps de l'adolescent devient complètement modifié, sa pensée change, et sa vie sociale évolue dans un

mouvement d'émancipation Meloupou (2013). Pour Freud (1905), pendant cette période, les pulsions partielles infantiles connaissent un regroupement sous le primat de la zone génitale. Cette maturité sexuelle permet la réaction des conflits œdipiens et oblige l'adolescent à prendre une distance vis-à-vis des images parentales, pour s'investir lui-même.

Ces transformations pubertaires accompagnent l'adolescent d'un ensemble de questionnements par rapport à lui-même et aux nouveaux rôles qui l'attendent. Tsala Tsala (2002), soutient qu'il « *une période difficile pendant laquelle l'individu cherche une identité propre il doit se situer par rapport à l'enfance qu'il quitte et du statut d'adulte auquel il achemine* ». On comprend que l'adolescence est un âge de changement. L'adolescent oscille et doit négocier entre ce qu'il a été, ce qu'il est en train d'être et ce qu'il va devenir. Cette période est considérée comme un moment de crise caractérisé par une lutte pour trouver son identité et acquérir son indépendance. Blos (1962) parle de deuxième processus de séparation individuation, qui caractérise le fait de se dégager de la dépendance familiale et des relations d'objets infantiles pour se séparer définitivement des parents, matériellement et surtout, psychiquement, et se construire en tant qu'être singulier.

En effet l'enjeu de l'adolescent n'est pas tant de devenir totalement séparé, indépendant et autosuffisant, en rupture avec ses appartenances, mais c'est de se positionner en tant que personne distincte selon ses décisions, ses goûts et ses valeurs tout en continuant de se nourrir de ses appartenances « premières » (famille) (Delage, 2007). L'adolescent cherche à se construire une identité en appui avec l'image que sa famille lui renvoie de lui-même. Comme le pense Marcelli et Braconnier (2008), la construction identitaire ne peut advenir que dans l'insertion de l'adolescent dans sa lignée familiale, d'où sa recherche d'une image de soi, d'un support dans son environnement. C'est ainsi que la construction d'une identité individuelle s'opère d'abord dans un espace familial et se poursuit plus tard dans un espace social. Dans ce sens on est tenu de penser que la plupart des comportements du sujet adolescent sont acquis au sein d'un espace familial.

Ainsi, la construction d'une identité est impossible sans le rapport à l'autre car, dès sa venue au monde l'adolescent est lié par un lien d'appartenance à une famille et ce lien intervient dans son développement et son adaptation sociale. La nécessité du maintien du lien a d'ailleurs été reconnue par les parents et l'adolescent, car le lien familial est un lien primaire, on ne peut se séparer de ses parents. La famille, et ses valeurs, occupent ainsi une place primordiale pour les adolescents car, c'est en son sein que s'acquiert le sentiment de sécurité, de l'autonomisation, d'édification, d'insertion dans la société et de continuité de l'être. En effet, comme le rappelle Robert (2013), l'individu est, dès sa naissance, et même avant, inscrit dans la société, mais

aussi la famille, ainsi que dans le conjugal. C'est ce qu'Aulagnier (1975) nomme le contrat narcissique. Une place est assignée à un sujet, lui permettant d'exister pour les autres, et donc pour lui-même.

En retour, il se doit de s'inscrire dans cette place et d'en respecter les rôles et valeurs associés. Kaës (2008), souligne la manière dont l'intersubjectivité est porteuse, à travers le lien et les assujettissements réciproques entre sujets, de mécanismes constitutifs de l'inconscient, avec des refoulements, fantasmes, désirs ou interdits communs. Ces assujettissements sont formés par divers alliances inconscientes. Ces alliances ont pour rôle d'assurer par une action commune, un intérêt commun et d'atteindre par un moyen, un but précis ce qui ne pourrait être atteint par chaque sujet du lien pris isolément Kaës (2014). Ces alliances sont opérées pour que le lien perdure. D'où l'importance de la relation de l'adolescent à l'environnement familial.

Cet environnement assure également les fonctions externes socioculturelles et les fonctions internes propres au psychisme de l'individu (image parentale et type de relation d'objet) puis, il structure et organise l'évolution de l'adolescent (Marcelli & Braconnier, 2013). Les garants du cadre familial, notamment les parents jouent ainsi, un rôle déterminant dans le développement de l'adolescent car, ils forment le premier miroir dans lequel le jeune adolescent se mire. En effet, pour se développer, l'adolescent a besoin de trouver des ressources de l'étayage, de la position d'adulte dans les réponses de ses parents, de la sécurité, de la compréhension, du soutien affectif, émotionnel et même (financier) de son cadre familial.

Or, lors de notre stage de Master, nous avons accueillis dans le cadre de multiples consultations psychologiques un grand nombre d'adolescents souffrant d'addiction aux drogues. Les propos de ces derniers pendant de multiples entretiens révélaient qu'ils vivaient dans un environnement familial persécuteur, caractérisé par la fragilité des contenants familiaux à apporter du soutien, de la sécurité, et de la compréhension ce qui constituerait ainsi, une source de souffrance et de détresse psychique chez l'adolescent. Est considérée comme source de souffrance psychique, tout comportement qui vient isoler l'adolescent, le priver de sa liberté, le rabaisser, le ridiculiser, le punir, lui imposer une pression, le critiquer, lui faire honte, le terroriser. En général, tout comportement qui ne répond pas aux besoins affectifs, de proximité de réassurance, de protection et de mouvement de l'adolescent. C'est ce qui se retrouve au cœur des problèmes les plus sévères tels que la délinquance et les conduites addictives aux drogues (Claes, 2004).

Ces conduites sont d'autant plus exacerbées lorsque l'environnement familial ne parvient pas à intégrer l'évolution de l'adolescent tout en témoignant de la réalité et de la continuité. Pour Nguimfack (2017), l'adolescent souvent fragilisé psychologiquement, peut retrouver dans la consommation de la drogue, la recherche d'un « air d'identité » ou exprimer par cette consommation un malaise au sein de sa famille. L'addiction aux drogues permettrait alors de tenter de réguler la souffrance et la détresse associées à ces déficits du cadre familial. Une des dimensions centrales des fonctions des conduites addictives à l'adolescence est alors celle de l'automédication (Bernard, 2022).

Les conduites addictives aux drogues recouvrent donc toute forme d'automédication qui permet à l'adolescent de dépasser un phénomène déplaisant provoquant un soulagement qui laissent découvrir au sujet adolescent une nouvelle forme de jouissance, de réduction des tensions, de la résolution de la souffrance (Pedinielli et al, 1997). Graduellement, ces conduites deviennent un mode de réponse automatique à toute difficulté en revêtant une forme de contrainte, conduisant à la répétition, pour se transformer en solution unique (*ibid*). La conduite addictive serait donc une tentative d'éviter la dépendance dans la relation à l'objet, c'est-à-dire la relation avec les parents. (Pirlot, 2012). Alors les conduites addictives aux drogues chez l'adolescent peuvent être appréhender comme solution à la souffrance que lui génère le système familial.

Dans une autre perspective, cette dimension de l'automédication a aussi été travaillée par Le Poulichet (1987). Pour Le Poulichet, le rapport au toxique relèverait de l'opération du *pharmakon*, à savoir comme remède et poison, avec deux figures, celle du supplément et celle de suppléance. L'opération du *pharmakon* serait l'acte spécifique qui signerait la toxicomanie. Le Poulichet précise que « *si le principe du pharmakon intervient pour tout usage de drogues, l'opération du pharmakon, elle, n'est engendrée que dans les toxicomanies* » (Le Poulichet, 1987, p.62). Le principe du *pharmakon* serait celui de la réversibilité. Entre psychique et organique, entre souffrance psychique et douleur physique. Entre le dedans et le dehors, l'objet externe pouvant prolonger le moi, avoir un effet sur l'intérieur. Enfin la dernière réversibilité est celle de la disparition du sujet donnant lieu à l'opération du *pharmakon*. En conduisant à la restauration de l'objet, l'opération du *pharmakon* permet aussi la suppression de la douleur à travers le toxique.

Mc Dougall (2004) décrit aussi une fonction de l'addiction comme auto-guérison. Cette fonction apparaîtrait comme une défiance face à un objet maternel et paternel défaillant, ainsi qu'une défiance devant la mort. Il s'agirait là encore de mettre en œuvre une économie psychique spécifique, avec un écartement de la place de l'autre, qui permettrait de réparer ce

que l'autre a causé. Ce serait une forme de pansement pour la psyché (Jeammet, 2002), tentant de guérir les blessures narcissiques causées par l'autre. La fonction de l'objet addictif serait donc de tenter de colmater les traumatismes dans la relation à l'objet (Ravit, 2003, 2006). Ce serait une tentative de réguler le rythme de l'objet pour le rendre en phase avec celui du sujet, de reprise de la non disponibilité et de la non adéquation de l'objet pour symboliser. L'addiction apparaît dans ce cas comme une modalité de traitement de la souffrance psychique (Sininian et al., 2014).

Notre étude soulève à cet effet, le problème des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent au regard de la fragilisation du lien familial.

0.3- QUESTION DE RECHERCHE

Dans cette étude, nous nous intéressons, aux conduites addictives aux drogues chez l'adolescent quête d'autonomie vivant dans une institution familiale encline au dysfonctionnement du lien. La question à laquelle nous répondrons dans cette étude est la suivante : *« comment le dysfonctionnement du lien familial rend-il compte des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ? »*. Cette question nous a conduit à la formulation des questions spécifiques :

- *« Comment l'altération des alliances psychiques inconscientes constructives du lien rend-elle compte des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ? » ;*
- *« Comment la souffrance dans le lien familial justifie-t-elle les conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ? » ;*
- *« Comment le trouble de la relation dialogique à l'autre explique-t-elle les conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ? » ;*
- *« Comment la défaillance des garants métapsychiques, du cadre rend-elle compte des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ? ».*

0.4- OBJECTIF DE L'ETUDE

A travers cette étude notre objectif général est de comprendre comment le dysfonctionnement du lien familial contribue à l'installation des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent.

0.5- BUT DE L'ETUDE

La présente étude vise à contribuer à l'avancement des connaissances sur les facteurs psychopathologiques et cliniques, et les facteurs explicatifs des conduites addictives chez l'adolescent.

0.6- INTERET DE L'ETUDE

Selon Sillamy (2006), l'intérêt est ce qui importe à un moment donné. L'intérêt de notre étude s'inscrit à deux niveaux : scientifique et social.

0.6-1. Intérêt scientifique

Les conduites addictives aux drogues à l'adolescence sont des préoccupations majeures de santé publique qui résulte le plus souvent de la perturbation de l'homéostasie familiale. L'intérêt scientifique de cette étude porte sur les causes pathologiques de ces conduites addictives. De nombreuses études se sont focalisées sur la défaillance des relations précoces entre parents et enfant, et sur les bouleversements pubertaires, psychiques à l'adolescence pour rendre compte de conduites addictives aux drogues chez l'adolescent. Peu d'études par contre s'intéressent à l'évolution de la relation de l'adolescent avec son cadre familial pendant l'adolescence. C'est-à-dire peu d'études prennent en compte des facteurs parental à l'adolescence susceptibles de générer de la détresse, des angoisses et de la souffrance chez l'adolescent. Par cette recherche, nous voulons d'avantage éclairer les psychologues, médecins, psychiatres sur la nécessité de prendre en compte la dimension l'évolution du lien familial dans la compréhension des conduites addictives aux drogues à l'adolescence

0.6-2. Intérêt social

La famille représente le premier milieu social dans lequel chaque individu vit ses premières expériences. Elle est le fondement de tous les autres liens sociaux. A cet effet le développement de l'enfant dans tous les domaines dépend en grande partie de ses parents. Les résultats de cette recherche permettront aux familles de comprendre davantage la consommation abusive de drogues chez leur adolescent et les facteurs familiaux qui y sont associés, afin de disposer un environnement familial adéquat pour une conduite conforme chez ce dernier. Par cette étude nous voulons également sensibiliser la société Camerounaise sur le phénomène d'addiction avec les dangers que cela implique tant sur le plan de la santé, de l'économie et du développement.

0.7- DELIMITATION THEMATIQUE ET EMPIRIQUE DE L'ETUDE

Pour bien menée notre étude, nous avons délimités notre étude en trois points de vue : thématique, théorique et géographique.

Du point de vu thématique, L'addiction ou conduites addictives aux drogues est un thème porteur et complexe en psychologie en général et en psychopathologie en particulier susceptible d'être appréhendée par plusieurs facteurs. Dans la littérature, on recense deux types d'addictions : les addictions liées aux drogues ou substances psychoactives et les addictions comportementales. Dans le cas de cette étude, nous nous sommes intéressés aux addictions liées aux drogues (médicaments illicites, tramadol, cannabis, cocaïne, alcool, nicotine, ...).

Du point de vue théorique, Au lieu de s'intéresser aux facteurs biologiques, socioculturels, encore moins aux modèles cognitivo-comportemental, familial systémique, nous avons focalisé notre intérêt dans le modèle psychanalytique à travers son double versant : sujet singulier et sujet pluriel dans un regard porté sur le cadre familial, le groupe primaire dans la survenue des conduites addictives à l'adolescence. Autrement dit, la recherche a été orienté vers la qualité de relations cadre familial-adolescent dans la survenue des conduites addictives aux drogues.

En fin, du point de vue géographique ce travail se réalise au Cameroun. Le Cameroun est un pays de l'Afrique centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2ème et 13ème degré de latitude Nord et les 9èmes et 16èmes degrés de longitude Est. Le pays s'étend sur une superficie de 475 650 Km². Il présente une forme triangulaire qui s'étire du Sud jusqu'au Lac Tchad sur près de 1200 Km tandis que la base s'étale de l'Ouest à l'Est sur 800 Km. Il possède au Sud-ouest une frontière maritime de 420 Km le long de l'océan Atlantique. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au nord-est par le Tchad. Au sommet du triangle, au nord, il est chapeauté par le Lac Tchad. Le Cameroun possède un milieu naturel diversifié et riche.

Cette étude s'est réalisée dans la région du Centre, département du Mfoundi plus précisément au Centre « la Vie » de l'hôpital Central de Yaoundé. Créée en 2000.

0.8- DEFINITION DES CONCEPTS CLES DE L'ETUDE

Dans cette partie du travail, nous clarifierons les concepts clés de notre étude. Certains concepts seront clarifiés brièvement car ils seront détaillés dans le chapitre suivant. Ce sont les concepts : lien, addiction ou conduite addictive, drogue et adolescent.

0.8-1. Lien

Du latin « *ligare* », le lien est ce qui sert à lier pour maintenir ou fermer. D'après le dictionnaire Larousse (2010), le lien est un contact établi entre différentes structures, entre différentes personnes pour la communication des ordres, des informations. Selon Bloch et al. (1999), le lien est synonyme de liaison. Ce dernier est de caractère relativement neutre exprimant l'idée selon laquelle quelque chose est actuellement liée à autre chose (par exemple un stimulus à un stimulus, ou un stimulus à une réponse, ou un mot à un mot, ou un mot à une image, ou une représentation à une autre). Il inclut toutefois une forme de causalité : le premier terme de la liaison quand il est présent, est supposé en général susciter l'activation du second. On peut le spécifier par un adjectif : liaison associative, liaison conditionnelle, liaison nerveuse.

Pour Brusset (2006), La notion de lien est très polysémique. Elle suppose l'entre-deux, ni l'un ni l'autre séparément, mais ce qui unit, attache, séduit, capture, entrave. Le lien naît, vit et meurt. Par conséquent, il se nourrit des échanges.

En revanche, selon Kaës (2008), le lien est un terme générique qui se décline en liaison, relation, attache, entrave, et avec le niveau ou la qualité du lien qui lie les sujets entre eux ou les objets, ou les sujets et les objets. Autrement dit, le lien permet au sujet d'entrer en relation avec les autres. En effet, pour lier les uns et les autres dès l'origine de la vie psychique et ultérieurement dans le but de former un couple, les sujets s'identifient entre eux et à un sujet commun. La famille apparaît par-là comme un ensemble des liens. (Kaës, 2010). Dans notre étude nous faisons allusion au lien familial.

0.8-2. Conduites addictives ou Addiction

Le mot « *addiction* » est un terme anglais d'origine latine « *ad-dicere* », qui signifie « *dire à* ». Ce terme exprime l'appartenance en terme d'esclavage. Au moyen-âge, ce terme faisait allusion à une ordonnance d'un tribunal qui obligeait un débiteur en incapacité de payer sa dette par son travail. Au XIV^{ème} siècle, l'addiction était beaucoup plus utilisée dans le sens de la relation d'un maître à son serviteur. Peu à peu, ce terme a pris un sens péjoratif et a commencé à désigner toutes sortes de passions moralement répréhensibles. Aujourd'hui ce terme s'est substitué à celui de la toxicomanie et désigne toutes sortes de passions dévorantes et dépendantes diverses. (Rozaire et al, 2009).

Pour Pedinielli, Rouan et Bertagne (2000), l'addiction est une « *répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à*

une situation recherchés et consommés avec "avidité" ». En effet, la dépendance à un objet matériel inclut dans cette définition fait allusion à la toxicomanie, l'alcoolisme, la boulimie etc., et la dépendance à une situation inclut la kleptomanie, l'anorexie etc.

0.8-3. Drogue

Selon le dictionnaire des drogues, des toxicomanies et de la dépendance, la drogue est une « *substance psychoactive prêtant à une consommation abusive et pouvant entraîner des manifestations de dépendance* ». Pour l'OMS, la drogue est « *un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, consommée en vue de modifier l'état de conscience et ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus et de dépendance* ». Du point de vue biologique, la drogue est une substance étrangère à l'organisme qui n'est pas utilisée comme aliment, mais doit être éliminée après avoir subis des modifications de structure dans les cellules. Les synonymes rattachés au mot drogue sont nombreux. En fonction du champ dans lequel il appréhendé (médical, juridique, et autre), cette notion renvoie à des définitions différentes. Pour cette raison il est donc crucial de le définir.

Dans le jargon de médecine, la drogue renvoie à « *une substance qui possède à la fois des propriétés psychotropes et des propriétés toxicomanogènes. Des propriétés psychotropes cela signifie, qui modifie les sensations, l'humeur, le conscience et d'autres fonctions psychologiques et comportementales. Des propriétés toxicomanogènes, cela signifie, qui est capable d'induire un état de dépendance* ». (Bailly, 2009). Pour le sens commun Bergeron (2009), souligne que le terme drogue est employé pour désigner les substances « *dont l'usage est prohibé par la loi* ». Dans le vocabulaire juridique la drogue ou substance est qualifiée de stupéfiant. A cet effet, le terme drogue fait référence aux produits qui changent l'état de conscience et ou le comportement. Il renvoie à une classe de produit élargie. **Les trois termes (substances psychoactives, psychotropes, drogues) peuvent donc être considérés comme des synonymes dans certains cas. Dans notre contexte, nous utiliserons plus le concept de drogue.**

Bergeron (2009), rattache les notions de toxicomanie et de dépendance à celui de drogue. Par toxicomanie, il entend une consommation exagérée et excessive d'un produit qui entraîne un état de dépendance physique ou psychique. La dépendance physique se remarque lorsque la substance est indispensable au maintien de l'état physiologique de l'organisme. Et la dépendance psychique lorsqu'il y a désir de renouveler à chaque fois la consommation de la

substance. Par ailleurs, lorsque le sujet organise toutes ses activités en fonction de la consommation, il est considéré comme dépendant.

Les vertus des drogues, réelles ou réputées, nombreuses et variées, permettent à l'utilisateur d'obtenir de multiples bénéfices : changer d'état d'esprit, surmonter sa fatigue ou au contraire favoriser son endormissement, s'intégrer à un groupe et partager des moments de convivialité, renforcer son assurance en société, se relaxer, se désinhiber, effacer son angoisse ou son anxiété, etc. (OFDT, 2017).

0.8-4. Adolescent

Etymologiquement le mot adolescent vient du latin "*adulescens*" qui signifie celui qui est entrain de croître. Selon le dictionnaire Larousse, l'adolescent désigne une personne à l'âge de l'adolescence. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. **L'adolescence est caractérisée par une accélération de la croissance, par l'importance des changements de l'organisme et de la personne. Il s'agit d'une étape cruciale dans la construction psychologique, terminant d'ailleurs la formation de la personnalité. Elle permet également de reprendre l'élaboration de ce qui n'a pas pu être suffisamment dépassé ou résolu par le sujet lors des phases prégénitales et génitales du développement psychosexuel.**

PARTIE 1 :
CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : ADOLESCENCE ET CONDUITES ADDICTIVES

1.1- ADOLESCENCE

➤ Emergence et définition du concept de l'adolescence

Le terme adolescence vient du latin « adolescere » qui signifie (grandir). Il est d'origine romaine. Dans la Rome Antique étaient considérés comme adolescent les hommes âgés de 17 ans à 30 ans et ayant droit au mariage. Au moyen âge, le terme adolescent comme période de transition ne figure pas. Avec l'avenue de la puberté, les enfants quittent directement du statut d'enfant pour adulte. Sous l'ancienne Régime, la majorité des droits canons est de 14 ans pour les garçons et 12ans pour les filles. Mais le seuil de passage au statut d'adulte va varier suivant les considérations économiques ou politiques. Ainsi, Henri III fixe en 1579, la majorité civile à 25ans. A l'inverse, en cas de guerre, l'âge peut être avancé afin de gonfler les effectifs des recrues (Huerre, 2001).

Dans les sociétés occidentales, c'est au milieu du 19^e siècle, que va émerger la notion d'adolescence émerge pour désigner les individus entre l'enfance et l'âge adulte, en étant notamment définie dans le dictionnaire comme une période de vie entre 14 et 20 ans. Mais ce terme ne concerne alors que quelques jeunes issus de la bourgeoisie poursuivant des études. Ce n'est qu'au 20^{ème} siècle que son usage va se généraliser. Il va accompagner le développement de la scolarisation, qui va séparer et regrouper les individus en classes d'âge, accentuant ainsi la constitution d'une classe autonome, avec une culture propre, celle des adolescents.

Dès lors, et jusqu'à aujourd'hui, va se développer toute une pensée autour de l'adolescence, avec ses représentations et ses écrits scientifiques. Même si le sujet de l'adolescence n'aura cessé d'évoluer. Ce terme fait afférence alors à un processus. L'adolescence qui signifie (grandir), s'oppose généralement à concept d'adulte qui se définit comme celui qui a déjà grandi. L'adolescence apparait comme cette période de transition qui s'opère entre l'enfance et l'âge adulte caractérisée des multiples transformations physiques, cognitifs, psychiques, interpersonnels et même social. Du point biologique, l'adolescent est un adulte inachevé.

S'agissant de la définition de l'adolescence, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), fait mention des changements biologiques, sociologiques et psychologiques inhérents qui marquent l'humain à cette période.

Pour l'OMS l'adolescence est « la progression entre l'apparition des caractéristiques sexuelles secondaires (puberté) et la maturité sexuelle et génétique, le développement de mécanismes mentaux adultes et d'une identité adulte et la transition entre une entière

dépendance socioéconomique et une relative indépendance ». Les Nations unies (1987), définissent pour leur part l'adolescence comme « a state or process of growing up », c'est-à-dire un processus de changement et comme « a period of life from puberty to maturity » (une période de croissance de vie allant de la puberté à la maturité) (Delaunay, 1994) cité par Marcelli et Braconnier (2013).

Ces définitions mettent en exergue l'aspect physiologique de l'adolescence qu'est la puberté, Elles n'ont pas recours précisément au critère de l'âge pour définir l'adolescence.

1.2- ADOLESCENCE : UNE ETAPE DE DEVELOPPEMENT PHYSIOLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Pour Rice et Dolgin (2005) : « *l'adolescence est une période de transition graduelle et incertaine en fonction des nombreux changements physiques, biologiques, psychologiques et sociaux qui influencent le développement de la personne* ». La psychologie, conçoit l'adolescence comme une période de passage entre l'enfance et l'âge adulte, qui se caractérise par d'importantes modifications somatiques et par une poussée instinctuelle rapprochant l'enfant de l'adulte sur le plan physique (Coslin, 2003). C'est une phase qui se débute avec la puberté et se poursuit plus ou moins selon l'époque et la culture.

1.2.1- Le modèle physiologique de la compréhension de l'adolescence : la puberté.

La puberté, du latin « *pubescere* », se couvrir de poils, est l'ensemble des transformations psycho-organiques, en relation avec la maturation sexuelle, qui marquent le passage de l'enfance à l'adolescence. Selon Birraux (2012), la puberté est « l'ensemble des changements biologiques et anatomiques qui aboutissent à la reproduction ». Ces changements signalent l'entrée dans l'adolescence. En effet, l'enfant va découvrir ses nouvelles capacités physiques et cognitives. Ces capacités physiques offrent désormais la possibilité de mettre en œuvre une pulsionnalité auparavant bloquée par l'immaturité biologique de l'enfant, à savoir du côté de l'agressivité et de la sexualité génitale. Ainsi un nouveau rapport à l'autre, avec ces nouvelles possibilités, a vocation à s'intégrer. Le corps, porteur de cette nouveauté, va donc aussi être particulièrement mis en avant. Le corps nouveau doit s'appréhender, d'où l'importance du corps à l'adolescence dans ces manifestations.

Pour Tanner cité par Marcelli et Braconnier (2013), la puberté est le moment où la fonction hypothalamohypophyso-gonadique se développe rapidement, conduisant à l'évolution complète des caractères sexuels, et à l'acquisition de la taille définitive de la fonction de reproduction et de la fertilité. Les hormones neuroendocriniennes et endocriniennes sont

responsables du contrôle de la maturation pubertaire. La puberté débute alors lorsque la fonction gonadotrope est réactivée après la période de quiescence en postnatal au cours de l'enfance. A cet effet, la sécrétion pulsatile de la LH-RH va entraîner une augmentation de la sécrétion de la LH et la FSH, ce qui entraîne une augmentation de la production de stéroïdes gonadiques (testostérone chez le garçon, œstradiol chez la fille). Ainsi, l'adolescent correspond Développement caractérisé par une poussée hormonale, des caractères sexuels externes renvoyant à un bouleversement physiologique.

1.2.1.1- Physiologie de la puberté

Au niveau physique, les changements sont divers et tendent vers le développement des caractères sexuels primaires et secondaires. Cette maturation est liée à des facteurs endocriniens (Birraux, 2012) qui vont permettre la fonctionnalité des appareils sexuels physiologiques et anatomiques et donner l'allure d'un corps en état de procréer. Trois opérateurs vont notamment se retrouver dans les changements hormonaux à savoir : l'hypothalamus, l'hypophyse et les gonades. Marcelli et Braconnier (2013), décrivent les fonctions de ces trois opérateurs en ces termes :

- **L'hypothalamus** : phénomène déclencheur de la puberté est assuré ici. Il s'agit de la réactivation de la sécrétion pulsatile de GnRH (gonadotropin-releasing hormone) ou la LHRH (luteinizing hormone-releasing hormone) par les neurones de l'hypothalamus médiobasal, principalement le noyau arqué. La sécrétion pulsatile de GnRH hypothalamique est fonctionnelle dès la vie fœtale, et est particulièrement active en période néonatale, puis entre en quiescence pendant l'enfance pour être réactivée à la période pubertaire. En réalité, la production pulsatile de GnRH n'est pas un phénomène en « tout ou rien » : la phase de quiescence de l'enfance n'est pas complète, une production pulsatile de GnRH est détectable à cette période, la réactivation gonadotrope. Le GnRH est ainsi sécrété au niveau de l'éminence médiane dans le système porte hypophysaire jusqu'aux cellules gonadotropes. L'hypothalamus va envoyer le signal à l'hypophyse de produire des gonadotrophines. L'hypothalamus étant aussi lié à l'économie émotionnelle et affective, ces éléments seront aussi modifiés.
- **L'hypophyse** : le GnRH une fois sécrété, se fixe à son récepteur à sept domaine membranaires couplé aux protéines G sur la membrane des cellules gonadotropes hypophysaires nécessaire pour la production et la sécrétion accrue de la LH (luteinizing hormone) et la FSH (follicle stimulating hormone). Qui, suit la rythmicité du GnRH, et les pics de LH et FSH peuvent être détectés dans la circulation, environ deux à quatre ans avant

les manifestations physiques de puberté. C'est d'abord durant la nuit que les pics de gonadotrophines deviennent plus amples. Alors que la puberté progresse, la fréquence et l'amplitude des pics de LH augmentent également pendant la journée.

- **Les gonades** : les gonadotrophines hypophysaires libérées dans la circulation sanguine se fixent dans les récepteurs de la LH et de la FSH appartenant en même temps à la famille des récepteurs à sept domaines transmembranaires couplés à la protéine G. Ainsi, chez le garçon les cellules de Leydig produisent essentiellement de la testostérone. En même temps, les cellules de Sertoli produisent l'inhibine B et l'hormone antimüllérienne. L'augmentation du volume testiculaire s'effectue en réponse à l'augmentation des taux de testostérone intra-testiculaire, produite par les cellules de Leydig en réponse à la LH. Chez la fille par contre, dans l'ovaire, les cellules interstitielles de la thèque en réponse à l'activation du récepteur LH produisent des androgènes qui seront aromatisés en œstrogènes dans les cellules de la granulosa sous l'effet stimulant de la FSH.

Dans son modèle théorique des stades du développement pubertaire allant de 1 (stade prépubère) à 5 (stade adulte) Tanner repris par Marcelli et Braconnier (2013) pose les bases de compréhensions de la puberté en se référant sur certains aspects déterminant dans le changement physiologique de l'adolescent. Il revient dès lors à ressortir les différents changements physiologiques théorisées par Tanner (1962) en faisant ressortir comme indicateurs : la pilosité pubienne ; Le développement mammaire et Le développement des organes génitaux externes tant chez les filles que les garçons.

1.2.1.2- Le développement des caractères sexuels

Selon Tanner nous rappellent Marcelli et Braconnier (2013), le développement des caractères sexuels s'observe différemment chez la fille, que chez le garçon.

1.2.1.2.1- Chez la fille

Les premières manifestations pubertaires sont le développement des glandes mammaires. La poussée mammaire se produit en moyenne à partir de 10,5- 11 ans (8 à 13 ans pour 95 % des filles), pour atteindre le stade adulte quatre ans plus tard. Le début de la puberté se situe pour un âge osseux de 11 ans (10 à 12 ans) chez la fille, correspondant grossièrement à l'apparition du sésamoïde du pouce. La *pilosité de la région pubienne* débute les plus souvent six mois après la glande mammaire. Elle peut parfois précéder ou être synchrone du développement mammaire. En 2-3 ans la pilosité pubienne prend un aspect d'adulte en forme de triangle à base supérieure horizontale. La vulve se modifie dans son aspect et son orientation

: horizontalisation de la vulve qui passe de la position verticale, regardant en avant chez l'enfant impubère, à la position horizontale, regardant en bas en fin de puberté ; et hypertrophie des petites lèvres, accentuation des grandes lèvres et augmentation du clitoris. La vulve devient sécrétante avec apparition de leucorrhées. Les règles apparaissent autour de 13 ans, 2 à 2 ans et demi après l'apparition des premiers signes pubertaires. Leur survenue est physiologique entre 10 et 15 ans. Il faut également souligner que chez certaines jeunes filles, les règles peuvent apparaître en début de puberté, ainsi, les cycles deviennent ovulatoires 18 à 24 mois après les premières règles.

Tableau 1: Le développement mammaire selon Tanner

S1	Absence de développement mammaire
S2	Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole
S3	La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole
S4	Développement maximum du sein (apparition d'un sillon sous-mammaire). Saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande
S5	Aspect adulte. Disparition de la saillie de l'aréole

1.2.1.2.2- Chez le garçon

Le premier signe de puberté est l'augmentation de volume testiculaire. Il se produit vers l'âge de 12–13 ans (9 à 14 ans pour 95 % des garçons). Elle est physiologique entre 9,5 ans et 14 ans. Le volume testiculaire devient > 4 ml ou, si on mesure la plus grande longueur, celle-ci atteint ou dépasse 2,5 cm avec l'orchidometre de Prader. Le début de la puberté se situe pour un âge osseux de 13 ans (12 à 14 ans) chez le garçon, correspondant grossièrement à l'apparition du sésamoïde du pouce. La pilosité pubienne apparaît en moyenne 6 mois après le début du développement testiculaire. L'augmentation de la taille de la verge quant à elle débute vers l'âge de 12,5 ans tandis que la pilosité faciale apparaît encore plus tardivement, de même que la pilosité corporelle, inconstante et variable, et la modification de la voix. Chez 30 à 65 % des garçons, une gynécomastie bilatérale apparaît en milieu de puberté, qui régressera en quelques mois dans la quasi-totalité des cas.

En ce qui concerne la taille, nous observons une accélération de la croissance pubertaire tant chez le garçon que chez la fille corrélée aux premiers signes pubertaires. La vitesse de croissance passe de 5 cm/an, avant la puberté, à 8 cm/an (6 à 11 cm) vers l'âge de 12 ans. La taille au début de la croissance pubertaire est en moyenne de 140 cm. La croissance pubertaire

totale moyenne est de 23 à 25 cm. La taille finale est atteinte autour de 16 ans chez la fille tandis que chez le garçon, L'accélération de la croissance pubertaire est retardée d'environ un an par rapport aux premiers signes pubertaires. La vitesse de croissance passe de 5 cm/an, avant la puberté, à 10 cm/an (7 à 12 cm) vers l'âge de 14 ans. La taille au début de la croissance pubertaire est en moyenne de 150 cm. La croissance pubertaire totale moyenne est de 25 à 28 cm. La taille finale est atteinte autour de 18 ans.

Toutes ses informations sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Le développement des organes génitaux externes du garçon selon Tanner (1962)

G1	Testicules et verge de taille infantile
G2	Augmentation du volume testiculaire de 4 à 6 mL (L 25 à 30 mm)
G3	Continuation de l'accroissement testiculaire de 6 à 12 mL (L 30–40 mm). Accroissement de la verge
G4	Accroissement testiculaire de 12 à 16 mL (L 40–50 mm) et de la verge
G5	Morphologie adulte

1.2.1.2.3- Dans les deux sexes

Selon Tanner (1962), la pilosité évolue au même titre que chez le garçon et la fille. Le tableau ci-dessous est illustratif.

Tableau 3: La pilosité pubienne (garçon et fille) selon Tanner (1962)

P1	Absence de pilosité
P2	Quelques poils longs sur le pubis
P3	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse
P4	Pilosité pubienne fournie
P5	La pilosité s'étend à la racine de la cuisse et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon

1.2.2- Les remaniements psychologiques à l'adolescence

Avec les différentes transformations corporelles que subit l'adolescent, il découvre la sexualité et prend conscience de la complémentarité des sexes, et réajuste ses relations avec l'environnement. L'adolescent réaménage donc ses investissements narcissiques (estime de soi)

et les investissements objectaux (les autres). Les transformations impactent le psychisme et des modifications se donnent à voir en peu de temps dans tous les domaines : relation avec les parents, les amis ; intérêts nouveaux ; changements de comportements, d'humeur, de goût ; choix vestimentaire, nouvelles préoccupations. L'adolescent va modifier son statut psychosocial avec la reconnaissance d'une autonomie qui change profondément sa place symbolique dans le groupe social et le regard des autres sur lui (Discour, 2011).

De ce fait, face à ces conflits que génèrent ces différentes modifications, le passage à l'acte est le plus fréquent choisi par l'adolescent comme une voie de décharge. C'est une voie de figuration des conflits qu'il ne peut se représenter psychiquement. Le passage à l'acte est ici une étape importante d'élaboration et du travail psychique en cours. Cependant, l'intensité en déterminera l'incidence, car le recours à l'acte peut également empêcher le processus d'élaboration des conflits (consommation de drogue, fugues, tentatives de suicides, conduites anorexiques, hyper sexualisation comportementale, etc.). Discour (2011) souligne que l'arrivée de mouvements de sexualisation nécessite une élaboration personnelle qui s'appuie sur le monde interne du sujet, donc ses ressources psychiques mais aussi sur les réponses parentales et sociales.

De ce fait, l'adolescence est constituée de plusieurs dimensions en jeu : le somatique, le psychique et le socioculturel. Notons également qu'à cette période un discernement est particulièrement nécessaire pour déterminer les enjeux de telle ou telle manifestation pouvant s'entendre comme défense érigée contre les exigences du développement et non comme un processus pathologique.

1.3- LE MODELE PSYCHANALYTIQUE : LES PRINCIPAUX ASPECTS DYNAMIQUES DE L'ADOLESCENCE

1.3.1- L'excitation sexuelle

Pour Marcelli et Braconnier (2013), La puberté caractérisée par l'apparition de la capacité orgastique et l'avènement de la capacité reproductive, entraîne une explosion libidinale, une éruption pulsionnelle génitale et un mouvement de régression vers les pulsions pré-génitales. Du point de vue économique, l'apparition brusque d'énergie libre (énergie non liée) conduit l'individu de façon incoercible à la recherche d'une décharge tensionnelle. La puberté, période de poussée libidinale où les exigences pulsionnelles sont renforcées et avec ses versants économiques et dynamiques fragilise le Moi de l'adolescent. Dans ce même sens A. Freud, souligne que : « *tout renforcement des exigences pulsionnelles accroît la résistance*

du Moi à la pulsion... ». Pour elle, l'accès à la puberté ne repose pas tant sur la puissance des pulsions, mais plutôt sur la tolérance ou l'intolérance du Moi à l'égard de ces pulsions.

1.3.2- La problématique du corps

La puberté se manifeste par de profondes modifications physiologiques, qui ont évidemment d'importantes répercussions psychologiques aussi bien au niveau de la réalité concrète qu'au niveau imaginaire et symbolique. A cet effet, Le développement des organes génitaux, de la pilosité, des seins, l'apparition des premières règles, ou d'érections avec éjaculation, la possibilité d'avoir des rapports sexuels et de procréer ont un impact fondamental dans le processus de l'adolescence. La psychanalyse nous apprend avec la théorie psychosexuelle que l'adolescence est une période à laquelle la sexualité est déjà et organiser dès l'enfance.

Freud dans les *Trois Essais sur la théorie de la sexualité* (1923), souligne que « *avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale* ». Ce qui permet justement souligner le fait que le choix d'objet à la puberté est un élément intégrateur de la personnalité en d'autres termes de construction de son identité. La problématique du corps étant d'actualité à l'adolescence, l'on peut voir à travers Freud, comment l'enfant va se représenter son corps et entrer en relation avec son environnement. En effet l'image qu'on a de soi entretient un rapport avec l'estime qu'on de soi. A cette période, la jouissance sexuelle ne serait plus liée aux plaisirs préliminaires des zones érogènes partielles, mais à un organe sexuel qui permet d'accéder au « *plaisir terminal* ».

Pour Gutton (1991), les transformations physiques de la puberté conduit à un véritable processus psychique désigné sous le terme de « *pubertaire* » qui serait à la psyché ce que la puberté est au corps. Le « *pubertaire* » est théorisé comme un processus rendant compte de la pression sur les trois instances psychiques (Moi, Surmoi, Ça) du réel biologique de la puberté, pression qui se heurte à la barrière de l'inceste léguée par l'élaboration du développement œdipien.

Ce centrage sur ce phénomène psychique de la puberté rend compte, d'un point de vue certes global, du doute par lequel tout adolescent est habité : celui du lien entre le « je » et son corps.

Le corps se transforme donc à un rythme variable mais de manière globale : la « silhouette » change aussi bien pour l'adolescent lui-même que pour ceux qui le regardent (Marcelli et Braconnier, 2013). L'image du corps est bouleversée dans plusieurs domaines :

- *Le corps comme repère spatial.* Haim (1970), écrit que « L'adolescent est un peu comme un aveugle qui se meut dans un milieu dont les dimensions ont changé ». L'adolescent est confronté à la transformation de cet instrument de mesure et de référence par rapport à l'environnement, qu'est la perception de son corps propre.
- *Le corps comme représentant symbolique.* Par la façon dont il est utilisé, mis en valeur ou méconnu, aimé ou détesté, source de rivalité ou de sentiment d'infériorité, habillé ou parfois déguisé, le corps représente pour l'adolescent un moyen d'expression symbolique de ses conflits et des modes relationnels.
- *Le corps et le narcissisme.* Faisant partie d'un ensemble plus général d'hyper investissement de soi, l'intérêt que porte par moments l'adolescent à son propre corps illustre la présence parfois prépondérante de la dimension narcissique dans le fonctionnement mental à cet âge.
- *Le corps et le sentiment d'identité.* Mâle (1982), souligne que « *Le sentiment de bizarrerie ou d'étrangeté qu'ont beaucoup de sujets à cet âge à propos de leur corps est du même type, en dehors de tout facteur psychotique, que le sentiment de ne pas s'identifier de manière sûre* ».

L'adolescent est donc confronté à une série de modifications corporelles qu'il a du mal à intégrer et qui de toute façon surviennent à un rythme rapide.

1.3.3- L'adolescence et problématique œdipienne

En tant que période développementale, caractérisée par une totale restructuration de la pensée et de l'activité ; l'adolescence ici met en exergue le fait que le sujet accède à un nouveau mode de pensée qui viendra développer en lui un regard nouveau sur son environnement, son identité et sa façon d'investir le monde. Sa compréhension ne saurait être en rupture avec l'enfance qui est caractérisée par les manifestations du complexe d'œdipe. C'est pourquoi Freud (1917) pensait déjà que le choix objet à l'adolescence « est nécessairement dépendant de la résolution de la situation œdipienne ». Comme pour montrer une certaine continuité entre l'adolescence et les phénomènes œdipiens.

En fait la particularité de l'évolution psychosexuelle de l'individu est liée comme l'a montré Freud dans, les *Trois Essais sur la théorie de la sexualité* en (1923). En ce qui concerne

sa temporalité elle se déroule en deux étapes marquées par la période de latence. Le bouleversement pubertaire se situe entre ces deux phases, en transformant un corps sexuellement immature en un corps sexué. Il est crucial de comprendre les effets cette dimension diphasique sur la formation des instances psychiques, les formes de relations d'objet et le narcissisme. Le complexe d'Œdipe, qui marque le début de cette évolution et qui se réactive à l'adolescence, est le point central de cette révolution.

Au début de la phase phallique, on observe le développement du complexe d'Œdipe qui, en mettant évidence la différence des sexes et des générations, et en introduisant l'interdiction de l'inceste, joue un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité. Selon Freud (1923) dans *Le Moi et le ça* ce complexe présente un aspect positif, c'est-à-dire l'attachement envers le parent de sexe opposé et l'hostilité envers le parent de même sexe. Ainsi qu'un aspect négatif qui met en évidence l'attachement homosexuel et la rivalité envers le parent de sexe opposé. La présence de cette configuration qui engendre des désirs et sentiments contradictoires est génératrice de tensions.

La puberté marque de début de la deuxième phase de l'évolution psychosexuelle, et l'adolescence qui est une période de changements renforce le conflit œdipien. Face à l'émergence d'un corps sexué, l'adolescent un avantage de s'investir narcissiquement en éliminant la différence entre lui et son rival adulte. Cependant, il doit renoncer aux fantasmes de toute puissance qui le soutenait jusque-là, sous peine de voir les fantasmes œdipiens compromettre sa protection narcissique. L'influence de l'adolescence se marque tout particulièrement perceptible ici grâce à la pression pulsionnelle et la liaison fantasmatique qu'elle entraîne. Elle perturbe l'organisation précédente et met en place une situation de réorganisation ou de désorganisation. La réapparition du conflit œdipien met en évidence les fondements narcissiques, ainsi ce qui avait été autrefois dissimulé, ce qui peut donner l'impression dans cas d'un dépassement réussi de l'œdipe, se révèle à présent déstructuré.

En raison d'un préconscient qui ne fonctionne pas suffisamment, ou d'un manque d'intériorisation des interdits, la réactivation œdipienne provoque une excitation qui ne peut être suffisamment contenue par le travail psychique. Cette remise en question narcissique va engendrer chez les individus des angoisses intolérables, qui se transforment en angoisse de séparation vers l'angoisse de séparation et d'intrusion, liées à une peur d'effondrement (Winnicott, 1971) à la peur d'être aliéné, soumis à un objet omnipotent.

1.3.4- Les moyens de défenses à l'adolescence

Au cours de l'adolescence, et avec l'avènement de la puberté, les pulsions sexuelles et agressives connaissent un accroissement considérable. Les pulsions sexuelles principalement auto érotique pendant l'enfance va découvrir l'objet sexuel. A, Freud (1993), partant de l'idée selon laquelle l'adolescence est une perturbation normale du développement, met l'accent sur deux mécanismes fréquemment rencontrés à l'adolescence : l'intellectualisation et l'ascétisme, qui sont interprétés par elle dans le cadre du premier dualisme pulsionnel, en opposant les pulsions sexuelles aux pulsions du moi. L'adolescent combat violemment ses pulsions sexuelles en orientant son moi déjà fortement ébranlé dans ses assises narcissiques. Aux quels Marcelli et Braconnier (2008), ajoute des mécanismes tels que le clivage et la mise en acte.

❖ *L'intellectualisation*

L'intellectualisation est selon A. Freud, un mécanisme défense qui permet de protéger le Moi en vue de mieux contrôler les pulsions régies au niveau de la pensée. Cette défense est assez proche de l'ascétisme et souvent lui succède. Sa fonction n'est pas d'écarter les pulsions comme c'est le cas pour la précédente. Selon Marcelli et Braconnier (2013), l'intellectualisation réoriente les pulsions sous un aspect théorique. Ainsi, L'adolescent ne fuit pas devant les pulsions mais tourne plutôt vers elles un intérêt purement abstrait, intellectuel. Son activité mentale manifeste la préoccupation de ses processus intellectuels ; elle transforme en pensées abstraites tout ce qu'il ressent.

❖ *L'ascétisme*

L'ascétisme est pour Marcelli et Braconnier (2013), un mécanisme défensif du Moi pour mieux contrôler les pulsions au niveau du corps. Elle, constitue une généralisation de la défense à l'ensemble de la vie pulsionnelle, voire même de la vie organique. Pour ces auteurs, s'opposant à toute pulsion, l'adolescent finit par s'interdire les besoins les plus élémentaires. Il refuse globalement toute satisfaction. Cette défense n'a pas ce caractère de compromis que présentent généralement les autres mécanismes. « *Elle procure cependant des satisfactions narcissiques, l'adolescent se sentant approuvé par son surmoi, s'estimant supérieur aux autres. L'ascétisme peut, à la limite, entraîner un plaisir masochiste. Le plus souvent de telles défenses sont transitoires. Les pulsions émergent soudain brutalement et il n'est pas rare de constater alors un revirement complet du comportement* ». Marcelli et Braconnier (Ibid.,).

❖ *Le clivage et les mécanismes associés*

Ils représentent la réapparition à l'adolescence de mécanismes archaïques souvent abandonnés au décours du conflit œdipien pour des mécanismes défensifs plus adaptés tels que l'inhibition, le refoulement. L'utilisation du clivage a pour but de protéger l'adolescent de son conflit d'ambivalence centré sur le lien aux imagos parentales. Cliniquement le clivage s'illustre par les brusques passages d'un extrême à l'autre, d'une opinion à une autre, d'un idéal à un autre. On l'observe ainsi dans les comportements à l'évidence contradictoires de l'adolescent, contradiction qu'il ne semble pas percevoir ou dont il ne s'inquiète pas : ainsi tel adolescent qui réclame bruyamment son indépendance (pour sortir le soir, partir en vacances, etc.) veut être accompagné de ses parents pour d'autres conduites en apparence banales.

❖ *La mise en acte*

La mise en acte s'oppose à l'ascétisme. Elle consiste à traduction des pulsions qui sont habituellement contrôlées en acte. Ainsi, la fuite ne se fait plus devant les pulsions elles-mêmes, mais devant les conflits qu'elles induisent. Elle protège l'adolescent du conflit intériorisé et de la souffrance psychique, mais elle entrave toute possibilité de maturation progressive de telle sorte que l'incessante répétition de cette mise en acte apparaît souvent comme la seule issue.

2.3.5- Identité et adolescence

Le développement de l'identité fait partie des grandes tâches développementales de l'adolescence car il est à la base de ce que sont l'adolescent et l'adulte. Débutant avec la puberté, l'adolescent marque l'entrer dans de nouveau champ système normatif qui les permet de définir les agents de leur propre socialisation. La construction de l'identité est l'ultime tâche de l'adolescence, et selon les psychanalystes, il s'agit d'un processus évolutif et constant qui permettra au sujet de se créer et s'actualiser en tant qu'adulte indépendant, fort, constant, capable d'empathie et de sympathie.

Blos (1979), en vue de la compréhension de l'adolescence comme un processus de développement et de remaniement identitaire, développe une théorie qui analyse l'adolescence de manière temporelle en mettant en évidence le processus d'individuation. Ce processus est caractérisé par la nécessité pour chaque adolescent de mettre fin à la dépendance familiale. Pour lui (*Ibid.*), l'individuation est un processus qui se produit tout au long de l'existence, avec deux poussées majeures dans la troisième année de vie et à l'adolescence. Par contre la séparation-

individuation qui consiste en la reconnaître graduelle des limites par l'enfant des limites de son self ne se produit qu'une seule fois, au cours de la troisième année de vie.

En tant que période de développement, Blos (1979) comprend l'adolescence comme un moment de retrait de la libido des objets d'amour hérités de l'enfance qui au moment de l'adolescent, menace l'intégrité du Moi. De ce fait, le Moi a tendance à utiliser des défenses pour contrecarrer sa perte de pouvoir sur la réalité. Ces défenses conduisent finalement à une meilleure adaptation. Dans les situations les plus fréquentes, l'adolescence se termine avec des gains importants pour le Moi puisque celui-ci voit ses capacités intégratives et adaptatives augmentées. Cela permet de comprendre l'adolescent comme une reduplication de l'enfance qui accorde une grande importance aux mécanismes de défenses. L'identification est un mécanisme de défense utilisé par les enfants pour s'accrocher à des objets du fait de l'appauvrissement du Moi consécutif à l'abandon de l'investissement des premiers objets d'amour.

Blos (1979) va ainsi délimiter l'adolescence entre 7 et 18 ans, en 5 temps d'individuations : la préadolescence, temps de résurgence de la prégénitalité et d'une importante émergence pulsionnelle ; la première adolescence, caractérisée par le primat génital et le rejet des « objets internes parentaux » ; l'adolescence, marquée par la résurgence des conflits œdipiens et le désinvestissement des anciens objets ; l'adolescence tardive, période de consolidation et de réorganisation structurales de la personnalité et la post adolescence où l'état d'adulte est atteint.

Pour Blos (1979), ce qui caractérise l'adolescence est en fait un processus de désidéalisations des objets libidinaux de l'enfance, consistant à se défaire des images parentales idéales (du fait des défauts que le jeune y découvre. Mais également du fait de la découverte de ses propres limites), désidéalisations qui permettra à l'adolescent la construction de nouveaux objets.

Pour Erikson (1972), l'« identité » est au cœur de l'adolescence. Pour lui, lorsque l'individu quitte de l'enfance vers l'âge adulte, l'identification cesse d'être utile, par ailleurs, il doit se construire sa propre identité. *« La construction de l'identité surgit lorsque le sujet de la répudiation sélective et de l'assimilation mutuelle des identifications de l'enfance ainsi que de leur absorption dans une nouvelle configuration qui, à son tour, dépend du processus grâce auquel une société (souvent par l'intermédiaire de sous-sociétés) identifie le jeune individu en le reconnaissant comme quelqu'un qui avait à devenir ce qu'il est ».* (Erikson, 1972). La tâche

identitaire de l'adolescence est d'intégrer son identité à Soi, de devenir Soi. Lorsque l'adolescent forge son identité, il tend inconsciemment vers un état d'unification et d'intégration. Il sent la continuité dans son cheminement, entre ce qu'il a vécu et ce qu'il vit :

Le sentiment d'identité intérieure ou l'état de plénitude ». « Le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle repose sur deux observations simultanées : la perception de la similitude-avec-soi-même (selfsameness) et de sa propre continuité existentielle dans le temps et dans l'espace [c'est-à-dire : son ipséité] et la perception du fait que les autres reconnaissent cette similitude et cette continuité ». (*Ibid.*).

Le développement identitaire se réalise plus précisément lorsque trois processus s'enclenchent. Le premier indicateur d'identité est l'« intégrité », soit l'apparition du sentiment d'unité et de cohérence dans l'agir. En l'occurrence, l'adolescent s'appuie sur de solides assises qui lui permettent de se connaître et de comprendre son agir par la constance de ses actes. Le deuxième indicateur d'identité est la « continuité », du début du sentiment de temporalité. Le sujet prend graduellement conscience de ce qu'il est en revenant sur son passé, en vivant son présent et en se projetant dans son avenir. Le troisième indicateur de l'identité est l'« interactivité », soit la socialisation avec les personnes significatives. Cette « interactivité » permet au sujet adolescent de se confronter au monde et de mettre en œuvre la constance de ses propos et de son agir, et sa capacité à relativiser à de sortir de soi pour mieux comprendre l'Autre tels envisager par Erikson (1978).

Pour Marcelli et Braconnier (2018), L'identité renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations, en particulier des relations de soins précoces constitutives de ce narcissisme. Plus ces relations précoces ont été satisfaisantes, ont permis un investissement du soi en continuité et équilibré (l'investissement libidinal du soi « neutralisant » en partie les investissements agressifs du soi), plus le sentiment d'identité sera stable et assuré, et à l'inverse moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir : l'objet n'est pas une menace pour le sujet dans la mesure où la relation d'objet précoce a toujours étayé l'investissement narcissique. Dans ce cas la survenue de l'adolescence marquée par son « besoin d'objet » ne menacera pas l'assise narcissique de l'individu.

1.4- LE MODELE COGNITIF

La croissance psychique, le développement psycho-affectif et la maturation sexuelle ne sont pas les seuls phénomènes marqués par l'adolescence. L'activité mentale se restructure complètement, et les transformations relatives aux capacités intellectuelles s'avèrent aussi tout

important que les bouleversements physiques et psychiques. Ces transformations ont été particulièrement étudiées par Piaget et Inhelder.

1.4.1- La pensée formelle

Pour Piaget (1936), la vie psychique ne se développe que par un échange entre le sujet et le milieu. Nous n'héritons pas de structures cognitives comme telles, exception faite des schèmes réflexes : elles s'élaborent progressivement au cours du développement. Ce dont nous héritons, c'est d'un mode d'opération, c'est-à-dire d'une manière spécifique selon laquelle nous entrons en interaction avec l'environnement : il s'agit du processus d'adaptation avec ses deux composantes, l'assimilation et l'accommodation. Ce qui permet de souligner un certain équilibre en ce qui concerne le fonctionnement cognitif d'un sujet. La vie mentale se réduit à l'exercice de schèmes réflexes, c'est-à-dire à des coordinations sensorielles et motrices. L'enfant assimile d'abord le milieu extérieur à sa propre activité pour constituer ainsi un nombre croissant de schèmes à la fois mobiles et aptes à se coordonner entre eux par assimilation réciproque (Piaget, 1936). Le sujet devient alors source d'actions et par conséquent de connaissance.

L'enfant parvient ainsi en l'espace de quelques mois à construire un système de schèmes susceptibles de combinaisons indéfinies, qui annonce celui des concepts et des relations logiques (Piaget, 1936). Ce qui fait que les opérations logiques ne se constituent pas en bloc ; elles s'élaborent en deux étapes successives : les opérations concrètes et les opérations formelles. Les opérations concrètes ne consistent qu'en opérations additives et multiplicatives de classes et de relations : classifications, sériations, correspondance, et autres. Elles ne s'organisent qu'à propos de manipulations d'objets réels ou imagés.

Inhelder et Piaget (1955) ont permis de comprendre que les opérations formelles n'apparaissent que vers 11-12 ans et ne s'organisent systématiquement qu'entre 12 et 15 ans. La grande caractéristique de ces nouveaux instruments de la pensée qui se constituent entre 12 et 15 ans est que l'adolescent devient capable d'envisager toutes les relations possibles qui pourraient être vraies à partir de données, et de vérifier au moyen d'une analyse logique combinatoire laquelle de ces relations possibles, en fait, est vraie. Ces opérations virtuelles constituent en fait une condition nécessaire d'équilibre, car il y a équilibre dans la mesure où ces transformations virtuelles «se composent », c'est-à-dire « dans la mesure où ces opérations possibles constituent un système rigoureusement réversible du point de vue logique ». (Inhelder & Piaget, 1955).

Puisque la déduction à ce niveau ne porte plus directement sur des réalités perçues mais sur des énoncés hypothétiques, on peut dire que la pensée formelle est hypothéticodéductive. Cette capacité à pouvoir raisonner sur des hypothèses et non plus seulement sur des objets implique une autre tout aussi essentielle, celle de raisonner sur des propositions. Ce ne sont pas des données brutes que l'adolescent manipule, ce sont des énoncés verbaux ou des propositions qui « contiennent » ces données. Il s'agit en d'autres termes de traduire les résultats des opérations concrètes et de les formuler sous forme de propositions pour opérer sur ces résultats, c'est-à-dire faire différentes sortes de connexions logiques entre eux.

Au niveau des opérations formelles, deux structures d'ensemble nouvelles marquent l'achèvement des structurations jusque-là incomplètes du niveau précédent : la structure de « réseau » et celle du « groupe » des doubles réversibilités. Ainsi la structure de « réseau » est constituée par l'ensemble des possibilités hypothétiques que les opérations combinatoires nouvellement acquises ont engendrées. Cette structure de « réseau » constitue un instrument cognitif en lui-même, utilisé par le sujet pour analyser la structure d'un problème. Une fois qu'il connaît toutes les possibilités, le sujet doit voir laquelle se produit en réalité, et à partir de cette information, il est en mesure de faire des déductions logiques.

1.4.2- Le système combinatoire

Inhelder et Piaget (1955) montrent qu'accéder au système combinatoire, c'est accéder à un système logique permettant de prendre en compte toutes les possibilités d'une situation donnée. Entre 11/12 et 15 ans, l'adolescent acquiert le contrôle des 16 opérations logiques binaires qui correspondent à l'ensemble des relations possibles entre deux événements. La combinatoire des objets et la combinatoire des propositions sont à distinguer. La combinatoire des objets peut être illustrée à partir d'une situation simple où l'on propose à un enfant des jetons de cinq couleurs différentes (a, b, c, d, e) qu'il doit combiner successivement deux par deux, puis trois par trois et ainsi de suite. La combinaison systématique associe d'abord la première couleur (a) à chacune des quatre autres a-b, a-c, a-d, a-e, puis la seconde à chacune des trois autres b-c, b-d, b-e, etc. Avant sa douzième année, au niveau des opérations concrètes, l'enfant ne réussit qu'un petit nombre de combinaisons en procédant par tâtonnement, mais il devient capable vers 11/12 ans d'une réalisation méthodique de toutes les associations possibles. Certes, est-il incapable de trouver la formule et de réfléchir sur les combinaisons, mais il est capable de les réaliser à partir d'une méthode exhaustive.

La combinatoire se généralise vers l'âge de 14/15 ans. Les opérations propositionnelles apparaissent à ce même niveau, comme l'implication (p implique q), la disjonction (ou p, ou q, ou les deux), l'incompatibilité (ou p, ou q, ou ni l'une ni l'autre), etc. En se plaçant d'un point de vue fonctionnaliste, il est possible de vérifier que ces opérations résultent bien d'une combinatoire en analysant comment l'adolescent raisonne à leur sujet à la différence d'un enfant du niveau opératoire concret. C'est dans le contexte fonctionnel de réponses aux stimuli donnés qu'Inhelder et Piaget (1955) montrent comment le préadolescent et l'adolescent combinent leurs idées, leurs hypothèses et leurs jugements comme ils combinent les objets ou les facteurs en jeu, utilisant ainsi à leur insu cette combinatoire qui caractérise leurs opérations propositionnelles.

L'importance de la combinatoire dans la pensée adolescente dépasse donc largement les tâches où elle est explicitement exigée. La logique des propositions dans son ensemble constitue une combinatoire par opposition aux groupements de la pensée concrète. En atteignant le niveau formel, la pensée adolescente connaît une extension considérable. Toutes les combinaisons entre énoncés deviennent possibles. Pour Piaget, le passage du concret au formel se comprend en se reportant au groupement des vicariations. La vicariance marque la possibilité de substitution d'une classification à une autre. C'est la généralisation des vicariations qui conduit à la combinatoire, c'est-à-dire à la classification de toutes les classifications possibles.

1.4.3- Le groupe INRC

Le groupe INRC est une structure cognitive intégrant la double réversibilité par négation (inversion) et par réciprocité. La réversibilité peut déjà être observée au niveau opératoire concret. Mais il s'agit d'une réversibilité simple, l'enfant ne prenant en compte que la négation (caractéristique des groupements de classes) ou la réciprocité (caractéristique des groupements de relations d'ordre). Il en est tout autrement à l'adolescence où le sujet devient capable de maîtriser les quatre opérations logiques reliées entre elles : l'identité, la négation, la réciprocité et la corrélatrice. Le sujet doit alors se détacher des données perçues pour construire un monde clos sur lui-même et déterminé, situé dans un système d'ensemble (Grize, 1999).

Piaget et Inhelder (1955) montrent à cet effet que les deux formes possibles de réversibilité, inversion ou négation et la réciproque, régissant les systèmes de classes et de relations, existaient au niveau antérieur, mais n'étaient pas encore constituées en système unique. Il n'y a pas, en effet, simplement juxtaposition des inversions et des réciprocités, mais « fusion opératoire en un tout unique, en ce sens que chaque opération sera dorénavant à la fois l'inverse

d'une autre et la réciproque d'une troisième » (Piaget & Inhelder, 1955). Le sujet devrait dès lors maîtriser les quatre opérations logiques réelles entre elles : l'identité, la négation, la réciprocité et la corrélative. Pour le sujet l'anticipation devient facile et logique.

1.5- SPECIFICITE DE L'ADOLESCENCE EN CONTEXTE CAMEROUNAIS

1.5.1- Approche conceptuelle juridique de l'adolescence au Cameroun

La Convention sur les droits de l'enfant adoptée le 28 novembre 1989 par l'Assemblée Générale des Nations Unies stipule pour sa part en son article premier : qu'« un enfant est un être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui est applicable ». Cette définition repose sur la dimension juridique du concept.

Il ressort du droit en vigueur au Cameroun que l'adolescence est une période de la vie comprise entre 15 et 20 ans. Si les dispositions juridiques ne parlent pas spécifiquement de l'adolescence, elles permettent de distinguer trois types de majorité ; ce qui laisse entrevoir une catégorie d'âge précise dans laquelle il est alors possible de ranger l'adolescence. On peut donc y distinguer : la majorité pénale (18 ans) qui correspond à l'âge à partir duquel une personne peut être tenue pour entièrement responsable de ses actes devant un tribunal ; la majorité politique (20 ans) qui correspond, selon l'article 2 de la constitution camerounaise du 18 janvier 1996, à l'âge à partir duquel un citoyen camerounais dispose du droit de vote ; la majorité civile, qui pour sa part est fixée à 21 ans. Elle porte sur tout ce qui est acte administratif tel que les contrats par exemple, à l'exception du contrat de travail et du mariage. Le travail des enfants étant légal dès 14 ans et l'âge minimum pour contracter un mariage étant de 18 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes sont donc, suivant l'ordonnance du 29 juin 1981 portant organisation de l'état-civil et de diverses dispositions relatives à l'état des personnes physiques, des exceptions à la majorité civile.

Du point de vue juridique, le passage de l'enfance à l'âge adulte dépend donc au Cameroun de l'aspect considéré : le travail, le mariage pour les femmes ou les hommes, la responsabilité pénale, le droit de vote et ou la responsabilité civile. Pour déterminer ce que c'est qu'un adolescent au Cameroun aujourd'hui, il conviendrait, en plus de l'aspect juridique, de s'intéresser aussi à la réalité sociale et culturelle et aux actes posés par les personnes plutôt qu'aux limites d'âge et autres prescriptions du Droit. C'est ainsi que le sens commun considère des critères positifs pour définir l'adolescent. Dans un tel contexte, travaille celui qui est capable de travailler, peu importe son âge. Sera mariée la fille qui aura, par elle-même ou par l'intermédiaire de son père, trouvé un mari, quoi qu'en dise le juge. Les critères définissant les

adultes ne sont dès lors pas liés à l'âge. Un homme même âgé de plus de 31 ans ne sera jamais pleinement un adulte s'il n'est pas marié et père. Quant aux femmes, elles ne sont considérées comme telles que par le mariage et la maternité.

Pour les hommes, l'accession au mariage étant souvent conditionnée par la possibilité financière d'assumer la charge d'une famille, l'exercice d'une activité rémunératrice procure de la maturité indépendamment de l'âge tout en instaurant une autre classification entre personnes matures, économiquement dépendantes et les personnes matures, économiquement indépendantes. Dans ce sens, la hiérarchie socioculturelle implique que la distinction entre jeunes et adultes s'inscrive dans une continuité liée à l'autonomie et au pouvoir des individus. Ainsi, l'autonomie et le pouvoir sont tributaires de la reconnaissance sociale des actes posés par une personne dans la mesure où ces actes attestent de sa capacité à les assumer. Le statut d'adulte n'est pas atteint à un âge spécifique, mais il s'acquiert par un comportement adulte reconnu comme tel par des pairs.

Qu'ils soient juridiques, socioculturels ou autres, les critères de passage de l'enfance à l'âge adulte ne sont pas clairs au Cameroun. Ils obéissent à de multiples critères différents les uns des autres. Une observation particulière va cependant nous contraindre à distinguer deux types d'adolescences au Cameroun : l'adolescence traditionnelle vivant en campagne et l'adolescence occidentalisée vivant généralement dans les villes. Qu'il soit occidentalisé ou traditionnel, l'enfant camerounais est aux prises avec la construction de son identité.

1.5.2- Vulnérabilité de l'adolescent Camerounais selon Tsala Tsala

Tsala Tsala (2002) fait l'analyse d'une crise survenue au sein d'une famille camerounaise. Cette crise perturbe les relations entre un adolescent et ses parents en occurrence son père. L'auteur part du constat selon lequel en Afrique l'adolescent doit encore se déterminer par rapport à sa culture d'origine et aux exigences d'une modernité aux contours souvent mal définis.

L'environnement socio-familial de la majorité des adolescents des villes africaines se caractérise, aujourd'hui, par l'oscillation plus ou moins réussie entre ces deux pôles. Partant de là, il pose le problème de la délicate articulation à établir entre l'identité ethnique et l'identité individuelle. Pour l'auteur, « *l'adolescence est une période difficile pendant laquelle l'individu se cherche une identité propre. Il doit se situer par rapport à l'enfance qu'il quitte et au statut d'adulte vers lequel il achemine* » Tsala Tsala, (2002, P 111). La notion de crise d'adolescence a longtemps servi à décrire l'adolescence comme une période critique normale. Elle est souvent

qualifiée d'*état psychopathologique normal* ou de saisons des écarts. Cependant cette notion a toujours été contestée parce qu'elle ne permet toujours pas l'accès à la spécificité culturelle et contextuelle d'une période aussi déterminante du développement.

L'auteur affirme que *l'adolescence ne saurait se lire en dehors du contexte social qui la crée, la nie ou la régleme*. Qu'elle soit une période caractéristique du développement de l'individu ou non, l'adolescence pose clairement le problème de l'évolution de la famille et de la société. Elle est pourtant inconnue de l'Afrique traditionnelle où les changements de statut et les grandes périodes de développement physique et social de l'individu sont ponctués et étayés par des rites. De la sorte, l'individu vit avec moins d'anxiété et plus d'assurance chaque étape du développement psychosocial. Au-delà du conflit des générations, il s'agit en 40 réalité, de se développer au regard de ses origines culturelles tout en tenant compte de ses aspirations. Dans ce contexte particulier, les rapports qui peuvent exister entre l'adolescent et son père sont nécessairement marqués du sceau de cette double face de l'identité. Lorsqu'ils sont exacerbés, ils peuvent alors révéler la complexité singulière de deux personnalités en souffrance d'identité, ballotées entre les loyautés d'un passé récent et les contraintes d'un présent aux contours incertains.

Pour lire cette crise, l'auteur considère deux approches à savoir l'approche psychanalytique et l'approche systémique. En effet, l'option de la psychanalyse est celle d'une approche individuelle faisant du conflit le nœud de l'économie psychique du sujet. Tout en visant principalement le fonctionnement et les mécanismes du psychisme, la psychanalyse a toujours pris en compte les relations structurantes et conflictuelles avec l'autre. L'approche systémique quant à elle étudie le groupe familial en tant que système. Elle se donne pour objet non pas l'individu mais les interactions qui s'établissent entre les membres du système. Cette approche s'intéresse à la relation, à la communication entre les éléments du système et à la situation actuelle. Il arrive à la conclusion que, le conflit qui oppose l'adolescent à son père s'organise autour de la perception que chacun se fait de l'autre par rapport à ses propres attentes. D'un côté un père qui prétend être de bonne foi et dans son rôle et de l'autre côté un adolescent visiblement en quête de l'identité. La souffrance de l'adolescent prend une coloration œdipienne dès lors qu'il s'agit des rapports qui existent entre sa mère et lui. Il faut encore rappeler ici l'indisponibilité de la mère au moment de sa naissance.

Ces travaux sur la vulnérabilité de l'adolescent permettent de comprendre que l'adolescence est une période sensible du développement de l'individu. Une période de trois travaux de deuil spécifique. En effet, l'entrée à l'adolescence suppose le deuil du corps infantile

que l'on quitte et qu'on ne retrouvera jamais, celui de la détérioration de l'image idéalisée des parents, et enfin celui de la perte des ressources fantasmatiques propres à l'enfance (Freud 1958). Ces mécanismes intrapsychiques peuvent installer l'adolescent dans une tristesse et un isolement caractéristique ou dans la dépression. L'adolescent vit une situation précaire. Fragilisé, il va développer des mécanismes de défense pour lutter contre l'angoisse et la dépression. Les mutations physiologiques et psychologiques, les ruptures affectives et familiales, le parcours de socialisation durant l'enfance, etc. sont autant de variables bibliographiques qui peuvent amplifier la gravité des troubles.

En exposant le cas Edimo (adolescent camerounais de 16 ans), Tsala Tsala (2002) met l'accent sur ce qui caractérise l'enfant camerounais et les exigences du milieu familial. Selon cet auteur, l'adolescent camerounais doit se construire une double identité : éthique et individuelle. Ce qui fait problème chez ce dernier est la difficulté à pouvoir concilier les valeurs culturelles imposées par les parents, et les exigences liées à la modernité, qui le séduisent et l'attirent. Ce qui entraîne des conflits de génération parents/adolescents, encore appelés crises familiales. Ce qui ne va pas c'est que l'adolescent va revendiquer son autonomie parce qu'il veut appartenir à son époque et en jouir des composantes, et non rétrograder vers celle qu'ont vécu ses parents. On assiste donc de sa part à une demande pressante de changements orientés vers un nouveau modèle (Tsala Tsala, 2002) ; demande qui est mal acceptée par les parents, d'où la crise au sein de la famille.

1.5.3- Culture et Adolescence au Cameroun

La culture au Cameroun comme partout en Afrique repose sur la tradition qui est l'ensemble des idées, des doctrines, des mœurs, des pratiques, des connaissances, des techniques, d'habitudes et d'attitudes transmises d'une génération à une autre au sein d'une communauté humaine. La tradition revêt à la fois un caractère normatif et fonctionnel. La normativité se fonde essentiellement sur le consentement à la fois collectif et individuel. Elle fait de la tradition une sorte de convention collective acceptée par tous les membres, un cadre de référence qui permet au peuple de se définir et de se distinguer. La fonctionnalité d'une tradition se révèle dans son dynamisme et dans sa capacité à intégrer de nouvelles structures ou des éléments d'emprunt susceptibles d'améliorer certaines conditions d'existence des membres de la communauté. Ainsi, la tradition ne se présente pas essentiellement comme une institution figée, conservatrice, rétrograde et insensible aux changements, mais comme un système en mouvement, dynamique faisant partie de la vie elle-même. En somme, la tradition porte en elle, et ce malgré certaines résistances au changement, les germes subtils de la modification, de la

transformation qui font que les peuples doivent à tout moment ajuster au temps leurs idées, leur manière d'être et de faire.

1.6- LES CONDUITES ADDICTIVES

1.6.1- Contexte historique et définitions des conduites addictives

1.6.1.1- Contexte historique

L'expression « *addiction* » est une notion popularisée à partir des années 70 dans les pays de langue anglo-saxonne. Elle trouve son origine latine dans « *addictus* » qui désignait une pratique de contrainte où, une personne devenue esclave devrait hypothéquer son corps en garantie de ses dettes. La notion d'addiction renvoie ainsi aux idées de « perte de liberté », d'asservissement à une habitude. On parle de « conduites addictives » pour désigner l'ensemble des usages et activités susceptibles, à une fréquence, une intensité et dans des conditions déterminées d'entraîner et d'installer durablement un trouble psychique et des risques sanitaires et sociaux en rapport avec une pathologie cérébrale. Dans ce même sens, le terme addiction fut repris en droit romain puis moyenâgeux où « l'addicté » était, après ordonnance du tribunal, la personne débitrice contrainte par corps à rembourser son créancier. Elle en devenait ainsi l'esclave si la dette s'éternisait. C'est à cette époque que le terme d'addiction se rapprocha d'une forme de dépendance. Le mot addiction est totalement intégré dans le langage des passions dévorantes. Dès 1890, Freud regroupa certains comportements compulsifs sous le terme d'habitudes morbides. L'apparition de ce concept en psychopathologie correspond à une mutation historique qui concerne autant la psychopathologie que la psychiatrie.

Au XIX^{ème} siècle, en France comme en Allemagne, certains comportements addictifs furent regroupés par le biais d'un dénominateur commun, un suffixe « isme », « manie ». C'est ainsi qu'apparait le terme « toxicomanie » issu du grec « *Toxikon* ». A la même époque apparait le terme « *Drug* » en Angleterre pour définir ces comportements. Le terme « addiction » fit officiellement son apparition en 1932, dans un article de Glover qui présenta l'addiction comme appartenant aux états limites. Disparu de la langue française, le terme d'addiction est réapparu en anglais sous la forme du verbe *to addict* qui signifie s'adonner à.

A la fin du XIX^{ème} siècle, tandis que la psychiatrie française utilise le suffixe « manie » pour qualifier un large spectre de conduites déviantes, Fénichel (1945), utilise le concept d'addiction pour regrouper diverses conduites impulsives pathologiques. Le terme d'addiction ou de conduite addictive cherche à prendre en compte la diversité de l'évolution de conduites toxicomaniaques qui ont vu leur prévalence augmenter de façon considérable au cours des

dernières années et déborde largement le cadre des toxicomanies classiques et de l'alcoolisme en recouvrant de son ombre de nouveaux pans : troubles de conduites alimentaires, jeux pathologiques et jeux d'hasard, les addictions sexuelles etc. D'après cette période après une longue période de séparation des différentes conduites de dépendances, la notion d'addiction opère un regroupement à la fois descriptif, théorique, thérapeutique et institutionnel.

1.6.1.2- Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit l'addiction comme « *un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements* ». L'addiction recouvre également les conduites de toxicomanie, d'alcoolisme et toutes celles entraînant une dépendance avec ou sans toxique. La définition du cadre des addictions comme incluant les « toxicomanies sans drogue » est due à Fénichel (1945).

Pedinielli (2008), conçoit l'addiction comme une « répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir, mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation recherchée et consommée avec avidité ».

Lejoyeux (2009), définit les addictions comme des comportements de consommation des substances psychoactives assortis de conséquences négatives et face auxquels le sujet perd une partie de sa liberté. Lorsque les consommations perdurent voire s'aggravent malgré les problèmes croissants qu'elles génèrent voire une souffrance de moins en moins supportable.

Pour (Morel, Couteron, 2011), bien que substitué au concept de toxicomanie et ayant le mérite de proposer un déplacement de la notion de toxique, c'est-à-dire du produit consommé, vers le comportement lui-même, qu'il s'agisse d'un comportement de consommation de substance psychoactive ou d'une addiction comportementale. L'addiction ne doit être confondue ni avec la simple consommation de substances psychoactives ni avec un comportement compulsif. Elle est un comportement de consommation pathologique en ce qu'il génère une perte de contrôle et de la souffrance.

Pour les psychanalystes psychosomaticiens, les addictions illustrent l'ancrage somatique et biologique des pulsions, celles-ci étant force en quête de sens et de liens vers des représentations ne pouvant se constituer que par l'intermédiaire d'expériences corporelles et du rapport aux objets, ceci dès les âges les plus précoces. Ainsi, la problématique addictive éclaire de manière « somatopsychique » aussi bien les périodes/pubertaires et adolescentes que la question des « fonctionnements limites », en particulier sur *l'investissement phallique de*

l'excitation et de la sensation pour des sujets présentant bien souvent un narcissisme précocement fragilisé par des débordements de leurs limites psychiques et corporelles.

1.6.2- LES ADDICTIONS EN PSYCHANALYSE ET PSYCHIATRIE DU DSM

1.6.2.1- L'addiction en psychanalyse

Il existe une grande diversité des approches théoriques psychanalytiques de l'addiction. Indiquant la fonction fondamentale de l'autoguérison de symptôme, la psychanalyse considère l'addiction comme une tentative d'automédication c'est-à-dire si un sujet ne peut se passer de sa « drogue », que celle-ci se manifeste sous forme d'un jeu, d'achat ou d'alcool, c'est avant tout parce qu'elle lui apporte une certaine dose de satisfaction. Cette dernière constitue une forme de « traitement de substitution » troquant une souffrance psychique par une autre, une « dernière technique vitale » apte à soigner « le mal par le mal ». Ainsi, l'addiction est un processus dans lequel un comportement est réalisé pour procurer du plaisir et soulager un malaise intérieur. Plusieurs modèles psychanalytiques expliquent l'addiction mais dans ce travail nous nous attarderons à l'apport de Freud, de McDougall et de Jeammet.

1.6.2.1.1- L'apport de Freud

De prime abord, Freud n'a jamais consacré un texte à l'addiction. Il évoque l'addiction quand il analyse l'abstinence volontaire et répétée des hystériques ou lorsqu'il étudie les ravages du jeu pathologique chez Dostoïevski. De plus, en tant que grand consommateur de cigares et cocaïnomane notoire, il a, par ses expériences, analysé cette recherche de jouissance immédiate qui aide l'homme à réduire ses tensions et à fuir le déplaisir. Une telle conduite devient pathologique lorsqu'elle représente le seul refuge vers lequel le sujet se précipite avec avidité au point de s'y abimer, afin de surseoir à une souffrance psychique. Ainsi, il met en place trois modèles explicatifs des addictions :

- Dans le premier modèle, il montre que l'addiction résulte du souci de l'individu à satisfaire le besoin primaire de masturbation. Etant en permanence en quête du plaisir érogène, l'addicté s'attache à la substance objet d'addiction en opérant un transfert passionnel du plaisir que la stimulation des zones érogènes procure. La substance n'est donc pas « le toxique », c'est la recherche effrénée du plaisir qui crée l'addiction ;
- Dans le second modèle en lien à ses travaux sur les névroses actuelles, Freud considère l'addiction comme une compensation du manque ou du vide libidinal. Pour lui, la conscience lutte contre le trop plein d'excitation ce qui handicape le ça qui vit selon le

principe de plaisir. Pour éviter l'insuffisance de libido et de connexion psychique, ce que Marty appelle la faiblesse d'épaisseur, l'individu compense cela par une substance ou un mouvement d'où le contre investissement chimique et moteur ;

- Le troisième modèle Freudien quant à lui va attribuer l'origine des addictions à une décharge pulsionnelle sur le corps qu'il compare à la décharge pulsionnelle sur le corps chez les épileptiques.

Freud (1917) dans « *deuil et mélancolie* », propose de comprendre l'addiction comme étant une suppression des dépenses de refoulement, obtenue par des moyens toxiques. Ce qui permet au sujet de faire l'économie du travail psychique. Plus tard, dans « *Malaise dans la civilisation* » il qualifiera les toxicomanes comme étant des « *briseurs de soucis* », d'« *échafaudages de secours* », de « *méthode chimique* », ou l'une des « *méthodes de protection contre la souffrance* ». Freud reconnaît la fonction protectrice des processus d'addiction.

1.6.2.1.2- L'apport de McDougall

On doit notamment à cet auteur d'avoir réintroduit en France la notion d'addiction avec le sens qu'on lui doit actuellement, mais aussi d'avoir proposé la première théorie générale des addictions dans le champ de la psychanalyse.

McDougall, en 2001, dans « *l'économie psychique de l'addiction* », comprend l'addiction comme une réaction à une souffrance psychique qui remonte souvent à l'enfance : à cause des blessures de la petite enfance, le sujet trouverait dans l'addiction un analgésique. Le caractère provisoire de cette solution déterminerait la dimension compulsive de la conduite. L'addiction est donc à mettre en relation avec ce qui conditionne cette défaillance de la constitution de l'objet. Elle a pour objectif le dépassement des conflits et la douleur physique. Car les addictions désinvestissent les situations anxiogènes en répudiant les représentations pénibles et en évacuant les affects ressentis comme menaçant du fait des faiblesses de l'organisation du Moi. Les « actes-symptômes » sont un mode particulier de défense permettant au sujet de maintenir l'homéostasie psychique chaque fois que leur équilibre économique est menacé aussi bien sur le plan objectal, que sur le plan narcissique. Les assises narcissiques (perte des repères narcissiques et identificatoires) du sujet menacé par ces douleurs psychiques insoutenables forment le lit des addictions (McDougall, 2001).

Elle souligne également que quand le processus de constitution de l'objet transitionnel s'est ralenti, il est possible qu'un sujet puisse développer une tendance à l'addiction. C'est-à-dire au lieu d'un l'objet transitionnel manquant, le sujet se fixerait sur un objet transitoire,

qu'il s'agisse d'une drogue, ou d'une activité, etc. Faute d'avoir pu créer des objets transitionnels authentiques, le sujet sous addiction chercherait sa solution dehors.

En 2004, dans « *Théâtre du Je* », McDougall postule que la problématique des addictions renvoie à la défaillance des phénomènes transitionnels. Pour elle, l'objet de l'addiction peut être un objet transitionnel défaillant à mi-chemin entre la perception de l'autre comme totalement niée par le sujet et l'autre reconnu comme ayant une existence indépendante, des attributs et des désirs propres. En ce sens, les addictions permettent au sujet de se défendre d'une incapacité à tolérer la douleur psychique qui renvoie à la fragilité des repères narcissiques et identificatoires avec un risque d'effondrement perçu par le sujet, mais ainsi évité. De plus, les addictions permettent de restituer quelque chose de l'ordre d'un espace transitionnel défaillant. Notamment, elle fait appel au terme de « théâtre » pour désigner la scène occupée par les personnes qui environnent le sujet et auquel ce dernier donne une place précise. Ces personnes occupent un rôle symbolique qui vient en lieu et place et d'autres objets psychiques, qui eux sont défaillants ou marquants.

La perspective de McDougall est donc de donner une fonction positive aux comportements addictifs. Ces comportements, viennent restaurer quelque chose de l'ordre d'un manque dans le développement psychique, notamment identitaire d'un sujet. Egalement, elle établit un lien entre comportements addictifs et faits psychosomatiques. Elle note que, ces deux relèvent de l'agir, ils permettent de mettre à distance des représentations difficiles qui sont sources d'angoisse et ils organisent une évacuation de l'affect ressenti comme dangereux du fait des défaillances dans l'organisation du Moi.

Pour résumer, les addictions dans la logique de McDougall naissent sur l'impossibilité d'identification à une mère interne protectrice. Les addictions suivent également une triple orientation à savoir : la fonction défensive, la restauration de l'introjection rendue possible par une mise en scène transitionnelle de l'ordre du « théâtre » et la parenté avec les faits psychosomatiques.

1.6.2.1.3- L'apport de Jeammet

A l'instar de l'approche de McDougall, Jeammet (2000), pense son analyse sur la défaillance des assises narcissiques. L'auteur donne une fonction positive aux conduites addictives et insiste sur les caractéristiques de l'introjection. Il fonde sa conception sur deux grandes approches du développement du sujet : Dans ces deux approches, on retrouve également l'idée d'une insécurité intérieure d'ordre identitaire.

Jeammet (2000), inscrit les addictions dans une problématique de la séparation dont le sujet cherche paradoxalement à sortir par un mouvement de dépendance. La défaillance de ces assises narcissiques implique que l'introjection de l'objet représente une menace pour le narcissisme du sujet. Il doit donc faire recours à des mécanismes défensifs pour éviter la dépendance à l'objet libidinal. Le pouvoir de l'objet libidinal se nourrit des failles narcissiques et entraîne la mise en place de « barrages-objectaux » par le sujet (Jeammet, 2000). Les deux champs ne sont cependant pas au même plan : la problématique interne et psychique, mais sa résolution va se trouver dans la tentative de maîtrise d'un objet physique et externe. Cet appel à l'externe permettrait de retrouver quelque chose de l'ordre d'une différenciation avec l'environnement. Plus précisément, la problématique de la séparation est en lien avec le narcissisme et la relation d'objet. Ici, les investissements objectaux des assises narcissiques deviennent presque impossibles à réaliser, et sont en tout cas sources de menace, car, le narcissisme est défaillant.

L'addiction, dans ce système, possède plusieurs avantages pour le sujet. D'abord, il permet l'illusion de la maîtrise de ce qui pose difficulté à savoir les investissements libidinaux. Egalement en remplaçant un monde d'émotions par un monde de sensations apporté par la consommation de l'objet d'addiction. L'individu se donne là aussi l'illusion de ce qui est défaillant à l'intérieur peut se retrouver à l'extérieur, et être maîtrisable.

1.6.2.1.4- L'addiction en psychanalyse aujourd'hui

Aujourd'hui en psychanalyse l'addiction est reconnue comme une façon de se droguer avec mais aussi sans produit (sport, travail, etc.) chez des sujets dont les problématiques relèvent le plus souvent :

- De la désymbolisation de la pensée (Guillaumin, 2001), (cela est relatif avec le tabagisme ou l'addiction au travail ou encore dans le sex-addict),
- D'une violence non intégrée, d'une carence ou fragilité narcissique (Marinov, 2001),
- D'une dépressivité, angoisse de la relation d'objet,
- D'une pensée opératoire ou d'une alexithymie (Marty),
- D'une difficulté ou impossibilité de « différer » la tension psychique ou la frustration au point d'user et abuser de la « décharge » motrice ou sensorielle pour décroître la tension excitationnelle ou s'affranchir de la frustration,
- D'une porosité entre les frontières du dedans (psychique) et du dehors, de là la grande sensibilité à l'environnement, l'autre, et ce qu'ils peuvent offrir de « récompense » en

termes de fuite, dans la consommation, de toute tension intérieure non élaborable psychiquement.

1.6.2.2- L'ADDICTION EN PSYCHIATRIE DU DSM

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV l'addiction est un « processus pluridimensionnel et polyfactoriel ». Le « trouble du comportement addictif fait partie de l'axe 1 qui en compte cinq : troubles liés à la nicotine ; troubles liés aux opiacés ; troubles liés à la phencyclidine (PCP) ; troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ; troubles liés à plusieurs substances ; troubles liés à une substance autre (ou inconnue) ». Dans le terme « toxicomanie », est remplacé par le concept de « dépendance ».

Le DSM-IV classe la dépendance sous la catégorie « troubles liés à l'utilisation d'une substance et troubles addictifs » divisés en deux sous axes : « troubles liés à l'utilisation d'une substance » et « addictions comportementales ». Les « troubles du comportement alimentaire » sont, quant à eux, rassemblés dans une catégorie spécifique. Quant aux notions d'abus (DSM-IV), d'usage nocif (CIM-10), elles se retrouvent limitées aux conséquences néfastes observables ou quantifiables de l'usage du toxique, à l'exclusion de toute référence aux symptômes spécifiques du comportement toxicomane.

Le DSM-IV (1994) et le DSM-IV-TR tout comme Evans et Sullivan (1995), définissent les termes d'abus, d'usage nocif et de dépendance comme ceci :

- « *Drug use* » : le sujet commence par utiliser des produits dans certaines situations sociales ou médicales, sans en abuser, mais peut en avoir un mésusage dans certaines conditions émotionnelles.

- « *Drug use* » : le sujet commence par utiliser des produits dans certaines situations sociales ou médicales, sans en abuser, mais peut en avoir un mésusage dans certaines conditions émotionnelles.

- « *Drug dependence* » : maladie chronique et progressive avec compulsion d'utilisation et de réutilisation de produits, perte de contrôle vis-à-vis de ceux-ci en dépit des conséquences néfastes. Le diagnostic de dépendance nécessite l'utilisation pendant plus de douze mois du produit, entraînant une tolérance et une augmentation des doses, des symptômes de manque et de sevrage à l'arrêt (Evans, Sullivan, 1995).

1.6.3- CRITERES ET TYPOLOGIE DES ADDICTIONS

1.6.3.1- Critères en définition des addictions

Il existe trois grandes classifications qui permettent aux scientifiques et aux médecins de diagnostiquer une addiction.

1.6.3.1.1- Les critères de l'addiction selon Goodman

Goodman (1990), psychiatre anglais, est le premier à avoir proposé une définition opératoire de l'addiction. Pour lui, l'addiction est « *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 des conséquences négatives.* ». Globalement, cette notion renvoie à un comportement permettant de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur, avec un échec du sujet pour contrôler son comportement, malgré des conséquences négatives. Le diagnostic clinique de l'addiction est réalisé à partir de trois critères à savoir : la répétition compulsive d'une activité, sa persistance malgré ses conséquences néfastes et l'obsession pour celle-ci.

L'auteur propose ainsi, une grille de six critères principaux permettant de définir un comportement addictif :

- A. Une impossibilité répétée de résister aux impulsions à faire ce comportement ;
- B. Une sensation croissante de tension immédiatement préalable au commencement du comportement ;
- C. Un plaisir ou soulagement pendant la durée du comportement,
- D. Une sensation de perte de contrôle ;
- E. Une présence d'au moins cinq (05), des neuf critères suivants :
 - Préoccupations fréquentes par rapport à ce comportement ou à sa préparation,
 - Intensité et durée des épisodes plus importants que prévu,
 - Tentatives pour diminuer ou arrêter,
 - Beaucoup de temps consacré au comportement ou à s'en remettre,
 - Survenue pendant des obligations professionnelles, scolaires, familiales etc.,
 - Activités majeures sacrifiées à cause du comportement,
 - Bien que le sujet ait conscience du caractère pathologique, perpétuation du comportement,

- Tolérance vis-à-vis du comportement : nécessité d'en augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré,
- Agitation ou irritabilité si le sujet est dans l'impossibilité de réaliser ce comportement,
 - F. Certains éléments du syndrome ont durés plus d'un mois ou se sont répétées pendant une période plus longue.

1.6.3.1.2- Les critères de l'addiction selon le DSM-5

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) dans sa cinquième version, élaborée en 2013 par « l'American Psychiatric Association », arrête 11 critères, pour déterminer l'existence de troubles liés à l'usage d'une substance ou à une activité tel que le jeu d'argent :

- 1- Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance ou de jouer faisant échec à la volonté de cesser la consommation ou d'interrompre l'activité en question (appelé aussi « craving ») ;
- 2- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu ;
- 3- Quantité importante et manifestement excessive de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu ;
- 4- Augmentation de la tolérance au produit addictif ;
- 5- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu (agitation, anxiété, irritabilité, troubles sensoriels et digestifs, etc.) ;
- 6- Incapacité de remplir des obligations importantes ;
- 7- Usage persistant même en présence d'un risque physique ;
- 8- Problèmes personnels ou sociaux ;
- 9- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité ;
- 10- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu ;
- 11- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

La présence de 2 à 3 critères est considérée comme une addiction faible, de 4 à 5 critères constitue une addiction modérée et la présence de 6 critères ou plus peut être considérée comme une addiction sévère.

1.6.3.1.3- Les critères de l'addiction selon la CIM

Elaborée dans sa première version en 1994 et connue sous le titre de Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM), elle identifie les notions de dépendance et d'usage nocif sur la base de 6 critères :

- 1- L'usage nocif (ou abus) est entendu comme une consommation ou un comportement qui implique, ou peut impliquer, des dommages de nature sanitaire, sociale ou judiciaire. Ils peuvent dépendre de contextes particuliers (conduite automobile, grossesse) et être causés à l'utilisateur lui-même ou à un tiers. Par définition, les concepts d'usage nocif et d'abus impliquent une répétition du comportement.
- 2- La dépendance : un comportement psychopathologique présentant certaines caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales au-delà de la seule dépendance physique. Pour établir ce diagnostic, au moins 3 des manifestations suivantes doivent avoir été simultanément observées au cours de la dernière année :
 - i. le désir compulsif du produit, ii.
 - ii. la difficulté à contrôler la consommation,
 - iii. la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage,
 - iv. le besoin d'augmenter la dose pour atteindre les mêmes effets qu'auparavant,
 - v. la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur,
 - vi. la poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives.

1.6.3.2-TYPOLOGIE DES ADDICTIONS

Les addictions peuvent être regroupées en deux grands types à savoir : les addictions aux produits ou aux substances et les addictions comportementales ou non liées aux substances.

1.6.3.2.1- Les addictions liées aux substances psychoactives

Le pharmacologue Allemand Louis Lewin fut le premier à proposer en 1927 la toute première classification des substances psychoactives relativement simple, basée sur l'effet de la substance sur le système nerveux central en 5 grands groupes à savoir :

- Les *euphorisants* (*Euphorica*) : calmants de l'activité psychique diminuant la perception des sensations (opium, morphine, codéine, héroïne, cocaïne) ;
- Les *excitants* (*Excitantia*) : stimulants d'origine végétale qui procurent sans altération de la conscience un état d'excitation cérébrale (café, thé, kat, tabac).

- Les *hallucinogènes (Phantastica)* : hallucinogènes d'origine végétale (peyotl, mescaline, chanvre indien) ;
- Les *inébriants (Inebriantia)* : substances qui après une 1ère phase d'excitation donnent lieu à une dépression pouvant aller jusqu'à une suppression temporaire de la conscience (alcool, éther, chloroforme) ;
- Les *sédatifs (Hypnotica)* : agents calmants et somnifères (bromures, paralaldéhyde, sulfonal) ;

En revanche Morel et Couteron (2019), en se basant sur l'activité des substances au niveau du cerveau :

- Les déprimeurs du système nerveux central : alcool, hypnotiques (barbituriques), tranquillisants (benzodiazépines), neuroleptiques, analgésiques (opiacés, morphine, héroïne, produits de synthèse) ;
- Les stimulants : mineurs (café, nicotine), majeurs (amphétamines, anorexigènes, cocaïne), stimulants de l'humeur ou antidépresseurs. Ce sont généralement des substances qui diminuent la sensation de faim et de fatigue et qui donnent une impression de gain en énergie et en capacités ; en réalité elles font consommer plus vite l'énergie.
- Les perturbateurs : cannabis, chanvre indien, solvants (éther, colles), hallucinogènes (LSD, mescaline, psilocybine, etc.). Leurs effets portent principalement sur les perceptions (pouvant générer des illusions voire des hallucinations), mais aussi sur les émotions attachées à ces modifications perceptives : hallucinations effrayantes parfois ou, au contraire, vécus oniriques agréables.

En substance, en 1958, le psychiatre Delay et son associé Deniker proposent une classification des substances psychotropes en fonction de leurs activités sur l'état mental. Ils distinguent alors 3 catégories à savoir :

Les sédatifs ou psycholeptiques : hypnotiques (barbituriques), neuroleptiques, tranquillisants mineurs et sédatifs classiques (benzodiazépines), antiépileptiques ;

- Les excitants ou psychoanaleptiques : stimulants de la vigilance (amphétamines), stimulants de l'humeur (antidépresseurs), autres stimulants (kat, cola) ;

- Les substances perturbant de façon diverse le psychisme ou psychodysléptiques : hallucinogènes (mescaline, peyotl, kétamine, phencyclidine), délirants (LSD 25), stupéfiants (morphine, héroïne, opium) ;
- Les régulateurs du psychisme (les sels de lithium).

1.6.3.2.2- Les addictions comportementales

Les addictions comportementales ou « addictions sans substance » sont caractérisées par l'incapacité du sujet à maîtriser la pratique d'une activité. Avant de passer à l'action, une tension croissante crée et au moment de la pratique, la personne ressent un plaisir ou un soulagement. Ces dernières années ont été marquées par l'identification de ces troubles comportementaux. À ce jour, ces troubles sont uniquement définis pour l'addiction :

Aux jeux de hasard et d'argent (gambling disorder) ; Aux jeux vidéo (gaming disorder) ; La cyberdépendance ; L'addiction sexuelle : la dépendance sexuelle correspond à l'envie irrépressible de réaliser une activité sexuelle et à l'impossibilité de contrôler cette envie ; Les achats compulsifs : ce comportement d'achat d'inapproprié se traduit par un besoin irrésistible d'acheter des objets sans utilité. Ce type d'addiction concerne le fait d'acquiescer. ; L'addiction à l'activité physique : Cette addiction est un besoin irrésistible de pratiquer une activité physique de façon excessive et incontrôlée. Elle est souvent associée à des troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie). Morel et Coueron (2019).

1.7- ADDICTIONS ET STRUCTURE PSYCHIQUE

Les addictions constituent une entité psychopathologique et clinique à part. Elles correspondent à une entité plus descriptive que répondant à des critères sémiologiques formels. L'absence des critères fermes ne favorise pas l'étude dont il est question, enfin sur une même bannière se retrouvent des comportements différents donc on suppose de même déterminants psychiques du fait de quelques proximités, sans que cela puisse être formellement démontré. En effet il n'y a pas vraiment de données psychiques existantes spécifiques à une addiction et, par ailleurs, nombre de conduites dans les addictions se retrouvent dans les structures psychiques déjà existantes. À comprendre Bergeret (1984), il n'existe de personnalité fixe pour la consommation des drogues. Le sujet dépendant paraît en effet chercher à réguler

un conflit interne lié aux exigences de besoins affectifs exacerbés et à l'impossibilité de trouver satisfaction autrement que dans le comportement.

A noter que, si une organisation de personnalité limite est souvent évoquée en ce qui concerne les personnes addictives, pour autant il ne peut être considéré qu'il s'agisse d'une généralité, les choses étant souvent fort complexes.

Ainsi, les addictions ont parfois en commun :

- Avec les névroses obsessionnelles : la dimension compulsive, le rituel dans la préparation de l'acte addictif, la dimension « passive dépendante » de la personnalité ;
- Avec les états limites : la problématique autour de la dépendance, les conduites de prise de risques et la problématiques limites, une faille narcissique et parfois les troubles de l'identité, la dimension du passage à l'acte (jusqu'à la personnalité antisociale), souvent l'incapacité à être seul (angoisse d'abandon) ;
- Avec la névrose hystérique : la dimension érotisée de certains passages à l'acte, souvent une relation à l'autre pathogène ;
- Avec la névrose anxieuse : une difficulté d'élaboration ;
- Avec les psychoses : un lien de parenté entre les troubles dissociatifs et les états modifiés de conscience parfois obtenus, la présence de possible impulsions, une incapacité à différer (processus de symbolisation défaillant).

On peut dire au regard de tous ces points que c'est la pertinence clinique et la pratique des terrains qui mènent à maintenir les addictions comme une entité spécifique sur laquelle il est possible de poser une réflexion globale, mais aussi de penser individuellement les sujets qui en souffrent.

1.8- CONDUITES ADDICTIVES A ADOLESCENCE

L'OMS définit l'adolescence comme étant la phase de développement mental et physique comprise entre 10 à 19 ans. En pédopsychiatrie, il est admis que la fin de l'adolescence se situe plutôt vers 25 ans, âge moyen auquel la partie préfrontale (cortex préfrontal) du cerveau qui gère les comportements et les capacités de prendre des décisions, arrive à maturation. La délimitation de ces périodes de vie, quoiqu'évolutive et approximative, est cependant importante, notamment en matière de la compréhension des conduites addictives en lien avec le statut de l'adolescent.

1.8.1- Les processus psychiques à l'adolescence, vecteurs d'addiction

Il est question dans cette partie de rappeler le contexte psychique qu'est l'adolescence, âge qui, de façon privilégiée, aura recours, voire installera les conduites addictives.

Pour Rosaire & al (2009), les bouleversements pubertaires à l'adolescence obligent l'adolescent à reconstituer une image de son corps dans toutes les dimensions (physique, libidinale, et symbolique) leur permettant d'assumer leurs propres pensées, désirs et actions. L'abandon du statut de l'enfance, à un moment où se conflictualisent le lien de dépendance, représente une période difficile pour l'adolescent et nécessite l'acquisition préalable d'un bon équilibre narcissique. Ainsi, l'adolescent démuni narcissiquement, est confronté à cette période à une véritable impasse. Ce dernier est dans la revendication de son autonomie et de son besoin vital pendant le même temps où il est appelé à se séparer. C'est ce que Jeammet (1997), a décrit sous le concept d'antagonisme narcissico-objectal, pour désigner le fait que les besoins relationnels viennent menacer l'intégrité du sentiment d'exister chez l'adolescent. La rencontre avec l'objet de l'addiction paraît être une solution de dégagement d'un processus impossible pour celui-ci.

Les conduites addictives, relèvent également du problème de l'auto-dépendance. Blos (1967), conçoit l'adolescence comme la deuxième étape d'individuation, la première ayant lieu avant l'âge de 3 ans avec l'avènement du « je » dans un mouvement des identifications aux parents et la deuxième se faisant dans le désengagement libidinal d'avec ceux-ci et avec des engagements libidinaux (et sociaux) sur des objets externes aux parents. Ce second processus d'individuation est caractérisé par des nombreux avatars tels que : la délinquance, passages à l'acte, fugue, addictions, etc.

Ces avatars sont considérés dans la plupart des cas comme des solutions transitoires mises en place par l'adolescent dans le but de dépasser les angoisses de la petite enfance en apportant satisfaction à toute narcissique dont a besoin son moi en mal de stabilité et de confiance. De plus, cette période se matérialise par le passage à l'acte. L'acte devient un espace intermédiaire entre le sujet, l'environnement et ses figures parentales, une sorte de « matériel lisible et visible » permettant à la subjectivité de s'assurer de la réalité de son existence. Ainsi pour Blos (*Ibid.*), l'acte permet à l'adolescent de promouvoir une réponse motrice sécurisante face à un danger pulsionnel interne irreprésentable et porteur de destructivité. La drogue remplace dans ce sens un objet d'ambivalence dans l'addiction où s'alternent autodestruction et l'affranchissement contre une autorité.

Jeammet (1965), considère l'addiction comme pratique d'incorporation. Pour lui, les conduites addictives permettent à l'adolescent de combler le vide interne, « *d'abolir la dimension imaginaire du manque de faire l'économie du désir et de la relation à l'autre* ». A cet effet, l'adolescent tentera donc de substituer une relation affective qui menace son autonomie par un objet capable de remplacer la fonction de cette relation intolérable. En ce sens, le lien addictif à l'objet constituerait une « modalité d'aménagement pervers », relevant d'une fonction antiobjectale et plaçant les objets sous emprise.

Par le recours à la sensation McDougall (2002) reprenant Zuckerman (1971), souligne que « *l'un des buts du comportement addictif est [alors] de se débarrasser de ses affects ! (...) (mettre) un écran de fumée sur la quasi-totalité de son expérience affective* »

Toutefois, l'explosion actuelle des conduites additives relève également pour une part du « contexte » social et sociétal dans lequel elles s'inscrivent. Les liens de filiation eux-mêmes sont aujourd'hui remaniés par les médias. Ils s'organisent en effet beaucoup plus directement à partir d'un modèle social, le plus souvent médiatique, que par le passage par une référence familiale ou scolaire. (Pirlot, 2009).

1.8.2- Les facteurs susceptibles de pouvoir générer des conduites addictives pendant l'adolescence.

L'adolescence est une période exploratoire d'exposition délibérée au risque (conduites addictives, sexualité, etc.) et d'expérimentation, notamment de prise de substances psychoactives, afin d'assouvir une curiosité, de faire une expérience euphorisante, de plaire, de se soumettre à la pression de groupes de pairs, de se conformer à la « normalité supposée », par ennui tout simplement, pour avoir du plaisir, se relaxer, apaiser son stress, s'affirmer et/ou dans un esprit de rébellion. (Moolchan, 2000). C'est aussi la période des angoisses et des peurs-angoisse de l'avenir, de la recherche de soi, période des questionnements sur soi, sa sexualité-, des dilemmes, du souci de s'affirmer en s'opposant, du désir paradoxal à la fois de se libérer de la tutelle et de la peur de perdre la tutelle en question. Ainsi, de nombreux facteurs peuvent être associés à l'expansion de la drogue chez l'adolescent.

Ces facteurs sont :

1.8.2.1- Les facteurs individuels

Ce sont des facteurs de vulnérabilité et de résistance individuels : génétiques, biologiques, psychologiques (mauvaise estime de soi, difficultés à résoudre des problèmes, événements de

la vie, traumatismes ...) et psychiatriques. S'agissant des facteurs psychologiques Coslin (2017), dénombre :

- l'affaiblissement de la cellule familiale dont certaines valeurs sont refusées par les jeunes ;
- la disparition des freins à la curiosité que l'adolescent ne veut plus se voir imposer,
- la révolte des jeunes contre un monde adulte qu'ils jugent absurde et dont ils récusent les valeurs,
- le désir croissant d'imiter certaines « idoles » mises à la mode par la presse, la littérature ou le spectacle,
- le désir d'échapper à l'angoisse d'une société contemporaine à la fois technicisée et orientée vers une productivité dans laquelle ils refusent ou ne peuvent parvenir à s'insérer.

1.8.2.2- Les facteurs environnementaux

Ces renvoient aux facteurs de risques liés à l'environnement dans lequel vit l'adolescent à savoir : le domicile, le quartier, l'école. L'environnement scolaire est propice à l'initiation, au premier contact et à la distribution de substances psychoactives, le plus souvent en dehors de toute difficulté psychopathologique. L'adolescent sera une cible privilégiée des réseaux criminels dont le seul but est d'élargir leur marché et d'écouler leurs produits. Différentes dimensions du « quartier », le niveau socio-culturel de ses habitants, son aménagement, sa situation géographique, sa gestion administrative, peuvent être propices à l'installation de la conduite addictive. L'environnement familial propre de l'adolescent va aussi déterminer la trajectoire qu'il prendra, selon le mode de fonctionnement familial établi, l'attitude parentale par rapport aux substances psychoactives, leur disponibilité, leur capacité d'écoute, leur vigilance, leur réaction, leur niveau social, leur niveau d'éducation.

1.8.2.3. Les facteurs liés aux produits

Les facteurs de risques liés aux produits et aux comportements notifient que chaque produit qu'il soit une substance, un support ou un objet, a son propre pouvoir addictif, ses propres effets médico-psychosociaux, son propre statut social et ses distorsions cognitives spécifiques.

1.9- VOIES D'ADMINISTRATION ET MODES DE CONSOMMATION DES DROGUES A L'ADOLESCENCE

1.9.1- Voies d'administration

Les voies d'administrations des drogues à l'adolescence sont nombreuses. Entre autre nous avons la voie orale, nasale (inhalation) et la voie intraveineuse pour certaines drogues dures (héroïne, cocaïne). La voie intraveineuse est choisie par certains adolescents parce qu'elle est source de satisfaction plus rapide et urgente que les autres voies. Certains auteurs, dont Saviit cité par Marcelli et Braconnier (1999), considèrent que « *le mode d'administration de la drogue est corrélé avec la fragilité du Moi* ».

1.9.2- Modes de consommation des drogues

Marcelli (2008), repris par Lejoyeux (2009), distingue plusieurs modalités de consommation des drogues à l'adolescence (parmi lesquels le cannabis), allant d'une simple expérimentation à la vraie dépendance à savoir : la consommation conviviale ou récréative, consommation auto thérapeutique, la consommation toxicomaniaque. Dans ces trois types de consommation, les effets recherchés vont de la détente à l'ivresse. La recherche délibérée de l'ivresse, de la « défonce », de la rapidité et de l'intensité des effets par des alcools fortement titrés est caractéristique chez l'adolescent.

1.9.2.1- Consommation conviviale et récréative

Ce type de consommation concernerait la plus grande majorité des adolescents. Cette consommation se fait en petit groupe de copains, jamais seul, le plus souvent le week-end, pendant les vacances ou les fêtes (Marcelli & Braconnier, 2008). Dans cette consommation, l'objectif est de rechercher l'effet euphorisant du produit qui est recherché (Marcelli & Braconnier, 2008). Les sensations psychiques et corporelles intenses inhabituelles sont à l'origine de cette consommation plaisir ou exploration. Selon Michel (cité par Lahrichi, 2009), certains adolescents évoquent également l'envie de se conformer au groupe lors des fêtes ou des sorties. Les adolescents concernés par ce type de consommation gardent une vie sociale, maintiennent leur cursus scolaire et conservent leurs investissements positifs et culturels. Toutefois, le fléchissement scolaire est possible (Catry, Marcelli & Gervais, 2006).

1.9.2.2- Consommation auto-thérapeutique

L'objectif est de rechercher l'effet anxiolytique du produit (« être cool, être bien »). Cette consommation est généralement isolée, plus fréquente, souvent dissimulée, surtout le soir dans

la chambre (Marcelli & Braconnier, 2008). Toutefois, cette consommation solitaire peut alterner avec des moments de consommation en groupe (Lahrichi, 2009). Ces adolescents présentent fréquemment les premiers signes d'un décrochage scolaire voire d'un échec scolaire. Parfois existe également un désintérêt pour les activités habituelles (sportives et culturelles). Enfin, leur vie sociale est plutôt pauvre avec un isolement relatif.

1.9.2.3- Consommation toxicomaniaque

La vraie dépendance. Quasiment chaque jour, seul ou en groupe. L'effet désiré est une « anesthésie /défonce », un moyen de soulager une tension interne et des difficultés, qu'elles soient perçues ou non dans les relations interpersonnelles. La tension désagréable reste permanente. L'adolescent se trouve dans la manie, l'hyperactivité et est par conséquent amené à multiplier des rituels, des compulsions pour réduire cette tension. C'est comme s'il était lié, c'est comme s'il avait une taxation symbolique à payer mais de quelle dette s'agit-elle ? Dans ces circonstances, il n'est pas loin de voir chez ces adolescents des comportements hors standard ou hors normes.

1.10- LES CONSEQUENCES DE LA CONSOMMATION DES DROGUES SUR LES ADOLESCENTS

Elles sont multiples, de nature diverse et souvent lourdes :

- Sur le plan Sanitaire : la consommation des stupéfiants des drogues est responsable des dommages irréversibles sur le développement du cerveau. La survenue de pathologie comme la schizophrénie, la dépression, l'hypertension artérielle et des accidents cardiovasculaires. Le tabac, le Cannabis et l'alcool accroissent le risque de développement de cancer, de pathologie pulmonaire et cardiovasculaires et plus particulièrement les cancers des voies aérodigestives et des poumons.
- Sur le plan social : difficultés et décrochages scolaires, délinquance, et déstabilisation des relations intrafamiliales. Le désarroi, la sidération, les peurs et angoisses, l'incompréhension, la violence intrafamiliale suite à la découverte de la consommation de drogue par leur enfant peut faire basculer la famille dans une situation de blocage de la communication et de la coopération entre ses membres, de conflits entre parents et adolescents, de fixation sur le sujet de la consommation, avec une circulation émotionnelle familiale qui se stérilise et se fige.

1.11- AUTRES PERSPECTIVES EN PSYCHOPATHOLOGIE DES ADDICTIONS

1.11.1- Addiction comme créativité

L'étude de M'Uzan, examine le lien entre la toxicomanie et processus le créatif, en mettant l'accent sur le drame identitaire qui touche au-delà de la problématique pulsionnelle objectale, au -delà même du narcissisme, en mettant en cause l'être défaillant dans ce qu'il a de plus organique dans la vision Freudienne.

Pour M'Uzan (2010), l'addict, en particulier le toxicomane, comme l'artiste, ont des destins engagés très tôt dans l'existence, en deçà de toute problématique pulsionnelle objectale, ou même narcissique, et relevant de la défaillance d'être. « Il s'agit d'une carence existentielle fondamentale chez l'un, le toxicomane, dont la chute du tonus identitaire de base est extrême et seulement réparé par la drogue » (*Ibid.*) alors que du côté de l'artiste on trouvera un « démantèlement des frontières identitaires recherché en tant que condition à l'engagement du processus créatif ». En d'autres termes, le toxicomane et l'artiste sont confrontés à une destinée de défaillance, avec une carence existentielle fondamentale pour le toxicomane, dont, la chute du tonus musculaire de base ne peut être réparée que par la drogue et une quête de démantèlement identitaire pour renforcer la condition nécessaire au processus délibératif. Cela est confirmé dans le contexte de la relation d'objet. Le toxicomane considère l'objet comme une fonction qui devrait permettre l'accès à la drogue. Pour l'artiste, lors des instants mentionnés, l'objet ne possède pas les attributs d'un objet, d'un objet libre, mais plutôt ceux d'un être à qui il appartient de s'effondrer avec admiration lors de la contemplation de l'œuvre.

M'Uzan (*Ibid.*), souligne également que la problématique narcissique est sous-jacente à l'emprise d'un objet d'addiction pour le toxicomane ou celle de l'objet de création. L'objet d'addiction, de création, a pour but de soutenir narcissiquement, existentiellement le sujet. L'œuvre est un alter ego fétichisé, comme l'objet d'addiction. Le drame de l'addict comme du créateur est celui d'avoir éprouvé, et d'éprouver encore et toujours, la sensation d'être peu en vie, de peu exister.

L'artiste et le toxicomane sont confrontés à un moment de prise de conscience où les frontières de leurs êtres dissolvent et s'étendent à l'infini. Ce moment de dépersonnalisation est recherché par l'artiste affolé tandis que pour le toxicomane, il entraîne inévitablement un désordre de l'être. Ainsi, la distinction entre toxicomane et créativité réside dans la vie d'accès à cet ébranlement identitaire, accès naturel pour le toxicomane, indirect pour l'artiste. Ce drame

identitaire se déroule dans le registre du vital-identital qui exprime la volonté d'un programme d'essence génétique comprenant la protection d'un individu mais avec sa finitude.

Du côté du toxicomane l'absence de « séduction » maternelle (et paternelle, des parents de la préhistoire), ou la destruction de celle-ci dans des messages ou passages à l'acte pervers, abîme la construction du « corps érotique », de la sexualité psychique, laissant le psychique « clivé » d'un corps qui se vit alors comme « non vivant » en dehors des moments d'addiction. Le « trauma » serait ici un « trauma en creux » : une absence de séduction psychique, starter indispensable à l'éclosion de la sexualité psychique. Ces types de traumatismes précoces toucheraient ici l'autoconservation, l'identité, le « vital-identital », sur quoi l'addict comme le créateur n'aurait cessé de revenir, compulsivement, répétitivement (pulsion de mort), pour à la fois les entretenir à « doses homéopathiques », les dépasser tout en les recréant jusqu'à des moments de dépersonnalisation, traces et témoins de l'indistinction identitaires (et auto-hypnotiques, voire de « dissonance cognitive ») dans lesquels ces traumatismes ont laissé ces sujets.

Le point commun entre l'addiction et la création serait alors la conjugaison dans les deux « attitudes », de l'investissement passionnel, de la transgression et d'une sensation d'enveloppe de réassurance narcissique procurée par ces deux « passions ». Le mot passion, du grec *pathein*, « souffrir », qui n'est pas sans renvoyer à un indicible situé au-delà de toute possibilité de trouver dans la seule relation interhumaine un soulagement.

1.11.2- L'addiction comme « néo-besoin », quête d'excitation et déficit homéostatique de l'appareil psychique

Dans la conception des premiers travaux de Freud empreints encore de « neurophysiologie », tel « *L'Esquisse* » (1895), l'appareil psychique apparaît comme un organe/système auto-organisé, hiérarchisé, jouant le rôle d'homéostat et de régulateur essentiel entre l'environnement et le soma. Ainsi, la moindre défaillance ou le plus petit dysfonctionnement de cet appareil, appelé, « *l'insuffisance avérée du fonctionnement mental* » par Marty aura tendance à faire régresser l'adolescent par dé-hiérarchisation des fonctions psychiques, vers le réflexe des « *actes-symptômes* » aussi bien somatiques, neurovégétatifs *acting in* ou comportementaux *acting out*, *addiction* par où les dynamiques conflictuelles se voient essentiellement régulées par le registre économique de la décharge comportementale.

Dans le contexte psychique de l'adolescence caractérisé par de réels moments de désorganisation dus aux remaniements pulsionnels et identitaires, l'addiction se rapproche de ce que Smadja et Szwec ont appelé des procédés autocalmants (PAC) ou « néo-besoins ». Ayant

recours à une économie de la perception-sensation, les sujets addictés, paraissent lutter contre ou avec ce que le psychisme ne peut « organiser » symboliquement, en raison de diverses causes notamment le vide psychique, l'inorganisation mentale sur fond de difficile canalisation des pulsions et excitations, vécu affectif indicible, traumatismes précoces importants potentialisés par l'adolescence. Dans ce contexte psychique, l'addiction paraît ainsi être recherchée au premier ébranlement de l'édifice identitaire (le self) à l'occasion de différents traumatismes (rupture, abandon) comme d'événements affectifs ordinaires.

Pour Pirlot (2019), « *la compréhension des phénomènes d'addiction passe également par celle de la crise pubertaire et de l'adolescence* ». Pour l'auteur, l'addiction ne se conçoit que comme « après-coup » de « micro » ou « macro » traumatismes infantiles, l'adolescence elle-même, d'avec son excès pulsionnel, étant une période « *traumatogène* ». Pirlot (2019), conçoit l'addiction comme une « *époque d'une difficile séparation avec les parents, le « travail d'adolescence » est comparable à celui d'un deuil inachevé : l'affect qui prédomine à cette époque est souvent l'affect dépressif de base, le mal-être* ».

Corcos (2005), à propos de patients toxicomanes avait remarqué cette fragilité des assises narcissiques sur fond de carence en même temps que des organisations dépressives. Cette déprime présente comme une digue face aux angoisses dépressives archaïques et anaclitiques que la perte et la séparation d'avec la famille ne manquent pas de raviver. L'affect est en effet l'objet partiel du dépressif, au sens d'une drogue qui lui permet d'assurer l'homéostasie narcissique par cette emprise non verbale, innommable sur la Chose non objectale.

1.11.3- Addiction : défaut de l'autoérotisme

Dans les *Trois Essais* Freud introduit le terme *autoérotisme* pour définir la sexualité infantile. Il définit l'autoérotisme en faisant référence du rapport de la pulsion à son objet, il souligne à cet effet que : « *la pulsion n'est pas dirigée sur d'autres personnes ; elle se satisfait sur le corps propre* » (p. 37). Par ailleurs, dans l'autoérotisme « *l'objet (de la pulsion) s'efface en faveur de l'organe qui est la source de celle-ci, et coïncide en règle générale avec celle-ci* » (*ibid.*). Cette notion d'autoérotisme se réfère dans aux pulsions partielles et aux composantes partielles de la sexualité infantile : c'est une excitation sexuelle qui naît et s'apaise sur place, au niveau de chaque zone érogène, le plus souvent un épithélium et une muqueuse fortement innervés et vascularisés, prise isolément aboutira au « plaisir d'organe » et en fin elle est liée la contingence de l'objet de la pulsion sexuelle.

Pour Freud, l'avènement de l'autoérotisme est à rattacher à la perte de l'objet, le sein (l'enfant, au moment du sevrage, perd l'accès au sein) ; la pulsion devient autoérotique une fois tranchée la séparation des pulsions d'autoconservation et des pulsions sexuelles d'une part et, d'autre part, la distinction organe-sein et mère. L'autoérotisme est ainsi une position de repli où la clôture sur soi ouvre sur l'autre et sur « l'appétit » à symboliser le manque. Green pour sa part, voit plutôt dans l'accession à l'autoérotisme un plaisir obtenu en l'absence de l'objet par le biais d'une hallucination négative. Dans ces conditions le traçage de l'hallucination négative cerne la place vide laissée par l'objet maternel que rien ne peut représenter puisque c'est au moment où celui-ci pourrait être vu dans son ensemble que l'objet de désir, le sein, est perdu.

Une insuffisance de fonctionnement d'une pensée fantasmatique peu assurée de ses investissements narcissiques peut ainsi conduire à des conduites addictives : lorsque l'objet interne (fantasmatique) a manqué, ou encore lorsqu'un fantasme trop œdipien ou trop incestueux d'une pulsion sexuelle en a interdit l'exploitation psychique, le moi, réprimant les pulsions, peut utiliser le corps et ses sensations-perceptions comme substitut autoérotique plutôt que d'utiliser la voie fantasmatique et de représentation de la pulsion.

L'autoérotisme se définit alors comme « l'activité sexuelle du stade narcissique de l'organisation libidinale », dans le même temps où l'autoérotisme est annulation, expulsion de l'autre, il est reconnaissance de son existence dans le dédoublement, le « partage esthétique », celui du fantasme que le moi-sujet Gilbert (1977). Autrement dit, une étoffe psychique, tissée érotiquement de l'autre en soi (intersubjectivité constitutive de l'intra-subjectivité) sera le témoin des carences dans le holding/handling comme des carences dans le « réservoir » libidinal narcissique du moi-sujet (de toute perception subjective de soi) au point d'y réactiver, à la moindre frustration, les traumatismes les plus anciens. Ces carences pourraient résulter d'une défaillance de l'introjection fantasmatique de la « mère-sein », processus introduisant à la création d'un bon self psychique et à celle du monde objectal interne et fantasmatique (Fain, 1971).

La conduite addictive caractérise par une dépendance affective insupportable et inévitable entraînant non seulement une incapacité à être seul, mais également à refuser, à dire non à prendre la parole (Brusset, 2004).

CHAPITRE 2 : PERSPECTIVES SUR LE LIEN

2.1- LIEN : DEFINITIONS

D'après le dictionnaire de la langue espagnole (2009), le mot « *lien* » (*vínculo*), en espagnol) provient du latin (*vinculum*) qui signifie l'union ou l'attache d'une personne avec une autre. Ce mot possède différentes acceptions dans d'autres langues. Le « *lien* » implique une dépendance nécessaire, un assujettissement implicite à des normes, des règles, des lieux et des temps spécifiques. En sociologie, la notion du « *lien* », fait référence à toutes les relations qui relient les individus ou les groupes sociaux. Le lien social représente alors la force qui uni les individus d'une communauté les uns aux autres.

Dans la psychanalyse contemporaine, la psychanalyse du lien occupe une place centrale. Le travail sur le lien est depuis longtemps une préoccupation pour des nombreux psychanalystes malgré qu'il ne fait pas partie des concepts freudiens. Selon Green :

Il y'a longtemps que la notion de lien appartient à l'arsenal théorique de la psychanalyse, sans que cela soit explicitement dit. Elle est remise au goût du jour avec la tentation d'introduire de nouvelles conceptions afin de mieux comprendre certains aspects cliniques de découverte récente (2006).

Toutefois, la notion du lien à l'instar de quelque uns des concepts opératoires de la psychanalyse, n'a pas de définition univoque. Malgré le fait que tous les auteurs souhaitent parler de la même chose, on note à l'examen quelques dissensions dans les développements et explications apportés au concept. Cependant, la notion du lien peut être appréhender sous le prisme de la liaison (intrapsychique) ou de relation (intersubjectif).

2.1.1- Le concept de lien en tant que Liaison

Pour faire mention du concept lien, le terme utilisé par Freud est *die bindung* (liaison), pour désigner le travail psychique nécessaire pour lier des représentations et des affects, des pulsions ou des idées. En 1921, lorsqu'il fait allusion aux phénomènes de foules il se réfère aux liaisons libidinales entre les individus qui se produisent à travers l'identification. Il fait également allusion à la liaison narcissique qui unit les parents aux enfants et à chaque chaîne générationnelle (Freud, 1914). En effet, Le premier et principal champ d'application du concept lien est celui des liens internes, intrapsychiques du sujet.

En 1895, dans *Esquisse d'une psychologie scientifique* Freud introduit les notions de réciprocité et d'activité de liaison pour faire référence aux modalités de lien interne au sujet. Il

élabore en suite un modèle de *l'énergie liée* associée ultérieurement à la notion du moi et celle de *l'énergie libre* rattachée au concept du ça et à l'expression libre du désir. Freud, emploie le terme *liaison* à ce niveau en vue de combiner le niveau neurobiologique et le niveau psychique : il s'agit d'une opération correspondant à une transformation d'énergie libre de l'appareil neurologique à une forme d'énergie liée sous la coordination du moi. Il précise que : « *le moi lui-même est une masse de neurones de ce genre qui maintiennent leur investissement, c'est-à-dire qui sont dans l'état lié, ce qui ne peut sans doute se produire que par leur action réciproque.* ». A ce stade donc, le moi serait une masse de neurones reliés entre eux par des frayages.

Laplanche et Pontalis (1967, p. 222) précisent que : « *La liaison énergétique a pour condition l'établissement de relations, de frayages avec un système déjà investi et formant un tout : c'est une inclusion de nouveaux neurones dans le moi* ». De même, lorsque survient une nouvelle expérience chez un sujet, elle suscite l'émergence d'une certaine quantité libre d'énergie, tendant de façon irrépressible à la décharge, tant qu'elle n'est pas reprise par l'activité du moi. Cette expérience ne serait saisissable dans un premier temps que par les effets de la modification du rapport entre les quantités d'énergies liées et les quantités d'énergies non liées. Freud parle alors du processus de *déliation* (*Entbindung*), en soulignant l'opposition avec l'activité de *liaison*. Les effets correspondent à des mouvements de brusques de libération intense de déplaisir, de plaisir, d'excitation, d'affect ou d'angoisse c'est-à-dire de processus primaire.

Par *processus primaire*, Freud (1920, p.86) le définit comme « *ce type de processus qui se produit dans l'inconscient par contraste avec le processus secondaire qui a cours dans l'état de veille normal, soit dans les systèmes préconscient-conscient* ». Ainsi, la libération de tout processus primaire modifie le niveau relativement constant du moi. Cependant en cas d'excès de tension-excitation non régulable par l'activité de *liaison*, l'intervention porte sur la quantité d'énergie interne renvoyant au rétablissement de l'économie interne par la décharge et le recours aux conduites d'éconduction. Toutefois, seule la reprise de l'activité de *liaison* du moi permet la transformation des processus primaires en processus secondaires, leur intégration au moi et à ses investissements, ainsi que l'apaisement de la tension interne. A cet effet,

Il n'est pas douteux que les processus non liés, primaires, produisent dans les deux directions des sensations beaucoup plus intenses que les processus liés, secondaires. Les processus primaires sont aussi premiers dans le temps ; au début de la vie psychique, il n'en existe pas d'autres

et nous pouvons conclure que si le principe de plaisir n'était pas déjà à l'œuvre en eux, il ne pourrait absolument pas s'établir pour les processus ultérieurs. (Freud, 1920, p. 126).

Le phénomène de déliaison est également associé à l'activité pulsionnelle. Freud écrit :

Comme toutes les motions pulsionnelles ont leur point d'impact dans les systèmes inconscients, il n'y a rien de bien nouveau à dire qu'elles suivent le processus primaire. (...) ce serait alors la tâche de couches supérieures de l'appareil psychique de lier l'excitation pulsionnelle lorsqu'elle arrive sous forme de processus primaire. L'échec de cette liaison provoquerait une perturbation analogue à la névrose traumatique ; c'est seulement une fois cette liaison accomplie que le principe de plaisir (et le principe de réalité qui est en forme modifiée) pourrait sans entrave établir sa domination. (1920, p. 86).

En 1938, la liaison intervient également dans la théorie des pulsions. La liaison est comprise à ce niveau comme l'apanage entre la pulsion de vie Eros, « *En servant à instituer cet ensemble unifié qui caractérise le moi ou la tendance de celui-ci, (cette énergie) s'en tiendrai toujours à l'intention majeure de l'Eros, qui est d'unir et de lier.* (1923, p.282). Tandis que la déliaison sert les pulsions de mort « *Le but de l'Eros, qui est d'établir des unités toujours plus grandes, donc de conserver ; c'est la liaison. Le but de l'autre pulsion, au contraire, est de briser les rapports donc de détruire les choses* ». (Freud, 1938, p.8).

Aborder sous le terme de « liaison », nous pouvons comprendre avec Freud que le lien est la somme de deux sujets ou plus. Il sert à unifier les parties dans un tout unique, il permet également de maintenir l'équilibre psychique d'un sujet pris dans un contexte familial, social, etc. Le dysfonctionnement du lien se comprend alors comme ce symptôme de thanatos qui vient délier l'unité familiale.

Les travaux de Winnicott (1971) sur le lien sont également orientés dans la perspective de la liaison mais surtout sur la Co-construction de l'espace entre la mère et l'enfant. La notion d'espace et d'objets transitionnels, et l'idée qu'au début de la vie le bébé en tant que tel n'existe pas, ce qui prime c'est l'union mère/bébé, les deux étant au départ réciproquement indifférenciés. Une fois de plus le lien ici est appréhender sous forme d'un élément de solidification, d'harmonie voire d'équilibre pour un sujet et son premier cadre de socialisation

: la famille à travers une rencontre entre la psyché de l'enfant et celle de sa mère. L'idée est ici d'avancer le lien en tant que fonction, permet l'union de deux parties.

Pour Bion (1992), le lien est considéré comme l'expression d'un mécanisme d'identification projective aussi bien de l'enfant vers la mère que le retour de la mère vers l'enfant, « *identification projective de communication* » (Dupré La Tour, 2002, p. 28). Il définit ainsi le lien :

« J'emploie le mot lien parce que je souhaite examiner la relation du patient avec une fonction plutôt qu'avec l'objet qui remplit une fonction ; je ne m'intéresse pas seulement au sein ; au pénis, où à la pensée verbale, mais à leur fonction qui est de faire le lien avec deux objets » (Bion, 1992).

Ce qui est mis en relief dans cette définition sont, les notions de contenant et de contenu, la fonction alpha, la capacité de rêverie, qui sont des apports fondamentaux pour la compréhension du lien aussi bien dans la construction du psychisme de l'infans que dans les liens qui s'établissent avec l'analyste individuel et dans le groupe. Allant dans le même sens, Pichon Rivière (1985), entend par lien, une structure complexe qui inclut un sujet, un objet et leur interrelation mutuelle, qui s'accompagne de processus de communication et d'apprentissage. Ce processus implique l'existence d'un émetteur, d'un récepteur, une codification et une décodification du message. L'analyse de ce processus de communication permet désormais d'envisager le lien non plus comme une liaison mais aussi comme un système relationnel qui inclut un rapport à l'autre.

2.1.2- Le concept de lien en tant que Relation

Le terme lien sous le vocal de la liaison est à comprendre comme une interrelation, non seulement la manière donc le sujet constitue ses objets mais aussi la façon donc ceux-ci modélisent ses comportements tant de l'intérieur que de l'extérieur. Elle implique une perspective intrapsychique du sujet. A cet effet, Pichon Rivière souligne que la scène intérieure représente une tentative de reconstruire la réalité extérieure, même si celle-ci subit une déformation le long du passage fantasmatique du « dehors » vers le « dedans ». Ainsi, il distingue deux champs psychologiques du lien : « un champ intérieur » définit par une relation avec un objet intérieur et un « champ extérieur » définit par un lien avec un objet extérieur. La relation est pour Pichon Rivière « *la forme particulière que prend le Moi lorsqu'elle se lie à une image d'un objet localisé* » qui se met en mouvement à cause des facteurs instinctifs.

Compris sous le vocal de la relation, Pour kaës (2010), un lien est ce qui lie plusieurs sujets entre deux dans un ensemble : il est irréductible à ses sujets constituants. Il définit le lien par trois dimensions à savoir : son espace et son contenu, son processus et sa logique.

Par son espace et son contenu, le lien n'est pas la somme de deux ou de plus de deux sujets. « *Le lien est un espace de réalité psychique construit à partir de la matière psychique engagée dans les relations entre deux ou plus de deux sujets ; ces liens sont de nature libidinale, narcissique et thanatique* ». Un lien n'est pas seulement un connecteur d'objets subjectifs qui interagissent : il possède sa consistance propre. Dans un lien, les sujets sont dans des relations d'accordage, de conflit, d'écho et de miroir, de résonance avec leurs propres objets internes inconscients et avec ceux des autres. Le lien se fonde essentiellement sur les alliances inconscientes nouées entre eux.

Par son processus : « *le lien est le mouvement plus ou moins stable des investissements, des représentations et des actions qui associent deux ou plusieurs sujets pour accomplir certaines réalisations psychiques qu'ils ne pourraient pas obtenir seuls : accomplissement, de désirs, constructions de représentations mise en œuvre de défenses* ».

Quant à sa logique, elle est distincte de celle qui organise l'espace intrapsychique. Nous avons affaire à une logique des corrélations de subjectivités, dont la formule pourrait être énoncée de la manière suivante : « *pas l'un sans l'autre, sans les alliances qui soutiennent leur lien, sans l'ensemble qui les contient et qu'ils construisent, qui les lie mutuellement et qui les identifie l'un par rapport à l'autre* ».

Le lien est ainsi une formation intermédiaire entre les sujets et les configurations de liens : un groupe, une famille, une institution impliquant un sujet et un objet.

2.2- L'INTERSUBJECTIVITE DANS LE LIEN

2.2.1- Les différentes conceptions de l'intersubjectivité

Le concept d'intersubjectivité a été construit à partir des problématiques philosophiques et psychologiques de la conscience et du sujet en rapport avec la reconnaissance du prochain. Les sources d'inspiration de ces problématiques sont diverses : « elles sont issues de la phénoménologie, de la linguistique de l'énonciation, de la psychologie de l'interaction » (Mead, 1934) et de l'ethnologie de Devereux. Ces approches modernes ont des antécédents connus dans la philosophie dialectique de Hegel et de la phénoménologie de Husserl, puis dans « les philosophies de la reconnaissance et de réciprocité avec notamment Buber et Lévinas. ». Cette

intuition d'une différence interne, d'un écart de soi à soi au cœur du sujet contient les prémices de la moderne sentence Rimbaud du : « *Je est un Autre* » formule assurément intrapsychique, qui dévoile un sujet divisé, mais qui reste à conjuguer avec un contrepoint nécessaire pour fonder toute réciprocité intersubjective.

Dans le champ de la psychanalyse post-freudienne, Lacan (1956) a été le premiers à introduire la notion d'intersubjectivité, en privilégiant ses effets d'aliénation sur un sujet essentiellement assujetti au désir de l'autre, celui-ci n'étant qu'un représentant inadéquat du grand Autre. Lacan ne décrit la réalité psychique qui se produit dans et par le lien intersubjectif, que pour en retenir la consistance imaginaire.

Brusset (2006), écrit que : « *l'intersubjectivité est une notion descriptive qui implique la réciprocité entre deux sujets, entre deux êtres désirants ; elle est faite d'une co-activité psychique différente de celle qui est propre à chacun* ». Cette définition souligne le fait que l'intersubjectivité est descriptive ; autrement dit, dans une perspective phénoménologique elle permet de décrire une certaine catégorie de phénomènes, qu'elle ne peut cependant pas expliquer.

Une seconde caractéristique selon Brusset (2006), serait la réciprocité entre deux sujets désirants et une troisième et la réciprocité de la « *Co-activité psychique* » c'est-à-dire les deux sujets partagent une même activité psychique. Du point de vue topique, elle est située au niveau de l'expérience consciente et préconsciente, expliquant à suffisance son caractère purement descriptif, en impliquant la méconnaissance de l'inconscient pulsionnel, de la conflictualité intrapsychique et du transfert. Pour Brusset (2006), l'intersubjectivité ne pourrait être que porteuse d'illusions.

A la conception de l'intersubjectivité à prédominance nettement philosophique, remise en cause par Brusset s'oppose le modèle proposé par Kaës qui n'est pas seulement descriptive. Mais, qui permet de penser psychanalytiquement les ensembles : groupe, famille et couple ; ainsi que les liens formés par les membres de ces ensembles.

Kaës, (2008) en référence aux travaux d'Aulagnier sur le contrat narcissique entend par intersubjectivité : « *non pas un régime d'interactions comportementales entre les individus, mais l'expérience et l'espace de la réalité psychique qui se spécifie par leurs rapports de sujet en tant qu'ils sont sujets inconscients* ». Pour lui, l'intersubjectivité est ce que partagent ces sujets formés et liés entre eux par leurs assujettissements réciproques, structurants ou aliénantes aux mécanismes de l'inconscient à savoir : les refoulements et les dénis en communs, les

fantasmes et les signifiants partagés, les désirs inconscients et les interdits fondamentaux qui les organisent.

La prise en considération de l'ensemble des processus et des formations de l'intersubjectivité nécessite le recours à une autre logique des processus psychiques. A une logique des formations internes, il est important d'ajouter une logique des corrélations des subjectivités, une logique de la disjonction, dont la formule pourrait être énoncée de la manière suivante : « *pas l'un sans l'autre et sans l'ensemble qui les constitue et qui les contient ; l'un sans l'autre mais dans l'ensemble qui les réunit* ». Cette formule soutient l'idée selon laquelle le sujet ne peut ne pas être dans l'intersubjectivité. Cela manifeste également que le sujet existe seulement parce qu'il est en relation avec l'autre ou à plus d'un autre. Cela signifie également que le devenir du sujet est tracée dans la relation intersubjective avec l'autre.

L'intersubjectivité n'est pas seulement la partie constitutive du sujet tenue dans la subjectivité de l'autre ou de plus d'un autre. Elle se construit dans un espace psychique propre à chaque configuration des liens. Cela revient à dire que la question de l'intersubjectivité consiste dans la reconnaissance et l'articulation de deux espaces psychiques partiellement hétérogènes dotés chacun de sa propre logique. La problématique de l'intersubjectivité ouvre une question centrale concernant les conditions intersubjectives de la formation de l'inconscient et du sujet de l'inconscient.

Dans ces conditions, Kaës (2008), dans *Un singulier, pluriel*, définit ainsi l'intersubjectivité :

J'ai appelé intersubjectivité la structure dynamique de l'espace psychique entre deux ou plus de deux sujets. Cet espace commun conjoint, partagé et différencié, comprend les processus, les formations et une expérience spécifique, à travers lesquels chaque sujet se constitue, en partie, en ce qui concerne son propre inconscient. Dans cet espace, dans certaines conditions en particulier celle de se dégager des alliances qui l'assujettissent aux effets de l'inconscient mais aussi qui le structurent, il semble possible qu'un processus de subjectivation puissent devenir je, en pensant sa place au sein d'un nous.

Cette définition est très loin d'une perspective qui réduirait l'intersubjectivité à des phénomènes d'interaction. Kaës (*Ibid*), conçoit alors l'intersubjectivité comme la condition du processus de subjectivation du sujet et de la construction de la subjectivité. L'inconscient du

sujet est formé par des liens intersubjectifs qui le précèdent : par le groupe familial, par les alliances inconscientes qui se nouent à ce niveau. Ainsi le sujet pour se subjectiver, cherchera en partie à se dégager de ces liens afin de se constituer comme sujet. Il existe ainsi des formations intrasubjectives, mais aussi intersubjectives, et les unes n'auront de cesse d'alimenter les autres et réciproquement. Les interactions sont donc permanentes entre l'interpersonnel et l'intrapsychique. Cette importance de l'intersubjectivité va être rappelée aussi dans la fonction de l'autre comme miroir.

2.2.2- Intersubjectivité et constitution de soi : L'autre comme miroir

C'est la capacité de l'autre à se faire le reflet, et la traduction de la vie psychique du sujet. Ainsi, avant de pouvoir penser par lui-même, le nourrisson va d'abord penser avec l'appareil à penser d'un autre (Ciccone et Lhopital, 1991). Ce prêt va être nécessaire pour permettre au nourrisson d'assimiler ses expériences et son vécu alors qu'il ne dispose pas encore de la maturité psychique nécessaire. Deux auteurs ont particulièrement travaillé ces aspects-là, à savoir Bion et Winnicott.

2.2.2.1- L'apport de Bion

Pour Bion (1979), une fonction importante de l'autre est de pouvoir prêter son appareil à penser les pensées. L'expérience première d'un individu est composée d'éléments beta. Ce sont des choses en soi, non représentées et non digérées, des éléments psychiques bruts. À travers sa fonction alpha, en prêtant son appareil à penser les pensées, la mère environnement va permettre la digestion de ces éléments beta, pour les transformer en éléments alpha. Les éléments alpha sont une intégration de l'expérience, du vécu. Ils viennent nourrir un travail de pensée, et peuvent être refoulés. Alimentant l'inconscient, ils contribuent à la vie psychique, notamment en étant partie prenante du travail du rêve. Les éléments alpha permettent une réflexivité, d'identifier son vécu.

Si cette fonction alpha fait défaut, tant dans l'environnement, surtout dans les premiers temps de la vie psychique, que chez l'individu, ultérieurement, alors les éléments beta vont rester en l'état, et ne pourront être évacués que par le processus d'identification projective, avec une nécessité de décharge et de gestion quantitative des expériences, là où la fonction alpha permet un traitement qualitatif œuvrant à la transformation. À travers la fonction alpha, Bion décrit ainsi une fonction miroir, faisant office d'interface entre soi et l'autre, et permettant à l'interpersonnel de nourrir l'intrapsychique.

2.2.2.2- L'apport de Winnicott

Pour Winnicott (1971), dans les premiers temps de la vie psychique, le nourrisson a le sentiment que l'environnement, les objets autour de lui, ont été créés par lui-même. Les objets sont donc des objets subjectifs. L'objet existe en tant qu'objet, et en même temps le nourrisson a l'illusion de l'avoir créé, il est donc trouvé/créé. Ceci nous renvoie à la prédisposition virtuelle à la rencontre avec l'autre, nécessaire pour pouvoir le rencontrer. L'objet étant subjectif, lorsque le nourrisson va regarder l'objet, le visage de sa mère, il va se regarder lui-même. La mère va renvoyer, à travers ce qu'elle va exprimer sur son visage, ce qu'elle a perçu du nourrisson. Ceci permet au nourrisson d'avoir un retour sur lui-même, et donc d'affirmer le sentiment de soi, la conscience de soi, ainsi que d'ouvrir au travail de symbolisation. Si le visage de la mère ne reflète pas ce que le bébé exprime ou donne, alors le nourrisson ne pourra se voir, le processus réflexif, la fonction alpha, sera mis en échec. Néanmoins, le visage de la mère n'a pas vocation à être un miroir pur.

En effet, si le reflet est identique à ce qu'exprime le bébé, alors l'objet n'existe pas et n'intervient pas non plus dans sa fonction alpha. Les éléments restent des éléments beta. Le reflet doit donc être suffisamment fidèle pour permettre au bébé de se reconnaître, de se voir, et en même temps doit apporter suffisamment de variations pour transformer l'expérience, sans quoi l'objet reste trop subjectif et n'ouvre pas assez à la différenciation. Cette dimension transitionnelle est aussi celle qui est traitée par Roussillon (2004) lorsqu'il propose le concept d'homosexualité primaire en double sur lequel nous sommes déjà revenus. Le partage du plaisir y est mis au premier plan, et rend possible une différenciation à travers un ajustement permettant une forme de fonction alpha. Le partage souligne bien la dimension d'interaction, et donc la manière dont le nourrisson peut recevoir de la mère, mais aussi comment il peut renvoyer lui-même quelque chose de ce regard. Ainsi, le regard du nourrisson pourra renvoyer au parent le sentiment d'être un bon ou un mauvais parent. Dès lors, un retrait de la part du bébé, pourtant normal dans son développement, pourra être perçu par le parent comme une forme d'abandon, ce qu'il tendra à renvoyer au bébé qui en viendra alors à assimiler le retrait à une forme d'abandon ou d'attaque de l'objet.

Cette fonction miroir, présente tout au long de la vie, va se retrouver particulièrement resollicitée à l'adolescence, lorsque l'adolescent va se construire une identité.

2.3- LES ALLIANCES INCONSCIENTES

Kaës (2014), souligne que le concept d'alliances inconscientes rend compte de la genèse et des effets de l'inconscient dans les formations et les processus de lien. Il ajoute que les organisateurs psychiques, tels que les groupes internes, assument une fonction déterminante dans la structure du lien, les alliances inconscientes expriment l'essentiel du processus du lien. Il s'agit bien, avec ces deux approches complémentaires, de rendre compte de ce qui se fabrique et de ce qui s'agence la réalité psychique inconsciente dans le groupe, dans les liens (de groupe) et chez les sujets (de groupe)

Les alliances inconscientes se nouent entre deux ou plusieurs sujets. Elles sont la matière et l'organisation de la réalité psychique qui spécifient leur lien. Ces alliances sont présentes dans tous les couples, dans toutes les familles, dans tous les groupes et dans toutes les institutions. Les alliances sont aussi présentes dans l'espace intrapsychique de chaque sujet. Des alliances inconscientes internes se nouent entre les pulsions de vie et les pulsions de mort, entre les désirs et les interdits, entre le moi et le Surmoi, entre les objets internes et entre les imagos. Dans ces couples et ces groupes internes, elles tentent de surmonter des divisions et des déliaisons, elles négocient des conflits et forment des compromis, elles créent des synergies au service de la singularité de chaque sujet, de la réalisation de ses désirs et des mécanismes de défense qu'il doit mettre en place. (Kaës 2014).

Kaës (2014), précise que l'une des caractéristiques générales des alliances inconscientes est d'assurer par une action commune un intérêt commun et d'atteindre par ce moyen un but précis, qui ne pourrait être atteint par chaque sujet considéré isolément. Nous dirons donc que l'alliance est à la fois un processus et un moyen d'accomplissement de buts inconscients comme d'assurer les investissements vitaux pour le maintien du lien et de l'existence de ses membres. Elles exigent alors une réciprocité et une communauté des investissements narcissiques et objectaux ; soit de constituer une réciprocité et une communauté des mécanismes de défense pour traiter diverses modalités du négatif dans la vie psychique individuelle et collective.

Il distingue quatre types d'alliances inconscientes à savoir, les alliances structurantes primaires et secondaires qui sont formées par celles dont les fonctions sont nécessaires à la structuration de la psyché. Les alliances défensives et leurs effets, potentiellement aliénants et pathogènes forment un troisième type d'alliances et enfin, les alliances offensives conclues pour imposer un projet, créateur ou destructeur.

Cependant, le lien va au-delà d'une simple mise ensemble d'un individu à un autre pour assurer le rôle de l'élément qui identifie à un groupe, plus largement encore à l'ensemble social et culturel. D'où le contrat narcissique.

2.4- LE CONTRAT NARCISSIQUE

Pour mieux comprendre cette théorie, il convient de convoquer les travaux de Freud, Aulagnier et Kaës.

2.4.1- Le point de vue Freud

Dans « *Pour introduire le narcissisme* », Freud (1914) fonde en partie la distinction qu'il propose d'opérer entre la libido propre au moi et la libido d'objet sur une hypothèse qui l'avait conduit à séparer les pulsions sexuelles des pulsions du Moi. Reprenant cette hypothèse, il évoque comme argument en sa faveur que tout individu mène une double existence.

D'abord en tant qu'il est à lui-même sa propre fin et ensuite en tant qu'il est aussi un élément d'une chaîne dont il est le serviteur, sinon contre sa volonté, mais en tout cas sans l'intervention de celle-ci. La distinction des pulsions sexuelles et des pulsions du Moi reflèterait seulement cette double fonction de l'individu. Le modèle proposé par Freud est donc celui d'une réciprocité des services vitaux que se rendent l'individu et l'ensemble, le maillon et la chaîne. Il développera et affinera cette proposition à travers l'analyse de la position narcissique du sujet et plus précisément de l'étayage du narcissisme primaire sur le narcissisme de ses parents. Le narcissisme de l'enfant s'étaye sur les désirs et rêves irréalisés de sa mère, de son père et des générations qui l'ont précédé. Le sujet se constituerait ainsi dans la double nécessité vitale, et donc dans le conflit qui l'oppose à lui-même et qui le divise, d'être à lui-même sa propre fin et de prendre place, valeur et fonction dans un ensemble organisé de sujets et dans le réseau de leurs désirs irréalisés. Freud (1921) prolongera les prémisses de cette théorie du sujet, théorie remarquablement reprise et élaborée par Kaës (1993).

2.4.2- Le point de vue d'Aulagnier

Le concept de « *contrat narcissique* », est une notion clé de la pensée d'Aulagnier. Elle se base sur ses études sur les déficits dans la formation du contrat effectué dans le champ des psychoses (paranoïa et schizophrénie) en 1975. Cette notion est pertinente pour penser les articulations entre la subjectivité individuelle telle qu'elle se révèle en lien avec le registre social dans son ensemble. Ce concept évolue dans la compréhension des effets psychiques et de l'inscription du narcissisme dans le lien. Contrairement à Freud qui voit le contrat narcissique

comme l'inscription de l'infans dans la relation mère-enfant ou parent enfant, Aulagnier montre que le contrat narcissique est ce qui établit les conditions d'un espace où le « Je peut advenir ». Cet espace avec les exigences propres au groupe, plus largement encore à l'ensemble social et culturel, dans lequel sont établies les relations intersubjectives plus limitées.

Ce contrat à comme signataire :

« L'enfant et le groupe. L'investissement de l'enfant par le groupe anticipe sur celui du groupe par l'enfant. En effet, nous avons vu que, dès sa venue au monde, le groupe investit l'infans en tant que voix future à laquelle il demandera de répéter les énoncés d'une voix morte et de garantir ainsi la permanence qualitative et quantitative d'un corps qui s'autorégénérerait d'une manière continue. Quant à l'enfant, il demandera en contrepartie de son investissement du groupe et de ses modèles, qu'on lui fasse le droit d'occuper une place indépendante du seul parental, qu'on lui offre un modèle idéal que les autres ne peuvent renier, sans même renier les lois de l'ensemble, qu'on lui permette de garder l'illusion d'une persistance atemporelle projectée sur l'ensemble que ses successeurs sont supposés reprendre et préserver ». (Aulagnier, 1975, p.189).

Selon Aulagnier (1975), l'enfant grandit dans un environnement (familial) à l'intérieur duquel le sujet se développe renvoyant à l'espace dans lequel le Je peut advenir. C'est un espace composé de couple parental et de l'enfant. A cet effet, il est également crucial de prendre en compte ce qui se déroule au sein de la scène extrafamiliale. En d'autres termes, l'impact social et culturel sur la relation entre les parents et, par de conséquent sur le psychisme de leur enfant.

Ainsi, le contrat narcissique apparaît comme un pacte d'échange entre le sujet et le groupe (familial, simultanément social). Ce contrat est établi grâce à un pré-investissement de l'enfant par du groupe notamment le groupe familial en tant que voix future qui occupera la position désignée prédéfinie pour l'infans. Ainsi le groupe prévoit le rôle que l'enfant devra jouer, il projette sur lui son modèle idéal. En ce qui concerne la croyance en la permanence et la perpétuité de l'ensemble social et de son côté l'enfant, en s'investissant dans le modèle idéal proposé par l'ensemble social, développe, ou plutôt renforce, dans son psychisme un sentiment d'immortalité pour lui.

Travaillant sur la relation individu/ société, Aulagnier rapporté par (Hornstein ,2003), discriminent trois espaces d'investissements de l'enfant :

La familial ; Le milieu scolaire à l'adolescence les amis, et à l'âge adulte les amis et le milieu professionnel ; Le milieu ou espace social dans lequel se partagent des intérêts, des projets et des espoirs.

De ces espaces d'investissements, Aulagnier (*ibid*), souligne l'effet des paroles des parents sur l'enfant. Pour elle, les discours des parents sur l'enfant doivent prendre en considération la loi à laquelle les parents sont eux-mêmes soumis, en mettant en évidence les conséquences que ce discours possède sur eux-mêmes. Elle octroie ainsi une grande valeur à la réalité socioculturelle et à l'influence de celle-ci dans la constitution du psychisme. Aulagnier rapporté par (Hornstein ,2003) souligne que :

La relation des parents avec l'enfant comporte la trace de la relation du couple parental avec le milieu social dans lequel ils sont inclus et dont le couple partage les idéaux ; Le discours du couple parental anticipe et pré-investit la place que l'enfant va occuper dans le discours social même avant la naissance de celui-ci, et il investit également cette place avec l'espoir que l'enfant transmettra le modèle socio culturel en vigueur ; Du côté de l'enfant (futur sujet), celui-ci a besoin de trouver dans le discours social les références identificatoires qui vont lui permettre de se projeter vers l'avenir, de sorte que, au moment de s'éloigner du support fournit par le couple parental, il ne perde pas le support identificatoire du discours social dont il a besoin ; S'il y a un conflit entre le couple des parents et leur environnement social, le psychisme de l'enfant peut faire coïncider ses représentations fantasmées (de rejet, d'agression, toute puissance ou exclusion) avec ce qui se passe dans la réalité sociale

De la même manière, si le couple parental est soumis à une oppression sociale, ce conflit entre les parents et leur environnement social aura un impact sur la capacité de l'enfant à élaborer des énoncés identitaires du discours socio culturel. La société jouant le rôle important dans le destin de ces enfants. Aulagnier (1975, p.184) souligne à cet effet que « *ce n'est pas pur hasard si l'histoire des familles d'une bonne part de ceux qui deviendront psychotiques répète si souvent un même drame social et économique.* »

De ce qui précède, on peut comprendre avec Aulagnier (1975), que le contrat narcissique fait référence à ce qui constitue la base de toute relation entre le sujet et la société, l'individu et l'ensemble, le discours unique et le référent culturel. Ce contrat n'attribue pas seulement à chacun une place déterminée offerte par le groupe et signifiée par l'ensemble des voix qui, avant l'apparition du nouveau venu, ont tenu un discours conforme au mythe fondateur du groupe. Il requiert aussi que ce discours inclut des idéaux et valeurs qui transmettent la culture et les paroles de certitudes de l'ensemble social qui sera repris par chaque sujet. C'est en effet par ce discours que chaque sujet est relié à son ancêtre.

3.4.3- Le point de vue de Kaës

Kaës dans les années 80 souligne (Bernard, 1999), restitue la notion du contrat narcissique d'Aulagnier en l'appliquant aux groupes. Il inclut cette notion dans ces recherches concernant les alliances inconscientes (1993), où il démontre que :

les alliances inconscientes sont à la base de la contribution du lien humain. Ces alliances, s'établissent dans le cadre d'une loi générale à savoir, l'interdit de l'inceste. Ce qui implique la formation du sujet à partir de la différence des sexes et des générations, et lui permet de passer de l'état de nature à l'état de culture (Bernard, 2001).

Dans ce contexte, diverses alliances inconscientes se produisent (contrats, pactes et alliances) entre les membres d'un lien.

Dans la continuité des propositions formulées par Freud en 1914, dans l'article sur le narcissisme, Kaës (1993), retient trois principales idées à savoir :

« La première, que l'individu est à lui-même sa propre fin et qu'il est en même temps membre d'une chaîne à laquelle il est assujéti ; la seconde est que les parents constituent l'enfant comme le porteur de leurs rêves de désir non réalisés et que le narcissisme primaire de celui-ci s'étaye sur celui des parents ; la troisième est que l'idéal du Moi est une formation commune à la psyché singulière et aux ensembles sociaux ». Kaës (1993, p.272).

De ces idées, nous comprenons avec Kaës, que chaque nouveau né est investi de la mission d'avoir à assurer la continuité narcissique de sa génération. Dans ce contrat les idées freudiennes sont généralisées et expliquées. Les interactions entre l'individu et son groupe

social : chaque nouveau-né qui vient d'arriver au monde doit s'engager dans l'ensemble en tant que garant de la continuité, et, en retour, à cette condition, l'ensemble conserve une place pour l'élément nouveau. Les parents, sont alors les portes paroles des attentes du groupe auquel ils appartiennent.

Pour Kaës (1993), le contrat narcissique fait donc allusion à :

« 1) un contrat original établi entre l'enfant et le groupe primaire (la famille), c'est-à-dire avec les individus qui se trouvent réunis par des processus de filiation (relations consanguines) ;2) les contrats narcissiques qui se produisent postérieurement lorsque le sujet s'intègre aux groupes secondaires (école, amis, travail, etc.), qui sont des groupes formés par des processus d'affiliation (adhésion) (Bernard, 2001) ».

Kaës (1993, p. 273).

Ces derniers permettent de retravailler ce qui s'était constitué lors du contrat narcissique original (familial). Chaque membre d'un groupe aide à explorer ce qui est en jeu dans le contrat narcissique initial. De plus, ces contrats narcissiques définissent les actions à entreprendre et les actions interdites pour les membres du groupe (groupe primaire et groupes secondaires), en impliquant un tiers qui joue le rôle garant de l'accomplissement du contrat.

Voilà donc, schématiquement, les termes du contrat narcissique : il exige que chaque sujet singulier occupe une place offerte par le groupe et signifiée par l'ensemble des voix qui, ont développé un discours conforme au mythe fondateur du groupe. Chaque sujet doit reprendre ce discours d'une manière ou d'une autre : c'est à travers lui qu'il se connecte avec l'ancêtre fondateur. Le double statut du sujet implique la réciprocité des services vitaux que se rendent l'individu et l'ensemble. Ces services sont assurément inégaux car l'ensemble l'emporte par sa précession et ses exigences et nous n'avons par conséquent pas plus le choix d'avoir ou non un corps que d'être mis ensemble ou non dans le groupement. Kaës souligne ainsi l'aspect inéluctable de l'intersubjectivité comme condition de l'existence humaine et de la vie psychique. Il insiste sur la nécessité de l'assujettissement du sujet au groupe et décrit six exigences de travail psychique imposées au sujet par le groupe pour que ce dernier puisse établir et maintenir son ordre propre, à savoir : la gestion psychique des interdits majeurs, des obligations narcissiques envers le groupe, des obligations objectales, des obligations de sauvegarde, de défense et de protection de l'ensemble, des obligations symboliques ou

exigences du travail de la pensée et enfin des obligations de conformisme à la norme ou exigences du non-travail de la pensée.

Ces six principales obligations définissent l'assujettissement du sujet au groupe, elles exigent un travail ou un non travail psychique dont l'incidence est décisive dans la formation du sujet de l'inconscient. Ces obligations ont pour corrélat que le sujet y souscrive, mais dans certains cas aussi les exige, pour établir son ordre propre d'existence. L'assujettissement au groupe est aussi une exigence du sujet. Kaës distingue également six exigences d'assujettissement : l'exigence de suppléance, de soutien, de maintien et de protection, l'exigence de soutien narcissique du groupe, l'exigence de la fonction d'énonciation des interdits majeurs, l'exigence de prédispositions signifiantes, les exigences de méconnaissance et d'indifférenciation, et enfin l'appartenance identitaire et les repères identificatoires.

2.5- LES FORMATIONS METAPSYCHIQUES

Les formations métapsychiques, quant à elles, sont également implicites et s'apparentent au cadre muet décrit par José Bleger. Elles vont de soi tant qu'elles ne manifestent ni défaillance ni désorganisation. Elles vont émerger dans les moments de crise ou de rupture, lorsque la vie psychique perd sa continuité. Lorsque, les garants métapsychiques, (qui sont les formations et les fonctions qui encadrent la vie psychique de chaque sujet) n'accomplissent plus leurs fonctions de cadre, d'arrière fond. D'après lui, ceux-ci sont à l'origine « des ruptures ou des transformations catastrophiques qui menacent l'ensemble en tant qu'il est l'espace des liens qui se sont formés à l'insu de chaque sujet qui le constitue. » (Kaës, 2014, P.121).

Ainsi, d'après Kaës (2014), le dérèglement, les défaillances ou les défauts des cadres et garants métapsychiques affectent directement la structuration et le développement de la vie psychique de chacun. Selon lui : « les sujets souffrent d'être ensemble ou lorsqu'ils sont ensemble. Ils sont dans les rapports tels que la pathologie de l'un est nécessaire à la pathologie de l'autre. ». Il poursuit en disant : « on observe chez le sujet des défaillances et des défauts des dispositifs intersubjectifs de par-excitation et de refoulement dans la structuration des étayages de la vie pulsionnelle. » (Kaës, 2014, p.121). Loin de là, au lieu de la formation d'objets internes fiables et stables, se développe chez celui-ci des formations non subjectivées, défavorables aux processus de symbolisation, et une souffrance narcissique instance. Pour Kaës (2014), cette souffrance est à la base des conduites antisociales du sujet.

En fait, ces défaillances affectant les conditions de la formation de l'inconscient et du préconscient, occasionnent aussi des crises dans le processus de formation des indentifications

et des alliances intersubjectives structurantes de base, mettant en péril les termes du contrat entre le sujet et le groupe. Les alliances constituent dans ce que Kaës (2014, p.122), reprenant Freud (1913), avait décrit comme : « la communauté de renoncement à la réalisation directe des buts pulsionnels destructeurs, et dans le contrat narcissique ». Outre les deux défaillances suscitées, et vu les troubles que peuvent occasionner chez le sujet un environnement défaillant, Kaës (2014), fait aussi allusion à un troisième, qui est celui des processus de transformation et de médiation.

D'après lui, ce qui est le plus fragile dans toute organisation vivante, ce sont les formations intermédiaires et les processus articulaires. C'est ainsi qu'il précise : « dans la vie psychique, elles sont les conditions de possibilité du travail de symbolisation et de formation de l'altérité, mais aussi de la capacité d'aimer, de travailler, de jouer et de rêver. ». De fait, ces formations et ces processus étant menacés, la conséquence primordiale de leur défaillance chez le sujet est : « la mise hors circuit du préconscient, l'écrasement de la capacité de penser par effondrement des représentations verbales. » (Kaës, 2014, p.122).

2.6- TYPOLOGIES DES LIENS DANS LA LITTÉRATURE

Dans la littérature, on relève plusieurs types à savoir :

2.6.1- Le lien familial

Le lien familial est défini comme étant un ensemble d'interactions au sein d'une famille. La famille, premier groupe d'appartenance, peut être définie comme un ensemble de liens. Vellon (2006), en donne deux définitions de cette notion. Premièrement elle est un ensemble uni que forme les parents et leur enfant, et deuxièmement elle est un groupe solidaire d'appartenance, composé de ceux qui vont aider sans réfléchir ni calculer. C'est un milieu où on s'y serre les coudes dans une chaîne d'union réciproques. Cette définition met en relief l'aspect biologique où un ensemble des membres sont liés par le lien (consanguin), d'alliance (mariage), et qui sont interdépendant par des responsabilités mutuelles entre eux. L'idée avancée ici est la famille comme système. Ruffiot (1981), contrairement aux approches structurales et systémique qui considèrent la famille comme un système, l'envisage comme un groupe. « L'approche thérapeutique du groupe familial comprend deux pôles : le pôle dit « systémique interactionnel » et le pôle psychanalytique « groupaliste ». Ces conceptions du fonctionnement familial, sont aussi deux niveaux de compréhension de la vie familiale (Pierron, 2012, p.14).

Selon l'approche systémique, la famille serait un ensemble d'éléments en interaction qui constitue un système ouvert à l'équilibre. Elle est constituée, d'un ensemble des membres qui occupent des positions, jouent des rôles bien déterminés et cherchent à maintenir l'équilibre du système. Selon McHale (1997) cité par Rouyer (2012), L'approche systémique de la famille met en avant la complexité du réseau relationnel dans lequel se développe l'enfant, et l'importance des relations interpersonnelles dans et par lesquelles l'enfant se construit en tant que sujet. Si l'accent est surtout mis sur les relations entre les parents et l'enfant, il faut aussi intégrer les frères, les sœurs et les grands-parents. En outre, cette approche prend en compte les trajectoires familiales et individuelles au regard des transitions de vie (séparation conjugale, recomposition familiale, etc.) qui amènent les parents et les enfants à développer des liens et des affiliations spécifiques, en dehors parfois de toute parenté biologique. Nguimfack (2010), l'appréhende, comme un système ouvert, elle échange matière et énergie avec l'environnement. En tant que système, la famille est généralement caractérisée par la tendance au changement et à l'homéostasie (p. 26).

L'approche psychanalytique groupale est une écoute, au-delà des échanges verbaux et comportementaux, elle s'intéresse au fonctionnement de la fantasmagorie familiale de l'appareil psychique groupal de la famille (Ruffiot, 1981, p.7). Freud et ses successeurs font référence aux membres de la famille en tant qu'acteurs dans le développement psychique d'un individu. Mais, il ne sort pas clairement de leurs travaux, une théorie psychanalytique de la famille en tant que groupe (Deron & Parot, 2007, p.295). Les psychanalystes de groupe pensent que, la psychanalyse ne devrait pas se centrer uniquement sur le plan des relations fantasmagoriques, sur un monde interne. Pour Nicolo et Jaroslavsky (2009), psychanalyser une famille signifie travailler sur ses liens, sur les liens interpersonnels, intergénérationnels et transgénérationnels. Ce qui amène à revoir l'approche de la subjectivité individuelle, une théorie qui traite des relations objectales et, par conséquent, des projections du sujet sur l'objet de sa projection. Et envisager une théorie où l'autre est un autre sujet, différent, qui co-construit une relation nouvelle appelée « lien ».

Les psychanalystes du couple et de la famille sont parties des théoriques groupales, pour analyser les effets du lien qui se déploient au sein du couple et de la famille. d'où l'analyse du lien familial.

Granjon (2005), spécifie le groupe familial par sa composition à partir : des liens de filiation, des liens d'alliance, des liens de fraternité. Dans le cadre de notre étude nous faisons

allusion au lien de filiation. Selon Kaës (2009), la filiation renvoie aux alliances inconscientes structurantes primaires : elles structurent l'espace psychique du sujet et celui de ses liens, quelques soient les configurations de ceux-ci. Les considérer comme structurantes signifient qu'elles assemblent, agencent, différencient et construisent la matière psychique (ses formations et ses processus) et la réalité psychique qui en résulte, dans l'espace interne et dans l'espace externe des liens. Le contrat narcissique primaire se conclut dans le groupe primaire au sein de l'ensemble social, à travers les investissements du narcissisme des parents dans des scénarios d'emplacement, des énoncés de parole et de mythes, des repères identificatoires. Tous ces investissements servent conjointement l'ensemble et le sujet : celui-ci peut se constituer non plus seulement comme un maillon, mais comme un serviteur, un bénéficiaire et un héritier de l'ensemble.

Le groupe familial a pour projet d'assurer la continuité (Philia), le renouvellement (Éros) et la singularité de la vie. En référence à construit des alliances, pactes et contrats conscients et inconscients, fondateurs et organisateurs des liens et de la vie psychique de la famille et en famille. Granjon (2005) conçoit alors le lien familial comme : le socle inconscient commun et partagé des membres de la famille, le lieu d'appareillage des inconscients individuels, et la base des relations entre les sujets. Il est aussi source, réservoir et lieu de stockage de l'inconscient dans le groupe, par dépôt, nouage et articulation de formations refoulées constitutives des psychés individuelles et des parts non refoulées, d'origine pulsionnelle et transgénérationnelle, que chacun y dépose où y rejet.

Ruffiot (1981), repris par Fustier (2012), emploie la notion d'appareil psychique familial dans l'optique de mieux expliquer le lien familial. Il souligne à cet effet plusieurs caractéristiques de cet appareil : l'appareil psychique familial résulte de la fusion des Moi psychiques primaires individuels. C'est un appareil fait de psyché pure, il est le cadre indifférencié, le moi/ non-moi qui permet à chaque membre de réaliser une bonne intégration somatopsychique et de structurer un moi individuel différencié. Son fonctionnement est de type onirique. Ruffiot (1981), met l'accent sur la dimension pré-individuelle du Moi activée et contenue dans l'appareillage psychique familial conçu comme matrice primaire du lien qui sert d'étayage et de toile de fond à la constitution des appareils psychiques individuels.

Ruffiot (1981), fait l'hypothèse d'un appareil psychique familial primaire, constitué à partir des zones psychiques indifférenciées des membres de la famille et de nature purement psychique, il fait référence au « psychique pur » non intégrable individuellement au sein de l'intégration psyché-soma réalisée par le moi. Et pourtant ce « psychique pur » est du sensoriel,

il affecte le corps et le psychisme des partenaires du lien (les membres de la famille). Des corps et des psychismes sont affectés sensoriellement mais en deçà de toute représentation. Cet appareil psychique familial primaire porte la marque des transmissions Trans générationnelles, des expériences traumatiques que les générations précédentes n'ont pu symboliser. Il transporte les impressions sensorielles et les vécus émotionnels que Bion (1962) appelle éléments bêta. Ces vécus émotionnels se communiquent par induction narcissique au sein d'une confusion des espaces du dedans et du dehors et d'une confusion des espaces psychiques.

Alors quand Ruffiot (1981), postule que « *l'individuel, c'est le corporel, le groupal est d'essence psychique* ». On peut entendre que le groupal familial est la dimension psychique du lien antérieure à l'ancrage corporel de la psyché qui perpétue un lien sensoriel non encore subjectivé (Fustier, 2012). Ainsi, ce qui relève du transgénérationnel se transmette par les modalités de communication non verbales et affecte les composantes tant psychiques que corporelles de l'individuation et de la subjectivité individuelle.

Ruffiot (2011), relève une cohérence entre la vie psychique individuelle, et la conformité à la vie du groupe de la plupart des fantasmes individuels qui parviennent à la conscience, à la suite d'un travail interne de mise en forme acceptable par le Moi et par le groupe. Cette mise en forme a aussi pour effet de rendre logiques des phénomènes de l'inconscient qui, apparaîtraient comme étrangers au psychisme, éloignés qu'ils sont du Moi socialisé. Se mettant à l'unisson avec le groupe familial, ils peuvent être considérés comme des tentatives d'explication et de solution des conflits familiaux. Ce sont des représentations élaborées à partir des désirs et frustrations, actuels ou passés, éprouvés dans le cadre familial.

Du fait de ses éléments défensifs (conformité aux normes logiques et morales du groupe), le fantasme individuel conscient correspond à cette exigence du mythe familial d'être non seulement partageable mais aussi de faire partie de la fantasmatique familiale. Alors se crée une réalité psychique familiale et qui constituerait le mythe familial avec ses aspects de consensus et de croyance groupale, de conviction partagée. Chaque psychisme s'étant inconsciemment moulé sur un modèle familial. La famille secrète les conditions pour que les mythes éclosent et se développent sur la base ou aux dépens des psychismes individuels. C'est selon cette dynamique que se constitue ce que Ruffiot (2011, p.151), appelé « esprit de famille », production de l'appareil psychique groupal familial.

2.6.2- Le lien de couple ou d'alliance

David (1971) cité par Joubert (2011) dans “ l'état amoureux ” a développé l'idée que l'amour est d'une part une reproduction inconsciente de la relation d'amour primaire à la mère, et d'autre part une création. Nous insistons dans le contexte de la thérapie sur l'aspect créateur, et toujours en devenir dans le lien. En effet, les amoureux disent toujours qu'ils n'ont jamais éprouvé cela, que c'est la première fois.

Le lien de couple comme les reste des liens, a une fonction organisatrice et une fonction défensive au regard de la problématique archaïque sur laquelle bien souvent s'est inconsciemment fait la rencontre amoureuse. Il se construit sur des collusions et des pactes inconscients. La crise souvent introduite par l'évènement interne ou externe révèle la structure du couple et ce que le lien avait tenu caché. L'équilibre antérieur ne pouvant plus rester stable, le couple se met à la recherche d'un nouvel équilibre qui doit prendre en compte les difficultés rencontrées. Dans ce cas, les nouvelles données sont alors à prendre en compte pour pérennité la dissolution du lien. Le lien implique la rencontre de deux psychismes et une organisation qui renforce le moi de chacun des partenaires du couple. Chaque couple possède ses caractéristiques propres et le travail que les conjoints doivent entreprendre pour durer est propre à leur lien (Dupré la tour, 2011).

2.6.3- Les liens narcissiques

Ils sont dominés par l'investissement narcissique commun à toute liaison humaine et à laquelle contribuerait mari et femme. Le narcissisme tend au syncrétisme (Bleger, 1981). Il tend aussi à la vision, effaçant la limite entre les individus, il est le résidu du narcissisme primaire, toujours en quête d'un semblable. Eigler nous dit que ses composantes sont : l'appartenance ou l'identité conjugale, l'investissement d'un espace habitable, il a écrit « *L'inconscient de la maison* ». L'habitat intérieur composé de toutes ces représentations, elle anime les relations à l'espace habitable, permet la projeter lorsqu' on cherche une nouvelle demeure, puis, lorsqu'on y déménage. En créant plus ou moins rapidement les conditions pour qu'elle nous soit facile à vivre et que nous profitons de son confort. Pour Eigler (2006), chaque changement de domicile implique un travail de deuil de l'ancienne maison, ce qui est parfois coûteux ; mais, cela serait encore plus long et difficile si l'habitat interne n'était pas là pour organiser et favoriser le transport des objets et tout ce qui lie sujet sentimentalement à ces objets.

Selon Eigler (1984) repris par La tour (2011), les liens narcissiques et libidinaux participent du lien conjugal et selon la prédominance des uns et des autres, il existe trois types

de couples : le couple normal névrotique, anaclitique ou dépressif, et le narcissique. Ces deux derniers sont dominés par les liens narcissiques. Ils mettent en œuvre les aspects les plus primitifs du fonctionnement psychique : l'autre est vu, traité, estimé comme une partie de soi. Les aspects les moins discriminés de l'appareil psychique, les moins individualisés du moi/ non moi sont à l'œuvre. Les liens libidinaux d'objet se définissent comme l'investissement de l'autre d'après le modèle de l'objet interne. C'est l'autre dans la perspective de l'altérité et qui permet donc de repérer et de respecter les différences de sexes et individualisées.

2.6.4- Le lien social

À la suite de l'introduction sur le lien social, nous pouvons dire tout de même qu'il est cet ensemble de relation qui unit des individus faisant parti d'un même groupe social qui établissent les règles entre les individus ou groupes sociaux différents. Quand on utilise le terme au pluriel, on pense aux relations sociales concrètes dont le lien social est tissé. Ils permettent donc l'assurance, la cohésion sociale et l'intégration des individus, soit par le partage des valeurs communes, soit par la reconnaissance sociale des différences lors de l'établissement des règles sociales.

2.7- LE LIEN DANS LES INSTITUTIONS OU LIEN INSTITUTE

2.7.1- Définition de l'institution

Le concept d'institution trouve son origine dans la racine Indo-Européenne *Sta* « se tenir debout » et du grec *Stauros* qui désigne « un pilier », un « mat », un « piquet », un « pieu » pour une palissade ou une fondation comme fondement d'une construction. Le poteau pour clouer les condamnés se nomme aussi *stauros*. Les verbes « instaurer », « restaurer » sont formés à partir de *stauros*. Et instaurer comme *Stare* indique « être debout ».

Partant du courant psychanalytique, Kaes (1988, p. 8) appréhende l'institution comme un : « ensemble des formes et des structures sociales instituées par la loi et par la coutume : l'institution règle nos rapports, elle nous préexiste et s'impose à nous, elle s'inscrit dans la permanence ». Cette approche de l'institution prend en compte sa dimension aliénante : « L'aliénation, c'est l'autonomisation et la dominance du moment imaginaire dans l'institution, qui entraîne l'autonomisation et la dominance de l'institution relativement à la société ».

L'institution est donc le lieu de dépôt de ce qui en nous est muet et immuable (Kaës, 1988, p. 4). Elle constitue ainsi l'arrière fond (de continuité) de notre subjectivité et peut être pensée

comme du non soi : en cela elle a à voir avec le fond irréprésentable et le plus indifférencié de chacun et assure une fonction de métacadre, au même titre que la société et la culture.

2.7.2- Les types d'institutions

Enriquez (1975) dans le travail de la mort dans les institutions assimile à ce dernier tout ce qui pose le problème de « l'altérité » c'est-à-dire de l'acceptation d'autrui comme sujet pensant et autonome par chacun des acteurs sociaux qui entretiennent avec lui des relations affectives et des liens intellectuels ». Dans ce cas de figure, il distingue comme institution :

- L'église ;
- L'état ;
- Les ensembles thérapeutiques et éducatifs ;
- La famille (ce qui fait l'objet de notre travail)

2.7.3- Les principes fondateurs des liens institués

Trois grands principes sont fondateurs du lien institué entre autre nous avons :

- Le passage de l'état de nature à l'état de culture. Strauss a montré que le rôle primordial de la culture est d'assurer l'existence du groupe comme un groupe en substituant l'organisation au hasard de telle sorte que soit assuré le contrôle de la répartition de tous les biens au sein du groupe.
- La réglementation des désirs, des interdits et des échanges. Elle s'exprime de manière centrale dans les rapports de l'institution et de sexualité. Pour l'institution, la sexualité est génératrice de désordre, comme le témoigne invariablement la formation de couple institué ou non dans une institution. Les liens institués et toute institution exigent que la sexualité soit réprimée, canalisée ou détournée.

2.7.4- Les dimensions de l'institution

Selon Kaës (2005), L'institution n'est pas seulement traversée par la dimension de la réalité psychique, elle est un nœud d'ordres de réalité hétérogènes et en interférence : cette intrication produit une surdétermination des faits que par la méthode, elle isole ce qu'elle tente d'articuler. Ainsi l'institution prend en compte :

- La dimension sociale car, participe aux processus de la production reproduction de la société en exerçant l'organisation des tâches socialement nécessaires et de ses

corrélats représentations de la tâche de l'institution, structure des communications requises, assignation des statuts et des rôles.

- La dimension économique : Elle participe à l'ensemble de la vie économique, elle est soumise à des normes. En elle sont investis des capitaux, elle produit des valeurs, des biens et des services. Sa valeur économique est appréhendée selon les valeurs que la société attribue à la réalisation de sa tâche. Elle distribue des pouvoirs d'achats, réalise les bénéfices ou les pertes.
- La dimension juridique : elle règle les rapports intra et inter-institutionnels. Les rapports entre les sujets dans l'institution et les rapports de chacun à l'institution sont médiatisés et prescrits par la Loi contre l'arbitraire.
- La dimension *culturelle* de l'institution qui correspond pour sa part à ce que l'on a décrit sous le modèle de culture d'entreprise comme la culture « institutionnelle ». Les systèmes de représentation et d'interprétation organisent la formation du sens de l'institution sur signifiants partagés en tant qu'ils participent des croyances communes et expriment la valeur des normes.

2.7.5- Les fonctions de l'institution

Pour Kaës (2005), l'institution n'est pas qu'une formation sociale, économique, juridique et culturelle, elle assure les fonctions psychiques individuelles et groupes fondamentales. Parmi les quelles :

- Fonder les identifications des individus sur le groupe et proposer les idéaux organisateurs ;
- Constituer l'arrière fond du fonctionnement psychique (par la mise en dépôt de la part la plus indifférenciée du sujet dans l'institution) ;
- Lutter contre la possible irruption de l'impensé et du chaos ;
- Donner du sens aux expériences de chacun, avec ses fonctions de liaison (d'organisateur des liens, du penser et de symbolisation) ;
- Assurer les transmissions psychiques ;
- Proposer un étayage à la réalité psychique de chacun, et une stabilité suffisante au vécu de chacun ;
- Réguler
- Développer de l'illusion laissant croire une continuité dans l'hétérogénéité des expériences et des membres.

Ainsi, se développe dans l'institution un « appareil psychique groupal » ou appareil de groupement, assurant ces fonctions pour chacun de ses membres et permettant le développement d'un espace commun de réalité psychique.

2.8- SOUFFRANCES DANS LES LIENS INSTITUTIONNELS

La souffrance est l'expérience de déplaisir intense, inhérente à la vie elle-même. Elle est coexistence aussi bien à l'effet du manque que de l'excès, de la présence que sur présence, de la perte que de la pléthore. Elle est une donnée de la vie psychique, divisée, conflictuelle d'abord insatisfaisante. Elle est sa condition même, dans toute mesure où elle est l'aiguillon qui nous à trouver, inventer, des voies de satisfaction substitutives à l'accomplissement de nos désirs. Elle est également l'effet de notre désir.

Si l'institution amène de la protection, elle est aussi source de souffrance. Kaës souligne en particulier l'existence d'une souffrance d'origine sociale décrite par Freud dans *Malaise de la civilisation*. La souffrance des sujets de l'institution peut être comprise comme résultant en partie de l'attente massive de ses membres se confrontant nécessairement à la réalité quotidienne frustrante. « Nous souffrons du fait institutionnel lui-même, inmanquablement : en raison des contrats, pactes, communauté, et accord inconscients ou non, qui nous lient réciproquement, dans une relation asymétrique, inégale, où s'exerce nécessairement la violence, où s'éprouve nécessairement l'écart entre l'exigence (la restriction pulsionnelle, le sacrifice des intérêts du Moi, les entraves au penser) et les bénéfices escomptés. Nous souffrons de l'excès de l'institution, nous souffrons aussi de son défaut, de sa défaillance à garantir les termes des contrats et des pactes, à rendre possible la réalisation de la tâche primaire qui motive la place de ses sujets en son sein » (Kaës, 1988, p. 3738).

Dans le lien, la souffrance survient dès que sont mis à défaut nos capacités de maintenir la continuité et l'intégrité de notre moi. Dès que nous entrons en contact avec la détresse primitive, nos identifications primitives sont menacées et la confiance disparaît. Nous souffrons toujours pour nous même et quelques fois avec des objets que nous aimons. Pour Kaës (2008), la clinique des liens émerge à partir du moment où les garants métapsychiques n'accomplissent plus leurs fonctions de cadres, d'arrière-fond : des ruptures ou des transformations catastrophiques ou des non transformations menacent l'ensemble en tant qu'il est l'espace des liens qui se sont formés à l'insu de chaque sujet qui le constitue. On parle alors d'une souffrance de l'ensemble ou d'une pathologie du lien. Les sujets souffrent d'être

ensemble ou lorsqu'ils sont ensemble. Ils sont dans des rapports tels que la pathologie de l'un est nécessaire à la pathologie de l'autre.

Pour Françoise Aubertel (1994) cité par Granjon (2005), Cette souffrance correspond à un désappareillage des liens, à un désétayage des espaces psychiques individuels ou groupaux, à une perte d'ancrage filiatif, c'est-à-dire un dysfonctionnement. Il s'agit d'une souffrance psychique de chacun, d'une angoisse liée à la dissolution du lien d'appartenance familiale et au sentiment de perte de l'identité. Ce sont les liens et plus particulièrement les alliances inconscientes constructives des liens qui sont détruits, laissant chacun et le groupe aux prises avec ce qu'il ne peut gérer lui-même. Les manifestations de la souffrance peuvent alors être individuelles ou groupal. Dans le premier cas, l'individu souffre seul, et dans le second cas, c'est tout le groupe qui en souffre. La thérapie familiale psychanalytique trouve sa place lorsque la souffrance d'un membre ou plusieurs membres de la famille met en évidence le dysfonctionnement de l'appareil psychique familial et son désancrage filiatif. Elle est indiquée lorsque les enveloppes psychiques familiales et individuelles font défaut, lorsque les liens familiaux sont détruits, lorsque les espaces psychiques sont confondus, lorsque les repères identificatoires ont disparu.

Kaës (1988), décrit un autre type de souffrance en institution liée à ce que Siéger appelle la « sociabilité syncrétique ». Il s'agit d'un lien qui, paradoxalement, est fondé sur une non relation, une non individuation et sur une immobilisation des parties non différenciées du psychisme. Dans le prolongement des travaux Bleger, Kaës a nommé ce type de lien entre le sujet et le groupe « isomorphique » : il est caractérisé par l'indifférenciation entre corps et espace, entre soi et autrui. Dans de telles modalités de fonctionnement, les limites du sujet et de l'institution sont non distinguées, et la tentative de trouver des limites se fait dans une grande souffrance, une « souffrance de l'inextricable » (ibid., p. 38).

PARTIE 2

CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

Pour Fonkeng et al (2014), la méthodologie exprime l'ensemble des procédés et des techniques mis en branle pour répondre à une question de recherche, tester les hypothèses et rendre compte des résultats. Elle consiste à rendre compte de la procédure de réalisation et la faisabilité de l'étude. En s'altérant à cette définition, il est question dans ce chapitre de présenter le site de l'étude, les participants, la méthode et la technique d'analyse des données tout en rappelant au préalable quelques points de la problématique de cette étude.

3.1- RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Notre étude explore la question des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent enclin au dysfonctionnement du lien familial.

L'adolescence est une période de vie particulière car, le jeune vit divers changements. Non seulement sur l'aspect corporel, mais également dans ses pensées et sa vie sociale. Ces changements entraînent en lui des sentiments de détresse et l'amène à refaire le monde à son image. Une des caractéristiques que l'on peut reconnaître au sujet adolescent est une personne qui réclame en vigueur son autonomie et son individualité mais qui reste profondément dépendant du cadre familial (Marcelli, 2018). C'est ainsi que son autonomie et son individualité s'opère d'abord dans un espace familial et se poursuit dans un espace social plus large. Dans ce sens, on est tenu de penser que la plupart des comportements du sujet adolescent sont acquis dans un espace familial. Ainsi, pour accéder à son individualité, l'adolescent a besoin de rester dans un milieu familial adéquat caractérisé par la stabilité et l'affectivité. L'adolescent a besoin de sécurité, de temps et du soutien émotionnel et même financier. Il a besoin que ses parents lui apportent de la stabilité face aux bouleversements qui touchent sa vie. Mais aussi, que ses parents soient disponibles à l'écouter et à le soutenir dans sa façon de penser, ressentir, prendre des décisions et agir en tant que sujet singulier.

Le lien parents-adolescent pendant cette période doit être marqué par un processus de négociation coopérative et d'interdépendance et non des relations dominées par les rôles parentaux et l'exercice unilatéral de l'autorité. Or, on remarque que certains parents ont du mal à accepter cela. Ils adoptent des comportements qui entravent la construction individuelle et l'autonomie de l'adolescent. Ces comportements sont entre autre : la négligence parentale, le maintien du prestige de l'autorité, l'absence de communication et l'absence des liens affectifs. Cette circonstance entraîne chez l'adolescent des sentiments de détresse manifeste et une souffrance psychique qu'il tentera de maîtriser avec la prise excessive de drogues. La famille

dans ce cas devient pour l'adolescent un cadre, empêchant la réalisation individuelle de l'adolescent, ne favorisant plus l'émergence d'un espace psychique commun.

C'est dans cette logique que nous avons intitulé notre recherche : « *Dysfonctionnement du lien familial et conduites addictives aux drogues chez l'adolescent* ». Pour mieux élucider cette recherche nous avons formulé la question de recherche de la manière suivante : « *comment le dysfonctionnement du lien familial rend-il compte des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ?* ». Autrement dit Comment l'altération des alliances psychiques inconscientes constitutives du lien rend-elle compte des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ? ou comment la souffrance dans le lien familial justifie-t-elle les conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ? ou comment le trouble de la relation dialogique à l'autre explique-t-elle les conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ? ou encore comment la défaillance des métapsychiques, du cadre familial rend-elle compte des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ?

3.2- HYPOTHESES DE L'ETUDE

Dans cette partie, nous présenterons notre hypothèse générale et par la suite nous allons opérationnaliser ses variables afin de formuler des hypothèses de recherches avec lesquelles nous avons opéré sur le terrain de notre étude.

3.2.1- Hypothèse générale

A la question de question de recherche formulée ci haut, nous avons formulés l'hypothèse suivante : « *la négligence parentale, le fonctionnement rigide, les incompréhensions et l'absence des liens affectifs pendant la période de l'adolescence entraînent de la détresse que l'adolescent va tenter de colmater par la prise excessive de drogues* ». Cette hypothèse est composée d'une variable indépendante qui est « *le dysfonctionnement du lien familial* » et d'une variable dépendante qui est « *Conduites addictives aux drogues* ».

3.2.1.1- Opérationnalisation des variables de l'hypothèse générale

Variable indépendante (VI) : *Dysfonctionnement du lien familial*

Modalité 1 : L'altération Alliances psychiques

Indicateur : La destruction des alliances inconscientes constructives du lien

Indices : - Déséquilibre du contrat narcissique

- Effondrement du narcissisme
- Désaccord filiatif

Modalité 2 : La souffrance dans le lien familial

Indicateur : Désappareillage du lien familial,

- Indices :**
- La fonctionnement rigide de la famille
 - La perte des repères identificatoires
 - Atteinte de l'autonomie familiale

Modalité 3 : Le trouble de la relation dialogique à l'autre

Indicateur : interaction entre l'adolescent et ses parents

- Indices :**
- Manque de dialogue entre les parents et l'adolescent
 - Difficulté de communication
 - Absence de souplesse dans les propos

Modalité 4 : Le défaut du cadre d'arrière fond

Indicateur : Défaillance des métapsychiques à l'accomplissement de leurs fonctions de cadre, d'arrière fond

- Indicateurs :**
- discontinuité du cadre familial
 - Le manque d'affection
 - Le défaut de la présence du parent

Variable dépendante (VD) : *Conduites addictives aux drogues*

Modalité 1 : Gestion des affects douloureux et du manque

Indicateur : les tentatives de se débarrasser des affects douloureux

- Indices :**
- tentative de combler le vide insupportable occasionné par la famille
 - Tentative de noyer les soucis
 - Tentative de se séparer du cadre familial

Modalité 2 : Stratégies de résilience

Indicateur : les tentatives de résilience à la souffrance psychique

- Indices :**
- résistance face à une souffrance
 - Protection contre une douleur
 - Sentiment de soulagement

Modalité 3 : Fuite de la réalité traumatogène

Indicateur : les fuites de la réalité traumatogène

- Indices :**
- évitement de la détresse
 - Désir d'échapper à une angoisse
 - Esquiver le mal être généré par la famille

Modalité 4 : Gestion de l'installation de conduites maniaques et dépressives

Indicateur : l'installation de conduites maniaques et leur gestion

- Indices :**
- le rituel de la répétition de la consommation
 - Atténuation du sentiment de désespoir
 - Lutte contre la dépression

Tableau 4: variables, modalités, indicateurs, indices de l'hypothèse générale

Variables	Modalités		Indicateurs	Indices
Variable indépendante VI : dysfonctionnement du lien familial	VI1	Altérations des alliances psychiques	Destruction des alliances inconscientes constructives du lien	- Déséquilibre du contrat narcissique - Effondrement du narcissisme - Désaccord filiatif
	VI2	Souffrance dans le lien familial	Désappareillage du lien familial	-fonctionnement rigide de la famille - Perte des repères identificateurs -Atteinte de l'autonomie familiale
	VI 3	Trouble de la relation dialogique à l'autre	Interaction entre l'adolescent et ses parents	- Manque de dialogue entre les parents et l'adolescent -Difficulté de communiquer - Absence de souplesse dans les propos
	VI 4	Défaillance du Cadre d'arrière fond	Défaut des métapsychiques à l'accomplissement de ses fonctions du cadre, d'arrière fond	- Discontinuité du cadre familial - Manque d'affection - Défaut de la présence du parent

Variable dépendante (VD) : Conduites addictives aux drogues	VD1	Gestion des affects douloureux et manque	Tentatives de se débarrasser des affects douloureux	-Tentative de combler le vide insupportable occasionné par la famille -Tentative de noyer les soucis Tentative de se séparer du cadre familial
	VD2	Stratégies de résilience	Tentatives de résilience à la souffrance psychique	-résistance face à une souffrance - Protection contre une douleur - Sentiment de soulagement
	VD3	Fuite de la réalité traumatogène	Fuites des évènements qui génèrent le traumatisme	- évitement de la détresse - Désir d'échapper à une angoisse - Esquiver le mal être généré par la famille
	VD4	Gestion de l'installation des conduites maniaques	Installation des conduites maniaques et leur gestion	-Rituel de la répétition de la consommation -Atténuation du sentiment de désespoir -Lutte contre la dépression

3.2.2- Hypothèses de Recherche

Après la définition opératoire des concepts, il y a lieu de présenter les hypothèses de recherche de l'étude. Car les hypothèses de recherche (HR) permettront de mener à bien cette recherche puisqu'elles sont plus concentrées que l'hypothèse générale et sont des propositions de réponses aux aspects particulier de l'hypothèse générale avancées pour guider la recherche. Elles sont une forme d'opérationnalisation de l'hypothèse générale. Pour étude, nous avons eu à formuler quatre hypothèses opérationnelles à savoir :

HR1 : L'altération des alliances psychiques constructives du lien entraîne de la détresse que l'adolescent tente de colmater par la prise excessive de drogues.

HR2 : La souffrance dans le lien familial justifie la détresse que l'adolescent tente de colmater par la prise excessive de drogues.

HR3 : Le trouble de la relation dialogique à l'autre explique la détresse que l'adolescent tente de colmater par la prise excessive de drogues.

HR4 : La défaillance des métapsychiques, du cadre familial, rend compte de la détresse que l'adolescent tente de colmater par la prise excessive de drogues.

3.3- SITE DE L'ETUDE

D'une manière générale, le site de l'étude fait référence à l'espace qui environne la recherche et le lieu précis où le chercheur collecte des données. Notre présente étude s'est réalisée à l'hôpital Central de Yaoundé (HCY) plus précisément au centre « la Vie ».

3.3.1- Justification du choix de l'hôpital central de Yaoundé (HCY)

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

- C'est un établissement public, à caractère hospitalo-universitaire, selon la classification nationale des formations sanitaires ;
- Il est doté d'un centre d'alcoologie et de toxicomanie (centre « La Vie »), centre où nous avons collecté nos données ;
- Les patients qui y sont suivis se sentent plus en confiance dans cette structure ;
- Cette structure de par ses différents aménagements est une structure hospitalière de référence de la ville de Yaoundé.

3.3.2- Présentation de l'HCY

Crée en 1933, initialement comme un hôpital de jour, il a subi plusieurs mutations structurelles et est aujourd'hui un établissement de soins de deuxième catégorie, qui met au service des patients une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans le domaine de la médecine générale, et présente en outre de multiples atouts du point de vue de la situation géographique, de la possibilité d'une complémentarité, de l'existence d'un plateau technique acceptable, de la disponibilité du personnel médical 24h/24 et de l'autonomisation des services.

L'HCY est situé dans la région du Centre ; dans le département du Mfoundi ; dans l'arrondissement de Yaoundé premier. Il est délimité au nord par la Fondation Chantal Biya ; au sud par l'école des techniciens médico-sanitaires et génie sanitaire de Yaoundé ; à l'ouest par le quartier Messa et à l'est par l'Hygiène mobile, la CENAME, le Ministère de l'Energie et de l'Eau, le Ministère des travaux publics.

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

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

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

l'accomplissement de ses missions, le Directeur est assisté par des organes de direction consultatifs et par des unités opérationnelles.

L'HCY comprend deux organes de direction consultatifs :

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

Le surveillant général est nommé par le Ministre de la Santé Publique. Elle est assistée d'un Surveillant Adjoint nommé dans les mêmes conditions. Il est responsable du service du nursing dont l'administration générale lui incombe. Le surveillant général adjoint assiste le surveillant général et le remplace en cas d'empêchement, par ordre de préséance.

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

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

Le centre « La Vie » n'appartient à aucune de ces unités. Il est situé au deuxième étage de l'immeuble de la session. C'est un service dépendant directement du CNLD. C'est dans ce service que nous avons effectué notre recherche.

3.3.3- Présentation du Centre « La Vie » de l'HCY

Créé en 2000. Le centre « La Vie » fut inauguré le 26 juin 2001 par le Ministre de la santé publique. Il est placé sous la tutelle du secrétariat permanent du CNLD. Son objectif a été fixé dès sa création : prévenir les toxicomanies par l'information et la sensibilisation, la formation et l'éducation, l'assistance et le counseling, la recherche et l'animation. Le public ciblé par le centre « La Vie » est constitué des élèves des établissements publics et privés, des étudiants des universités et grandes écoles, des enfants de la rue, des jeunes prisonniers, des prostitués, des responsables d'ONG et associations, des sportifs, des artistes, du personnel médical, des enseignants et éducateurs, des parents, des autorités gouvernementales, des travailleurs sociaux, des hommes en tenue, des communautés religieuses, de la société civile et des chercheurs.

Le centre « La Vie » a plusieurs domaines d'intervention :

- IEC (informer et sensibiliser la population sur l'alcool, le tabac, les drogues et leurs méfaits ; assister et conseiller les toxicomanes et leurs familles ; organiser des conférences, des séminaires et des causeries éducatives ; organiser des réunions de sensibilisation ; organiser des journées portes ouvertes ; produire et distribuer des supports de sensibilisation sur l'alcool, le tabac et les drogues) ;
- Formation et recherche (stimuler la recherche sur les drogues au Cameroun ; renforcer les capacités des acteurs œuvrant dans la réduction de l'offre et de la demande ; appuyer les initiatives d'organisation matérielle des actions de 84 prévention ; impulser une dynamique durable de dissémination des moyens de lutte contre la drogue) ;
- Assistance aux usagers de drogues (fournir une assistance psychologique et médicale aux toxicomanes ; fournir une assistance adaptée aux familles des toxicomanes ; réadapter si possible les anciens toxicomanes) ;
- Plaidoyer et communication institutionnelle (contribuer à mobiliser les partenaires dans la lutte contre la drogue ; susciter l'engagement des décideurs politiques à s'impliquer davantage ; élaborer et mettre en œuvre un plan de communication institutionnelle apte à attirer l'attention des populations sur le fléau) ;

- Observatoire Camerounais de la Toxicomanie (mettre en place à moyen terme, un dispositif permettant de collecter et d'analyser des données qualitatives et quantitatives sur l'usage et l'abus d'alcool, du tabac et des drogues).

3.4- POPULATION ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS

Notre étude porte sur les conduites addictives aux drogues chez l'adolescent. Nos participants sont des adolescents qui souffrent d'addiction aux drogues. Toutefois, pour y participer il faut remplir certaines conditions.

3.4.1- Population

La population de notre étude est constituée des adolescents souffrant d'addiction aux drogues vivant dans une institution familiale encline au dysfonctionnement du lien. Notre choix pour les adolescents tient au fait que, l'adolescence est une période cruciale du développement de l'individu tant sur le plan physique, cognitif, social et psychologique. C'est également une période d'ouverture au monde, de la prise de distance envers les parents et du développement des relations aux pairs. Du fait de ces bouleversements, et d'acquisition de nouvelles, l'adolescent désire s'affirmer comme un être à part entière, qui prend des décisions, et agit par lui-même tout en continuant à se nourrir de ses appartenances premières c'est-à-dire celles qui découlent du lien de filiation à savoir ses parents. Autrement dit, l'adolescent a besoin d'accéder à son autonomie. Cette autonomie se prend vis-à-vis de la famille, et se réalise dans un cadre de support et de soutien parental. En revanche, la négligence parentale, le maintien de l'autorité des parents auprès de leur adolescent, le trouble du dialogue et l'absence des liens affectifs sont source de détresse ce qui fait appel aux drogues comme solution. Nous avons fait appel dans notre étude à 15 participants mais 4 ce sont montrés réceptifs et participés à notre étude.

3.4.2- Critères de sélection des participants

Il s'agit des critères qui signent l'inclusion ou l'exclusion des participants dans cette recherche. Nous distinguons entre autre les critères d'inclusion et les critères d'exclusion.

3.4.2.1- Critères d'inclusion

Pour participer à cette étude il faut :

- Etre adolescent vivant dans la ville de Yaoundé et être suivi au « Centre Vie » avec motif de consommation abusive de drogue ;

- Avoir entre 14 et 18 ans et vivant dans une institution familiale enclin dans un dysfonctionnement de lien : famille divisée, séparer ou recomposée ;
- Avoir été déclaré souffrant d'addiction aux drogues après consultations au centre « La Vie » ;
- Avoir des parents qui ne souffrent pas d'addiction aux drogues
- Etre disposé à participer à l'entretien.

3.4.2.2- Critères d'exclusion

Dans cette étude nous avons exclus :

- Les adolescents ne vivant pas dans une institution familiale enclin dans un dysfonctionnement du lien ;
- Les adolescents qui ont consultés pour d'autre motif que la consommation abusive des drogues ;
- Les adolescents ne souffrant pas d'addiction aux drogues.
- Les adolescents dont les parents souffrent d'addiction aux drogues

3.4.3- Les caractéristiques des participants

Les cas dont nous faisons mention dans cette étude sont ceux qui ont le plus répondu à l'objectif de l'étude. Leurs identités ont été modifiées en changeant certaines informations comme le nom. Nous n'avons pas trop sur les lieux de résidence de ceux-ci pour des raisons de déontologies et anonymats.

Tableau 5: Tableau des caractéristiques des participants

Participants	Dany	Nico	Willy	Wendy
Age	17 ans	16 ans	15 ans	16 ans
Sexe	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin
Profession	Elève	Elève	Elève	Elève
Rang dans la fratrie	1 ^{er} sur 4	4 ^{ème} sur 4	4 ^{ème} sur 5	1 ^{ère} sur 3
Ethnie	Ewondo	Batoufan	Bayangui	Ewondo
Situation familiale	parents séparés	Parents séparés	Parents séparés	Famille recomposée
Motif de la consultation	Consommation (cannabis, tabac, alcool)	Consommation (cannabis, tabac, tramadol)	Consommation psychoactives (cannabis, tabac)	Consommation(cannabis, tramadol)
Durée de la consommation	3 ans	3ans	2 ans	2 ans et demi

3.5- TYPE DE RECHERCHE : recherche qualitative

Cette recherche est d'approche qualitative et s'inscrit dans un paradigme compréhensif. C'est le type de recherche qui produit et analyse les données descriptives telles que les paroles dites ou écrites et le comportement observatoire des personnes (Taylor & Bodgan, 1984). Elle renvoie à une méthode de recherche intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Elle traite les données difficilement quantifiables. Elle ne rejette pas les chiffres, ni les statistiques mais ne leur accorde tout simplement pas la première place. En effet, la recherche qualitative met l'accent sur la collecte des données principalement verbales. Son objectif principal est de fournir une description complète et détaillée du sujet de la recherche. Il est de nature exploratoire car, le chercheur est intéressé à connaître les facteurs conditionnant certains aspects du comportement de l'acteur social (sujet) mis en contact avec la réalité.

Selon Kohn & Wendy (2014), les avantages d'une collecte de données qualitatives bien menée résident précisément dans la richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié. Elles visent aussi à aider à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène.

3.6- METHODE DE RECHERCHE : méthode clinique

Selon Nkoum (2015), méthode vient du mot grec « methodos », qui signifie « route, voie, direction qui mène à un but ». C'est un chemin tracé pour atteindre un objectif. A cet effet, le chemin que nous avons choisi pour atteindre notre objectif est la méthode clinique. Plus précisément l'étude de cas. Car, pour Tsala Tsala (2006), « la psychologie clinique s'entend aujourd'hui comme l'étude des cas individuels concrets » (p.137).

La méthode clinique est une pratique particulière du soin psychique, du traitement médical ou de la psychothérapie. Elle s'applique aux conduites adaptées qu'aux troubles de conduites. D'après Fernandez & Pedinielli (2006), « le corpus de connaissance nommé « Psychologie clinique » suppose la production d'un savoir, des activités de recherche, qui permettent d'assurer au domaine clinique un corpus de connaissances autre qu'un ensemble d'informations empiriques tirées de l'observation des praticiens ». Ainsi, peut être qualifiée de clinique, la méthode qui cherche à obtenir des données fiables dans le domaine de la clinique (étude, diagnostic, évaluation, traitement de la souffrance psychique ou des difficultés d'adaptation).

La méthode clinique stipule que seule une étude approfondie d'individus particuliers, dont l'individualité est reconnue et respectée, qui sont considérées en situation et en évolution, peut permettre de les comprendre. Elle implique une observation prolongée et approfondie de l'individu, la compréhension de l'individu ; la compréhension des manières d'être passées et présentes du sujet dans le but de comprendre l'état et le fonctionnement psychologique de l'individu. La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations, alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. Le premier fournit des informations et le second vise à comprendre un sujet (Fernandez & Pedinielli, 2006).

La méthode clinique traite des données issues de différentes sources : entretiens, examens psychologiques, test, observation... Le choix de cette méthode a également été déterminé par la nature des données (verbales) à collecter. En effet, la méthode clinique porte son intérêt sur la subjectivité, la qualité, l'expérience des participants. De ce fait, nous allons utiliser l'étude de cas et l'entretien semi-directif pour la collecte des données, car la méthode clinique utilise habituellement l'étude de cas comme modalité fondamentale.

3.6.1- L'étude de cas

En sciences humaines et sociales, le terme « étude de cas », traduit en anglais par *case study*, renvoie à une méthode d'investigation à « visée d'analyse et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier. » (Alberto & Poteaux, 2010). L'étude de cas est un outil majeur de la psychopathologie et de la psychologie clinique qui consiste en un travail d'élaboration et de présentation du contexte et du fonctionnement d'une personne.

Pour Yin (2009), cité par Corbière et Larivière (2014), « l'étude de cas est une approche de recherche permettant l'étude d'un phénomène d'intérêt particulier (le cas) dans son contexte naturel et sans manipulation par le chercheur ». C'est une étude pouvant s'adresser à un seul individu, à un groupe d'individu, à une communauté, à une institution ou à un événement (Hentz, 2012) cité par Corbière et Larivière, 2014, p. 74).

Pour De Luca (2020), l'étude de cas se situe dans une démarche d'investigation et d'exploration « des modalités du fonctionnement, dans la recherche des moyens les plus pertinents pour accompagner le sujet dans un processus de changement dans le dégage

d'un certain nombre d'entraves dont les symptômes font partie, mais aussi dans l'accès à une meilleure connaissance de lui-même ». L'étude de cas est utilisée dans domaines de la pratique clinique de la formation et de la recherche. Dans notre étude nous l'avons adopté dans la perspective de la recherche.

Dans une perspective de recherche, D'une part, nous avons choisi ce type d'étude car elle fournit une situation où l'on peut observer le jeu d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble, ce qui permet de rendre compte de la complexité et de la richesse des situations comportant des interactions que leur attribuent les acteurs concernés (Collerette, 1997). Et d'autre part l'étude de cas est appropriée lorsque l'on s'intéresse davantage aux liens dans le temps qui unissent des éléments, qu'aux fréquences ou aux incidences, et cela plus spécialement lorsque les liens sont trop complexes pour des stratégies d'enquêtes ou des stratégies expérimentales.

3.7- TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES : entretien semi-directif

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

L'entretien en tant que technique de recherche est un outil à la fois de production d'information et de recherche. Selon Blanchet (1997), « l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est vecteur principal (étude d'actions passées, faits sociaux, des systèmes et de valeurs et normes, etc.) ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication). ». L'entretien clinique de recherche représente ainsi une interaction entre 2 personnes (interviewer et interviewé), il est construit et enregistré par l'interviewer, ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème donné (Blanchet, 1998). Nous avons opté pour cette technique car, c'est un outil riche permettant une formidable voie d'accès à la complexité du vécu subjectif et intersubjectif des connaissances.

3.8- INSTRUMENT DE COLLE CTE DES DONNES : Guide d'entretien

3.8.1- Le guide d'entretien

Le guide d'entretien renvoie à un « *ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* » (Blanchet, 1997). Il traduit de façon concrète la problématique et les hypothèses de recherche du chercheur et est structuré en fonction de celles-ci. Le guide d'entretien se présente sous la forme d'un questionnaire et est constituée des thèmes ou items et des sous items qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien. Toutefois, il faut noter que l'ordre d'évocation des thèmes de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien. Dans notre étude nous l'avons formulé sous la forme ci-dessous :

<i>Items</i>	<i>Sous-items</i>
Alliances psychiques	-alliances inconscientes constructives des liens détruits, -déséquilibre du contrat narcissique -désaccord filiatif -effondrement du narcissisme
souffrance dans le lien familial	-désappareillage du lien familial, -dislocation de la famille -perte des repères identificatoires -atteinte de l'autonomie familiale
Relation dialogique à l'autre	-interaction entre l'adolescent et ses parents -manque de dialogue entre les parents et l'adolescent -difficulté de communication -absence de souplesse dans les propos
Cadre d'arrière fond	-métapsychiques n'accomplissent plus leurs fonctions de cadre, d'arrière fond -discontinuité du cadre familial -manque d'affection -défaut de la présence du parent
Gestion des affects douloureux et du manque	-tentatives de se débarrasser des affects douloureux -tentative de combler et supporter le vide occasionné par la famille -tentative de noyer les soucis

	-tentative de se séparer du cadre familial
Stratégies de résilience	-tentatives de résilience à la souffrance psychique -résistances face à une souffrance -protection contre une douleur -Sentiments de soulagement
Fuite de la réalité traumatogène	-fuites de la réalité traumatogène -évitement de la détresse -désir d'échapper à une angoisse -esquiver le mal être généré par la famille
Gestion de l'installation de conduites maniaques et dépressives	-installation de conduites maniaques et leur gestion -rituel de répétition de la consommation -atténuation du sentiment de désespoir -lutte contre la dépression

3.9- DEROULEMENT DES ENTRETIENS

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

Les entretiens ont duré environ en moyenne 45 minutes. Nos entretiens se sont déroulés en deux phases, à savoir le pré-entretien et la phase d'entretien proprement dite. La première phase a commencé par notre présentation, suivi d'une explication du motif de notre rencontre. Ensuite, nous donnons au participant l'objet de notre entretien et lui expliquons le caractère confidentiel des données qui seront recueillies et les considérations éthiques qui régissent cette recherche. Lorsque le participant était intéressé, nous lui présentions le formulaire de

consentement. Après avoir lu et signé le formulaire de consentement, nous pouvions passer à la deuxième phase de l'entretien.

La deuxième étape ou entretien proprement dit a commencé par une présentation des participants. Il était question qu'ils donnent leurs caractéristiques sociodémographiques. Ces entretiens furent enregistrés par le magnétophone de notre téléphone. La suite de l'entretien a consisté au parcours de notre grille d'entretien. A la fin de chaque entretien, nous remercions le participant pour sa disponibilité. Une fois la collecte de données terminée, il était question de faire l'analyse de ces données.

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

3.10- TECHNIQUES D'ANALYSE DES ENTRETIENS : analyse de contenu thématique

L'analyse de contenu est une méthode de description systématisée et d'analyse des données verbales dont l'objectif est de rendre compte de « l'expérience interne du sujet » (Bouloudine, 2011). Elle se situe dans une démarche de la compréhension plutôt que de l'évaluation des phénomènes étudiés, elle part de l'expérience des sujets pour la théoriser. L'analyse de contenu sert à détailler le corpus d'entretien ou verbatim en dégagant les significations, les associations et les intentions non directement perceptibles à la simple lecture. Elle vise une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive.

Selon Paillé & Mucchielli (2016), on distingue trois grandes stratégies d'analyse qui consiste à écrire, questionner et annoter. On parle d'une analyse en mode écriture, d'une analyse par questionnement analytique. La troisième stratégie comprend la méthode d'analyse phénoménologique, l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes et l'analyse thématique. Notre étude fait usage de l'analyse thématique qui sera présentée dans la partie suivante.

L'analyse thématique implique de réaliser de manière systématique un repérage, le regroupement et, optionnellement, l'analyse discursive des sujets traités dans un corpus, que ce soit une transcription d'entretiens, un document organisationnel ou des notes d'observation. En effet, dans le cadre de l'analyse thématique, le chercheur aborde le travail d'analyse qualitative en faisant intervenir des procédés de réduction des données. L'analyste fait appel pour résumer et traiter son corpus à des dénominations que l'on appelle les « thèmes ». Il s'agit à l'aide des thèmes, de répondre petit à petit à la question générique type Paillé et Mucchielli (2012, 2013, p. 232).

L'analyse thématique a deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation. La première fonction concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériel à l'étude. La deuxième fonction va plus loin et concerne la capacité de tracer des parcelles ou de documenter des oppositions ou divergences entre les thèmes. Selon Paillé et Mucchielli, (2012, 2013, p. 235), « *procéder à une analyse thématique c'est donc attribuer les thèmes en lien avec un matériau soumis à une analyse (puis effectuer des regroupements de plus en plus complets)* ». Le chercheur va cerner par une série de courtes expressions (thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document.

La fonction de l'analyse thématique n'est ni d'interpréter (contrairement à l'analyse en mode écriture), ni de théoriser ou d'analyser (contrairement à l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes), ni de dévoiler l'essence d'une expérience (contrairement à l'analyse phénoménologique). Elle principalement une approche qui permet de repérer et de synthétiser les sujets présents dans un corpus. Dans cette perspective, deux types de thématisations sont possibles : la thématisations en continue et la thématisations séquencée. La thématisations en continue choisie pour cette étude consiste en une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre de thématique. Elle permet une analyse vraiment fine et riche du corpus.

L'analyse thématique découpe ce qui d'un entretien à un autre se réfère au même thème. Autrement dit, elle nous permet d'obtenir des indicateurs qui puissent résumer les multiples sens des messages dans un discours. Elle se veut objective et s'intéresse aussi bien au message produit qu'à ses conditions d'émission ou de réception.

3.11- CONSIDERATIONS ETHIQUES

La recherche en sciences sociales et humaines a ceci de particulier qu'elle porte sur les êtres humains, avec tout ce que cela peut comporter d'incidence sur leur vie, leur dignité. A cet effet, la recherche doit être conduite dans le strict respect des droits de la personne quel que soient les aspects étudiés. Il est donc indispensable pour le chercheur d'encadrer ses habiletés techniques par un certain nombre de règles déontologiques.

Dans le cadre de notre étude, les sujets interviewés ont été informés des avantages et des risques liés à leur participation afin de faciliter leur expression. La participation à cette recherche était entièrement libre. C'est pourquoi les participants étaient entièrement libres de participer ou non à l'étude et sans aucune conséquence quelconque. Pour nous assurer que la participation soit libre et volontaire, une fiche de consentement libre et éclairé à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens a été signée par chaque participant. L'anonymat a été respecté à travers le caractère anonyme et confidentiel du contenu des entretiens. Notons aussi que chaque participant était libre de se retirer de la recherche à tout moment.

Nous retenons qu'il a été de notre cadre méthodologique de faire un rappel sur la question de recherche, présenter le site de collecte de données, notre approche méthodologique, les critères qui nous ont permis de sélectionner quatre participants, le déroulement des entretiens et la technique de traitement des données. Les données recueillies seront présentées et analysées dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Le chapitre précédent nous a permis de définir la méthodologie utilisée pour notre recherche. Le présent chapitre est la présentation et l'analyse des données issues des données recueillies sur le terrain. Ce chapitre est divisé en trois parties la première est la présentation des participants, la deuxième l'analyse des données et la troisième est la synthèse des analyses.

4.1- PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Les éléments de données recueillies sont présentés à partir de l'histoire de quatre (04) cas d'étude.

4.1.1- Dany

Dany à 17 ans, il est élève en classe de Terminale D au complexe scolaire bilingue Jean Jaurès de Simbock. De religion catholique et d'ethnie Ewondo, il consulte au Centre la Vie de l'hôpital central de Yaoundé depuis 2 ans pour abus de drogues notamment : le cannabis, l'alcool et le tabac.

Il est aîné d'une fratrie de 4 enfants dont 2 garçons et 2 filles. Il a passé une bonne enfance auprès de ses deux parents. Mais, depuis quelques temps (3 ans), il vit avec sa mère et ses frères car, son père a quitté la maison pour aller s'installer ailleurs. Dany, reprends la classe de première à cause des difficultés à se concentrer sur ses études, et n'arrivait pas à assimiler ses leçons. Il éprouve un intérêt particulier pour le football et aspire à être un grand joueur dans les années à venir. Il a commencé la consommation sa première année en classe de première par le biais d'un de ses amis au quartier dans le but d'une simple expérimentation. Après sa première consommation il était étourdi, il est parvenu, à s'évader, noyer ses soucis et oublier les problèmes qu'il traverse au quotidien. Plus le temps passait, il a pris goût au point de multiplier ses consommations pour ressentir plus d'effet. Dany, n'arrive pas à contrôler sa consommation malgré que cela lui cause des ennuis.

A la maison, il vit dans une atmosphère affective froide, il ressent une grande douleur de ne plus vivre avec son père. Avec sa mère, il n'est pas épanoui comme tous les autres jeunes de son âge. Car, sa mère multiplie des lois et des règles pour continuer à le traiter comme un enfant oubliant qu'il est déjà grand. Cette dernière n'est jamais à son écoute, elle est absente et continue lui imposer des choix. Ses avis sont peu pris en compte à la maison. Avec son père, Dany ne partage pas de bon lien bien malgré que celui-ci qu'il vient de temps en temps les rendre visite. Dany souligne que son père est toujours de mauvaises humeurs, il est méprisant et n'est jamais à l'écoute de ses problèmes. Il ne résout pas ses problèmes financiers mais par contre, il aime l'usage des paroles blessantes contre lui. Dany en marre de tout cela.

Face à toutes ces incompréhensions, la consommation abusive des drogues chez Dany, reste l'unique solution pour fuir cette réalité, noyer ses soucis et oublier ses problèmes avec ses parents. En même temps, il aime ses parents et son plus grand souhait est que ses parents lui donnent de l'amour, de l'affection, de l'attention comme font d'autres parents pour leur enfant. Qu'ils le fassent sentir jeune comme les autres, qu'on lui laisse la liberté de prendre ses décisions, qu'on le soutienne dans ses choix et ainsi que financièrement.

4.1.2- Nico

Nico est un adolescent âgé de 16 ans. Il est élève en classe de première All au lycée de Mendong et originaire de la région de l'Ouest Cameroun. De religion protestante, il est suivi au Centre la Vie de l'hôpital Central de Yaoundé pour abus de drogues. Les substances qu'ils consomment depuis 3 ans sont principalement le cannabis, le tramadol, le tabac et le trac.

Quatrième d'une fratrie de 4 enfants dont 2 filles et 2 garçons, Nico présente un parcours scolaire pas trop satisfaisant avec la reprise de la classe de première. Il a passé son enfance auprès de ses parents, tout se passait bien, il était au petit soin, il se baladait comme il voulait, et avait accès à tout. A l'âge de 12ans, son père est porté disparu, il vit désormais avec sa mère ses frères. Sa mère incapable de supporter toutes les charges financières de la maison, décide donc de partager ses enfants à frères. C'est ainsi que Nico quitte le cadre familial et se retrouve chez son oncle.

Durant son séjour chez son oncle, Nico n'est pas épanoui. Il se sent seul, son oncle n'est pas à son écoute, il le prive de ses besoins d'adolescent, il l'empêche de sortir, il le traite de fou, il utilise des paroles blessantes contre lui et surtout il mettait Nico à l'écart de ses enfants. Nico fait part de la situation à sa mère, mais cette dernière, tout en blâmant encore plus, demande à Nico de supporter. C'est de là qu'il va commencer la consommation de drogues par le canal du petit frère de son oncle pour noyer ses soucis, penser autrement, retrouvés l'amour de ses parents. Mais également pour être dans la peau d'une autre, pour avoir un esprit ailleurs même si on le blâme encore.

Peu de temps après ses notes sont devenues catastrophiques à l'école, et son oncle, décide de le renvoyer à nouveau chez sa mère. Une fois chez sa mère, les choses ne se passent pas comme prévu, sa mère n'est là pour lui, il est abandonné à lui-même, elle gronde à tout moment, elle lui rappelle toujours le fait que c'est à cause de son impolitesse qu'il a été renvoyé de la maison de son oncle. Nico se sent à nouveau très mal, il multiplie ses consommations au

point où il n'arrive pas à le maîtriser, ni à s'en passer car, pour lui c'est le seul moyen d'oublier ses problèmes et de faire face à l'adversité de sa mère.

Nico dit qu'il est accro aux drogues à cause de ses problèmes familiaux, du manque d'écoute des membres de sa famille, de la négligence de ses parents, du manque d'affection et de soutien et du fait qu'on continue toujours à le traiter comme un enfant. Son plus grand bonheur serait qu'on lui laisse la possibilité de faire ses choix lui-même, de le soutenir dans ses prises de décision, de lui montrer de l'amour, comme font les autres pour leur enfant.

4.1.3- Willy

Agé de 15ans, Willy est élève en classe de de seconde anglophone au complexe Mario de Simbock. Il consulte au centre la vie pour consommation abusive des substances psychoactives notamment le cannabis et le tabac. A l'issu de plusieurs tests passés par le médecin addictologue, Willy est diagnostiqué souffrant d'addiction aux drogues.

Il est 4^{ème} dans une fratrie de 5 enfants dont 3 filles et 2 garçons. Il a passé son enfance auprès de ses 2 parents ainsi que de ses frères tout en entretenant des bonnes relations. Mais, il y' a de cela deux ans cette relation a subi un coup suite à un conflit entre son père et sa mère, Willy se retrouve alors entraine de vivre uniquement avec ses frères car, son père est allé s'installer dans une autre ville et sa mère au Canada. Il présente un parcours scolaire passable et montre un intérêt particulier pour le basketball. Il a commencé sa consommation il y'a de cela 2 ans au quartier par l'intermédiaire d'un homme qui lui donnait au départ pour la pousser des cheveux, mais en voyant cet homme consommé, il décide également d'essayer. Après plusieurs expériences, il s'est retrouvé accros aux drogues et à trouver des solutions aux problèmes qui pesaient sa tête.

A la maison tout va bien avec son frère et ses sœurs, ce qui n'est pas le cas avec ses parents. Il décrit son père comme un être qui n'est pas là même quand il est là, il dit que son père n'a pas de temps pour l'écouter, il se montre super occupé par son travail et ne connaît pas ses besoins, il ne résout pas ses problèmes financiers. Son père est tellement possessif à tel point où il fouille dans tous ses effets, sa chambre. Son père n'apprécie jamais ses efforts, par contre il trouve du plaisir en le grondant comme un enfant. Avec sa mère, bien qu'étant en contact, il ne partage pas des bonnes relations. Sa mère est imposante, avec elle, il n'a pas droit à la parole parce qu'il reste et demeure un enfant. Cette dernière le réprimande pour ce qu'il n'a pas fait, elle le traite de menteur. Elle ne lui offre pas l'opportunité de prendre des décisions lui-même, mais, elle continue à choisir le style des habits qu'il doit porter malgré son âge. La

qualité de ses amis et ses heures de sortie. Aucune de ses préférences n'est respecté depuis l'âge de 12 ans.

La particularité avec cet adolescent c'est que lorsqu'il finit de consommer, il n'est pas agité et ne cherche non plus les problèmes comme ceux à qui il a l'habitude de consommer ensemble mais et qu'il est incapable de mentionner les noms. Ce n'est après les effets de la drogue qu'il commence à se culpabiliser et décide de ne plus en prendre mais suite aux mêmes difficultés, il est obligé de consommer davantage sans relâche. Aucune de ses préférences n'est respecté depuis l'âge de 12 ans. Son plus grand souhait c'est que ses parents redeviennent comme avant en sachant qu'il a grandi afin de l'aider à arrêter de prendre la drogue qui l'empêche de bien travailler à l'école.

4.1.4- Wendy

Wendy a 16ans, élève en classe de troisième espagnol au lycée de Soa. Elle est Bété de la région du Centre et est de religion catholique. Le motif de sa suivie au centre la Vie de l'hôpital Central de Yaoundé est l'addiction au cannabis et au tramadol.

Elle vit avec sa mère et son père adoptif, car, ses parents ont divorcés quand elle avait 7 ans. La même année son père s'est remarié, alors que sa mère a attendu 5ans après pour le faire aussi. Première dans une fratrie de trois (3), Wendy a deux petits frères avec qui elle partage la même mère mais pas le père. Elle présente un parcours scolaire médiocre avec la reprise de plusieurs classes notamment la cinquième, la quatrième et la troisième. Elle manifeste un intérêt particulier à devenir une grande star de cinéma dans le futur.

Sa première consommation a eu lieu à l'école par le canal de son camarade lors de la journée coopérative. Voyant comment ses ami(e)s consommaient, elle voulait aussi savoir ce que ça fait. Mais après plusieurs expériences, elle s'est retrouvé accro aux drogues parce qu'elle trouvait des solutions à ses problèmes qu'elle vivait au quotidien au point de ne plus s'en passer, ni de pouvoir maîtriser. A la maison elle vit dans une ambiance affective froide avec sa mère. Mais avec ses frères tout va bien. Sa mère n'est pas à son écoute, elle prive la jeune fille de ses besoins d'adolescente, elle continue à prendre des décisions à sa place sans demander son avis. Elle s'énervé rapidement et continue à traiter Wendy comme une petite fille devant ses petits frères.

Avec son père biologique, il y'a pas de communication, car sa belle-mère est contre le fait qu'elle vienne rendre visite à son père. Du côté de son père adoptif, elle partage peu de

relation avec lui car dit-elle ses humeurs varient, il y'a des jours où il se dispose à l'écouter, et des jours où il est souvent contre elle. Elle manifeste l'idée d'être un enfant qui n'est pas aimé, qui est incomprise, et celle qu'on apprécie jamais ses efforts. Face à tout ceci, la drogue l'aide à se sentir mieux, la drogue comble le vide, elle est la solution à ses problèmes.

4.2- ANALYSE DES DONNEES

4.2.1- L'altération des alliances psychiques inconscientes constitutives du lien

Le concept des alliances psychiques inconscientes contribue à la compréhension de la genèse et des effets de l'inconscient dans les formations et les processus de lien. Les alliances inconscientes, sont au principe de tous liens et permettent d'assurer par une action commune, un intérêt commun et d'atteindre par un moyen, un but précis ce qui ne pourrait être atteint par chaque sujet du lien pris isolément. Ainsi, pour se sentir exister et formé le désir de vivre en famille, dès sa venue au monde, le sujet s'unit au groupe sur la base d'un contrat narcissique. Ce contrat narcissique, est appréhendé comme ce lien qui permet à un individu de s'inscrire dans le cadre familial et la société humaine en tant que sujet désirant et réalisateur des rêves et désirs irréalisés de ses parents. De plus, il permet de construire le sentiment d'appartenance à un groupe, à l'individu d'être reconnu par sa famille et contractualise l'espace où le « je » (enfant, adolescent) doit advenir c'est-à-dire laissé ses désirs de s'exprimer dans la relation à l'autre.

Les discours rapportés des participants témoignent à des degrés différents de la désorganisation de ce contrat pendant la période dite adolescence. L'on remarque que le contrat narcissique de base établit entre les parents et l'adolescent est mis en mal à travers l'ébranlement du lien primaire et les relations conflictuelles qui se vivent dans l'ensemble familial. L'adolescent ne se sent plus reconnu où exister par ses parents, il se sent exclu du regard de ces derniers et abandonné à lui-même. Ce qui engendre de la détresse et des souffrances difficilement supportables. C'est le cas de Dany qui raconte :

Cela fait déjà 3 ans tout à changer rien n'était plus comme avant. Mes parents ne me considèrent plus comme leur enfant, je suis traité comme un enfant du dehors, je ne ressens plus leur attention, ni les sentiments qu'ils avaient pour moi quand j'étais petit, quand j'ai mes problèmes je dois me battre de moi-même, ils ne savent pas comment je fais même et ça me fait mal.

On le retrouve également chez Nico :

Depuis j'ai 12 ans je ne suis plus considéré comme un membre de la famille, je suis négligé, je n'étais pas un jeune normal j'étais le fou ; je n'ai jamais reçu des réponses favorables de ma famille ce temps. Tout ce que je faisais était mal, je me demandais le pourquoi ça m'arrive mais je ne comprenais rien, j'avais encore plus mal.

Ce qui permet de comprendre un détachement affectif entre l'adolescent et ses parents. La fonction parentale est mise en péril, ce qui favorise la création de la distance affective car, les parents n'ont pas pris la peine d'investir à nouveau leur adolescent pendant son second processus d'individuation. C'est ce qui conduit à l'installation de la détresse chez ces derniers. Le milieu familial est donc loin d'être le lieu de l'accomplissement de l'adolescent. Mais, il se substitue à un lieu de détresse et de la destruction de ses membres. Ainsi, les liens de filiation qui encadre l'intégrité psychique à l'adolescence sont défailants. Ce qui entraîne la destruction et les transformations catastrophiques qui engendrent de la douleur psychique dans l'ensemble familial.

La famille ébranle les fondements psychiques de l'adolescent. Les membres de la famille ne s'inscrivent plus dans un même tissu filiatif, l'adolescent se retrouve devant psychisme de base modifié auquel il doit advenir seul. De plus, les rapports entre parents et adolescent sont dominés par le principe de non reconnaissance des besoins d'adolescent. Le jeune adolescent subit de la part de ses parents sans exprimer son désaccord ce qui engendre un malaise chez ce dernier. Ceci peut être illustré par les commentaires de Willy :

Pire encore quand tu vas lui demander l'argent. Il va te poser de ces questions que tu vas faire quoi avec ? Comme si moi je n'avais pas besoin d'acheter mes choses. Par contre il va t'acheter les choses tu ne veux pas, comme un enfant et tu n'as pas le droit de refuser. Ça m'énerve

Ce qui apparaît aussi chez Dany :

En plus, avec ma mère tu n'as pas ton mot à dire, parce que tu es sous son toit et tu dois respecter tout ce qu'elle te dit. Même tes habits et tes chaussures c'est elle qui doit acheter elle ne va jamais te donner l'argent

pour que tu l'achètes de toi-même. Elle croit que je suis encore enfant
alors que je suis déjà grand, je peux le faire moi-même

En nous tenant à ces commentaires, les adolescents apparaissent ici comme des individus ayant atteint une certaine maturité et pouvant jouir d'un certain nombre de privilège. Des privilèges qui se manifestent par une liberté de choisir et de faire choses qu'ils veulent mais que les parents ont du mal à comprendre. Ce qui pousse les jeunes adolescents à appréhender la famille désormais comme un obstacle à leur épanouissement.

Ainsi, au lieu, de la formation des objets internes stables et fiables, se développent chez l'adolescent des formations non subjectivées, défavorables aux processus de symbolisation et une souffrance narcissique intense. Les parents n'exercent plus auprès de leur adolescent le rôle de soutien affectif dans les moments difficiles, ils ne l'aident pas à surmonter les problèmes auxquels il fait face. Ils perdent leur crédibilité aux yeux de ce dernier. Le cadre familial ne représente plus un espace relationnel dans lequel l'adolescent peut trouver un soutien affectif, ni une base de sécurité. Cette absence de crédibilité parentale incite l'adolescent à trouver, notamment hors du contexte familial un ancrage, qui lui fera surmonter cette situation de détresse. Le cas de Wendy explique à suffisance cette idée, elle raconte :

Face à mes problèmes au quotidien, je reste tranquille dans mon coin, parce que si je pars voir ma mère, elle ne fera rien pour moi, elle ne va pas me montrer de l'affection y compris mon père de même. Je préfère consommée de la drogue pour oublier ce que je traverse. Quand je consomme je suis apaisée.

Dany de son côté rapporte :

Déjà chez nous, quand tu as un problème, tu dois te battre de toi-même pour t'en sortir, personne n'est avec toi, on va seulement te juger et te condamner dire que ce qui t'arrive est entièrement normal parce que tu ne tiens qu'à ta tête pour faire les choses. Alors que c'est de leur faute. Face à cela je préfère noyer mes soucis dans la drogue.

Nous comprenons ici que la cause de la consommation abusive de drogues par l'adolescent n'est pas uniquement la sienne. Elle renvoie aussi à l'incapacité de ses parents à être présents dans les moments difficiles et à fourbir à leur enfant des bons outils pour qu'il puisse trouver des solutions aux problèmes qu'il traverse.

4.2.2- La souffrance dans le lien familial

La famille représente le premier et le principal agent de socialisation des jeunes. Le mode de fonctionnement ainsi que les liens qui unissent les jeunes à leurs parents ont une influence considérable sur le développement, les comportements et les attitudes de l'adolescent. Le rôle des parents est parfois paradoxal à cette période. Les parents qui cherchent à maintenir à tout prix le prestige de l'autorité sur les adolescents réussissent à installer en eux de la souffrance. Les parents qui sont censé joué le rôle de contenance du trop d'excitations d'adolescent deviennent ses persécuteurs. L'adolescent n'est plus porteur d'aucun projet, il se sent blessé et la souffrance s'installe. De surcroît, dans sa famille, les parents ne reconnaissent pas l'adolescent comme un individu ayant changé et qui nécessite un certain encadrement. Ils s'opposent à travers leurs attitudes aux processus de séparation-individuation.

Les données issues de nos entretiens avec nos participants révèlent que les adolescents souffrant d'addiction aux drogues vivent dans un cadre familial où l'excès d'interdit bat l'aile à travers une présence parentale exagérée, qui n'accorde pas de liberté ; qui ne respecte pas la vie privée de l'adolescent, et qui, lui impose des choses à faire. C'est ce qui limite les capacités de développement, réduit l'accès à l'autonomie et à la maturité chez l'adolescent. Situation familiale qui est vécue peu à peu chaque jour sous forme de malaise. Dans ce sens, Wendy affirme : « *ma mère m'interdit beaucoup de choses, même aller voir mes amis je ne dois pas aller, comme si j'étais un enfant, ça me fais mal* ». Ce qui laisse voir l'attitude du désintérêt que sa mère accorde à ses considérations affectives d'être en relation avec ses pairs. C'est cette attitude parentale qui entraîne la situation d'angoisse et de tension chez cette adolescente.

Pour Nico :

Quand je demandais la permission pour aller jouer au football au quartier avec mes amis on me refuse, même pour une petite sortie, soit disant que je vais rentrer tard, ou bien que mes amis sont des mauvaises compagnies. Je ne suis un enfant, je sais ce qui est bien pour moi.

L'excès d'interdit soulevé ici par ces adolescents permet de comprendre une certaine rigidité de leurs parents en ce qui concerne le choix de leur vie. A travers cet excès d'interdit ces adolescents sont blessés et apparaissent comme des sujets instables aux comportements instables, imprévisibles et à la fois vide d'affection et agressif oscillant entre conduite délictueuse et toxicomanie. Les propos de Nico soulignent également une forte inadéquation de perception de ses parents en ce qui concerne son évolution. Ses parents ne comprennent pas

qu'il a grandi, alors que lui, il se considère comme étant suffisamment mature, autonome, capable de s'assumer seul. Entre une mère qui lui a tout permis pendant l'enfance et un oncle trop rigide, Nico, se trouve dans une situation gênante qu'il solutionne par la prise de drogues : *« la drogue m'aidait à aller mieux. Je prenais en grande quantité à tel point où quand j'arrive à la maison, même si on me dit quoi, ou on m'interdit ça ne me fait rien »*. Pour cet adolescent la prise des substances psychoactives est une réponse au manque de compréhension de ses parents.

D'autant plus la rigidité affective des parents, les jeunes adolescents sont également confrontés à une perte des repères identificatoires. Cette perte de repère est vécue par les adolescents comme une souffrance. Cette souffrance est occasionnée par un dysfonctionnement structurel et fonctionnel au sein de la famille. En effet, ce dysfonctionnement, vient modifier fondamentalement le patron du lien construit pendant la petite enfance, (les membres de la famille ne vivent plus ensemble), tout en créant chez l'adolescent une blessure, un vide. C'est le cas de Dany qui souligne : *« quand mes parents se sont séparés je me suis senti très mal, parce que j'ai vu ma famille se disperser. Alors qu'en ce moment j'avais besoin de mon père et de ma mère ensemble »*

Willy rapporte également :

Quand nous sommes venus ici à Yaoundé, mes parents se sont séparés, mon père est resté à limbé et ma mère est partie au canada, nous sommes ici sans père et sans mère, j'avais tellement mal car j'ai vu une partie de moi s'en volé, je me suis senti vide, j'étais triste.

Le développement de cette souffrance est attribué au cadre familial du fait de son bouleversement et de son fonctionnement. Les membres de la famille vivent en dehors du cadre bi parentale familiale de base. Ce qui affecte directement le fonctionnement psychique de l'adolescent sous forme de sentiment de tristesse, de douleur. Cette séparation des parents est également un fil conducteur vers la consommation abusive de drogues.

Cette absence de légitimité des parents face à leur enfant vient entraver également l'autonomie familiale, les sujets inscrits dans le lien n'arrivent plus à se fixer les mêmes objectifs, à aimer, à travailler et à partager les mêmes plaisirs. Cette perte d'autonomie est difficilement vécue chez les adolescents. Dany explique : *« on ne partage plus les mêmes projets, chacun est dans son coin, on ne se voit pas avec mon père et ma mère est aussi, même si on se voit on va parler de quoi. Rien en tout cas »*. Un autre exemple est celui de Nico qui

raconte : *« je ne suis jamais compris, quand je veux quelque chose je me bats de moi-même pour avoir cette chose ».*

Au regard de ce qui précède, il en ressort que lorsque, les fonctions parentales échouent à remplir leurs rôles, cela laisse l'adolescent en souffrance et la prise compulsive de drogues par l'adolescent apparaît comme une réponse à cette défaillance.

4.2.3- Le trouble de la relation dialogique entre l'adolescent et ses parents

La relation dialogique familiale ou communication familiale est un lien d'écoute et de compréhension mutuelle entre les membres de la famille et aide à surmonter les mauvais et les bons moments ensemble. Elle joue un rôle important dans la prévention de la consommation abusive de drogues chez l'adolescent. En revanche, son trouble, est un facteur qui conduit à la consommation de drogues chez l'adolescent. C'est ainsi que le manque ou la désorganisation du dialogue au sein de la famille, plus précisément entre les parents et l'adolescent plonge ce dernier dans une situation de floue et sans issue. Le relevé d'entretien avec les adolescents montre que les échanges verbaux rares, les difficultés de communication et l'absence de souplesses dans les propos des parents sont des éléments qui caractérisent la relation dialogique entre l'adolescent et ses parents.

Les propos de Willy mettent en exergue le dysfonctionnement de la relation dialogique à l'autre à travers les échanges verbaux rares puisque les parents considèrent que l'adolescent doit se conformer à leurs exigences sans les discuter. Il rapporte :

Je ne cause presque pas avec ma mère, parce qu'elle me donne seulement les ordres, elle préfère demander les choses qui me concerne à ma mère, et avec mon père on ne cause pas parce qu'il est quand est là c'est comme s'il n'est pas là, pour lui, c'est d'allé arranger ta chambre.

La situation est pareil chez Wendy. Ses propos illustrent un absence d'échange avec son père et d'une difficulté à interagir avec sa mère dans le but de se conformer à ses exigences :

Je ne cause même pas avec mon père, chacun est dans son coin, et avec ma mère, elle se fâche très vite, surtout quand elle dit une chose et que tu veux contredire, je préfère souvent me taire, même quand j'ai des soucis pour ne pas l'énervé. Ma mère n'est pas genre à parler trop également.

En outre, les données de terrain montrent également une difficulté des adolescents à initier et à maintenir des échanges avec leurs parents. Prenons en illustration le cas de Dany qui dit :

Tu ne peux pas t'approcher de mon père pour causer avec lui, c'est impossible, il a ses humeurs que je ne comprends pas et avec ma mère, on ne dialogue pas également beaucoup. Pour elle, elle quand nous sommes assis au salon, s'il y a à manger, on mange, on ne cause rien d'important.

Les propos du participant Willy montrent également une difficulté de ses parents à écouter et à interagir avec lui. Il raconte :

Mon père ne perd pas son temps à causer avec moi, et ma mère ne me croit jamais, même si je dis la vérité elle ne va pas me comprendre, parce que pour elle je mens, elle ne m'écoute pas, elle fait comme elle veut, elle écoute seulement les gens du dehors et cela crée en moi un trouble de confiance.

Enfin, on retrouve également dans nos données de terrain un contenu verbal inadéquat caractérisé par une absence de souplesse et l'usage des mots blessants dans les propos des parents envers les adolescents. Ce qui entraîne des impacts émotionnels négatifs. Les dires de Dany justifient cette assertion lorsqu'il explique :

Quand tu t'approches de mon père, il va te lancer les mots qui vont te blesser seulement, il m'a traité de bandit et m'a dit que je ne serai rien dans la vie parce que j'ai seulement repris une classe et à la maison je n'ai pas droit à la parole, moindre geste, les insultes seulement. Il ne peut pas prendre la peine de t'écouter. Et avec ma mère ah je vais dire quoi rien de bon

Nico de son côté à travers ses propos fait aussi part de l'absence de souplesse dans les propos de son père. Il souligne :

Tu te rapproches, pour lui demander quelque chose, il va te traiter de tous les noms mauvais, après il va te dire de quitter là ou bien qu'il n'a pas le temps de m'écouter, je vais encore lui dire quoi. C'est comme ça.

Il me grondait à tout moment, je n'étais pas bien avec lui, je me sentais mal.

Somme toute, les discours de nos adolescents témoignent d'aucune relation dialogique bienveillante, ni attentive entre ses derniers et leurs parents. Aucun moment de retrouvaille en famille, et même s'ils y retrouvent, aucun dialogue, ni échange n'est tenu. Seul la distance, les reproches sont à l'ordre du jour.

4.2.4- Le défaut des garants métapsychiques, du cadre familial

Le cadre familial, joue un rôle crucial dans le développement et le maintien de l'identité et la quête d'autonomie chez le jeune adolescent permettant à ce dernier d'avoir un objet interne plus sécurisant et rassurant devant se protéger en cas d'excitations endogènes ou exogènes, de supporter le vide et de compter sur les membres du cadre. Le maintien du cadre est essentiel pour aider l'adolescent à se construire. L'adolescent a besoin de la présence de son cadre pour l'aider à, mieux se comprendre et se situer au temps et à l'espace, à avoir une identité stable. Mais, le cadre familial pose le problème de manque, il est absent et disqualifié de la construction et du maintien de l'identité chez l'adolescent. C'est ce qui plonge l'adolescent dans une situation de tension et d'angoisse.

La discontinuité affective du cadre familial interfère dans la consommation abusive des substances psychoactives chez l'adolescent. La survenue des événements notamment la séparation des parents engendre la perte de crédibilité parentale aux yeux de leur adolescent. Nous constatons, par ailleurs, que ce n'est pas la séparation des parents en elle-même qui participe au processus émotionnel douloureux de l'adolescent, mais c'est cette difficulté qu'il a pour gérer à s'adapter aux changements que la séparation a créée :

Je me suis senti très mal, parce que j'ai vu ma famille se disperser. J'ai beaucoup souffert et mes parents parce qu'ils n'ont pas cela, chacun faisait comme ça lui passait dans la tête. Ils n'étaient pas là pour me soutenir quand j'avais mal. (Témoigne Dany).

Nous comprenons ici que la souffrance de l'adolescent résulte du manque des parents à ses côtés pour l'aider à gérer la situation de séparation. Elle renvoie à l'indisponibilité de ses parents à être présents dans ses moments et à fournir à leur adolescent un soutien affectif afin de colmater à ce qui pèse sur sa conscience.

Aussi le défaut de la présence des garants du cadre d'arrière fond engendre chez l'adolescent un véritable problème psychologique. Le cas de Wendy se sent abandonnée et étouffe de cette absence : « *Ma mère est occupée à faire ses choses, et mon père n'est jamais là, même quand je ressens le besoin de leur parlé ils ne sont jamais là, ça m'étouffe, ça pèse sur moi* », de même que l'adolescent Willy qui raconte : « mon père se montre occupé par son travail, même quand il est là c'est comme s'il n'est pas là, et ma mère ne vit pas ici au Cameroun, nous sommes rarement en contact ». Pour certains adolescents le père qui joue le rôle de séparateur de la dyade mère/ enfant est totalement inexistant au moment de l'adolescent. Le cas le plus frappant est celui de Nico : « mon père vit quelque part dans la nature, mais je ne sais pas où ».

4.2.5- Les conduites addictives aux drogues

Pour nos participants, la consommation abusive des substances psychoactives pour des adolescents est une voie pour échapper à détresse provoquée par la représentation paradoxale de la qualité du climat familial marqué par des carences affectives non perçu comme telles. En consommant, certains adolescents ont l'impression de retrouver quelque chose de magnifique ou d'oublier quelque chose de terrifiant. Prenons le cas de Dany qui explique :

Quand je consomme je me sens bien j'oublie tous les soucis que je vis à la maison, je me sens léger, je suis tranquille, je me sens apaisé, j'oublie tout ce qui dérange ma tête en fait madame, ça me permet de penser autrement. C'est un renfort qui me redonne espoir. Ça me calme vraiment.

Un autre exemple est le cas de Willy qui dit :

Face aux difficultés que je traverse avec mes parents je préfère rester dans mon coin. Et la drogue m'aide à aller mieux, j'oublie tout ça. Souvent je ne pense même pas je suis seulement comme ça, je retrouve l'amour de mes parents et en multipliant ma consommation, je cherchais toujours l'effet d'être libre, d'oublier mes problèmes, de me sentir léger la quantité que je prenais ne m'aidait plus trop il fallait que j'augmente pour avoir cet effet.

Ils recouvrent également en la drogue un cadre idéal favorable à leur épanouissement leur permettant de fuir la réalité anxiogène du cadre réel qui est source de tension et d'angoisse.

Nico témoigne à cet effet :

La drogue m'aidait à aller mieux, à noyer mes soucis, je me sentais dans la peau d'un autre, je voyais le monde différent. Je m'enfonçais du jour au jour en recherchant la sensation de telle façon que quand je vais arriver à la maison même si on me balance n'importe quelle parole ça ne va plus me déranger, je vais m'évader, je ne pense plus trop à cela.

On retrouve également le même raisonnement chez Wendy :

Je traverse les soucis au quotidien, en fait à la maison ça ne donne pas vraiment, je ne suis pas en bonne relation avec mes parents. Le cannabis me fait sentir autrement je suis bien dans ma peau, je suis libre d'esprit. Quand on me gronde, je ne comprends pas, je suis dans mon monde à moi, je les regarde seulement je me dis que c'est leur problème.

Toutefois, le sentiment de solitude en cas de frustration amène l'adolescent à trouver une issue, une réponse à ses souffrances. La consommation des substances psychoactives permet de résister face à la dépression que l'adolescent vit. A cet effet Nico souligne que :

Je pense que si mes parents m'avaient écouté depuis mes 12 ans je ne serai pas entré dans la consommation. Je me sentais désespérer de ne pas vivre comme les jeunes de mon âge, genre sortir jouer le football, avoir l'argent des poches, pouvoir s'acheter des chaussures, des habits, chose que je n'ai jamais eu, je ne voulais pas me négliger. Je ne voulais pas la honte. Quand je consommais je me sentais libre, étourdi.

La consommation des substances psychoactives chez l'adolescent apparaît alors comme une réponse à un défaut d'élaboration d'une aire de créativité, un cadre peu contenant ne permettant pas à l'adolescent de penser les pensées, de symboliser. Le recours à la drogue vient ainsi combler ce vide libidinal.

4.2.6- synthèse des cas

Des présentes analyses l'on relève que la négligence, la privation de liberté, le manque de compréhension et le manque d'affection sont les principaux thèmes qui ressortent de la narration des adolescents. Ces thèmes traduisent un vécu qui rend compte de la qualité des rapports qu'ils vivent avec leurs parents. Un vécu caractérisé par de nombreuses carences : affective, et surtout la non reconnaissance de leur nouveau statut.

Ces discours montrent que les parents continuent à percevoir leur adolescent avec l'image de l'enfance. Il ne reconnaît pas en lui, un être ayant évolué, changé, ayant le désir de découvrir. Un être qui nécessite une certaine distance et un certain encadrement. Ce qui justifie un dysfonctionnement du lien dans la famille ne permettant plus aux jeunes sujets de se mouvoir et se réaliser en toute sérénité en tant que membres des continuités auxquelles ils sont assujettis. Ils ne trouvent plus en la famille de véritables étais et sera désormais vue et appréhender comme un mouvoir à se détacher afin de se construire. Le dysfonctionnement du lien familial signe ainsi sous forme d'une carence, d'une revendication d'autonomie, caractère normal à cet âge dont l'adolescent va manifester sous forme de consommation abusive de drogues.

En fin de compte, il est à comprendre que, dans les moments où les enfants ont le plus besoins de leurs parents pour mieux grandir et passer de l'enfance à l'adulte, les parents cherchent à toujours maintenir le prestige d'autorité en oubliant que ces derniers ont grandi et méritent un certains traitements privilégiés.

Les conduites addictives aux drogues apparaissent alors comme la manifestation d'un symptôme : le dysfonctionnement du lien familial, qui lui-même fait office du point de vue fonctionnel d'un dysfonctionnement plus accentué dans les familles ne favorisant plus l'amour consolideur des liens.

Parvenue au terme de ce chapitre, il est à retenir qu'il nous a permis de présenter de manière succincte chaque participant. Mais également à procéder à une analyse de contenu thématique des différents verbatim conformément aux valeurs thématiques prédéfinies. Cependant dans le chapitre suivant, il sera question d'interpréter et de présenter les différentes perspectives des résultats issues de l'analyse.

CHAPITRE 5 : INTERPRETATION DES RESULTATS, DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Après avoir analysé les résultats obtenus, le présent chapitre traite de l'interprétation des résultats obtenus et de la discussion des dits résultats. Dans cette partie du travail, nous allons dégager la signification des résultats, tirer des conclusions, évaluer les implications et formuler des recommandations concernant la pratique et les recherches à venir. Nous avons subdivisé ce chapitre autour de 5 principaux points : le rappel des données théoriques et empiriques, l'interprétation des résultats et en fin la discussion et les perspectives que pose cette étude.

5.1- RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES ET EMPIRIQUES

5.1.1- Rappel des données théoriques

Le cadre théorique de notre étude s'est construit à la lumière de l'approche psychanalytique du lien suivant ses deux angles d'analyses : le versant singulier et le versant groupal.

Dans le premier versant, Freud (1914), pense à l'existence d'un espace de la réalité psychique, qui est construit par des conflits nés du clivage entre des « groupes psychiques » qui constituent l'inconscient originaire et séparés de la conscience. Ce qui constitue la réalité psychique chez Freud, il s'agit de toute sorte de processus dans lequel, ce sont « les désirs inconscients ramenés à leur expression la plus vraie ». Il s'agit des processus par lequel l'inconscient produit les effets : les pulsions, les fantasmes, les représentations inconscientes etc. Ce qui amène à comprendre que le sujet est l'aspect de la personne qui fait l'expérience de la vie psychique. Le sujet fait expérience de lui-même par la médiation de ses activités internes et externes. Le sujet peut se déployer en expérience intersubjective, mais seulement à certaines conditions de représentation et de symbolisation. Faute de quoi, les motions pulsionnelles du Ça se manifestent dans les passages à l'acte, les somatisations, les addictions, les projections ou les délires. Ce qui est mis en évidence ici est la pulsion comme concept limite dans les rapports psyché-soma, et de la concevoir à travers l'exigence de travail du psychisme du fait de ses liens avec le somatique, mais aussi, du fait des traces mnésiques des expériences corporelles et des échanges avec l'autre : l'environnement, la mère, les parents. Ce modèle est abordé dans ce travail pour montrer la construction de l'intrapsychique (objet interne) et reconnaître que le psychisme jusqu'à un moment donné n'est que partiellement appréhendé pour rendre compte de ses rapports à l'autre.

Dans une suite continuelle de ce premier model, le second postule que : la réflexivité fondamentale de l'activité de penser est théorisée par sa genèse relationnelle interpsychique. Aulagnier (1975), Kaës (1993). Celui-ci met en évidence la notion intersubjectivité, considérée

comme notion descriptive qui implique la réciprocité entre deux sujets ou tout simplement entre deux êtres désirants. Le sujet ici est appréhender comme un « sujet du lien » en tant que serviteur, bénéficiaire et héritier d'une chaîne. Il se singularise et se construit en chacun d'entre nous, dans un faisceau des liens et les alliances, en d'autres termes dans les ensembles dont il est parti constituée et partie constituante : la famille, les groupes, les institutions. Notons que ces deux modèles ne s'excluent pas mais s'imbrique au travers d'une notion centrale : le contrat narcissique en tant qu'alliance inconsciente à double fonction pour le sujet.

On retient de celui-ci trois idées fondamentales à savoir :

- L'individu est à lui-même sa propre fin et qu'il est en même temps membre d'une chaîne à laquelle il est assujetti ;
- Les parents constituent l'enfant comme porteur de leurs rêves de désir non réalisés et que le narcissisme primaire de celui-ci s'étaye sur celui des parents ;
- L'idéal du Moi est une formation commune à la psyché singulière et aux ensembles sociaux.

Mais, lorsque la famille qui encadre la vie psychique de chaque sujet n'accomplit plus sa fonction de cadre. Il se développe chez le sujet des formations non subjectivées, défavorables aux processus de symbolisation, et une souffrance narcissique intense à la base de certaines conduites antisociales (kaës, 2008)). Ce qui permet de comprendre que la construction d'une identitaire à l'adolescence ne se fait pas toute seule. Elle relève d'une coconstruction(lien) entre sujet et de son ensemble familial.

5.1.2- Rappel des données empiriques

Les données empiriques révèlent dans l'ensemble que les adolescents souffrant d'addiction aux drogues présentent des caractéristiques communes par rapport à l'environnement familial. Tous sont assujettis à un milieu familial peu contenant et les attitudes parentales sont désagréables à leur épanouissement. Une exclusion du regard parental, un excès d'interdit, une diminution de l'intimité familiale, et un manque d'affection entraînent la frustration, les difficultés, les angoisses et le sentiments d'inconforts permanent chez les adolescents. De ces situations, ces derniers, tentent de sortir par une attitude délinquante qui est le recours aux substances psychoactives. Ainsi, les conduites addictives à l'adolescence sont révélatrices de difficultés d'autonomisation rencontrées au sein du système familial. Elles représentent un refuge, une réponse face à une situation familiale difficile.

Elles sont justifiées par les adolescents comme une réponse à des comportements dépressifs, un besoin de s'évader ou de se détendre. Dans ce sens, l'addiction apparaît selon Morel et Couteron (2019), non comme un comportement déviant mais, comme un processus de régulation de l'équilibre de l'adolescent (notamment du système plaisir-déplaisir face à la question de la régulation des émotions) et un moyen d'échapper à un mal-être. Celui-ci peut faire suite à des conflits externes avec l'entourage familial. L'un des buts du comportement addictif est alors de se débarrasser des affects douloureux (Mc Dougall, 2004). Ainsi, l'adolescent qui est addict aux drogues ne cherche pas à s'empoisonner, à se faire souffrir, mais, il cherche à se soigner, à se soulager d'une douleur. Il s'agirait de mettre encore de mettre en œuvre une économie psychique spécifique, avec un écartement de la place de l'autre, qui permettrait de réparer ce que l'autre a causé. Ce serait une forme de pansement pour la psyché (Jeammet, 2002). Dans la même sens, Brsusset (2004), conçoit la conduite addictive comme : *« une quête d'affranchissement de la dépendance vis-à-vis des objets externes et internes »*.

La consommation abusive des substances psychoactives pour des adolescents est une voie pour échapper à l'angoisse provoquée par la représentation paradoxale de la qualité du climat intrafamilial marqué par des carences affectives. En consommant, certains adolescents ont l'impression de retrouver quelque chose de magnifique ou de remplacer quelque chose de terrifiant. Il, recouvrent en la drogue un cadre idéal favorable à leur épanouissement et dans le temps refoulent et répriment leur cadre réel source de tension et d'angoisse. Le sentiment de solitude en cas de frustration amène l'être humain à trouver une issue, une réponse à ses souffrances.

5.2- INTERPRETATION DES RESULTATS

Les résultats que nous interprétons dans cette partie proviennent des entretiens menés auprès de quatre adolescents rencontrés au centre La « Vie » de l'hôpital Central de Yaoundé pour des problèmes d'addiction aux drogues. Ces adolescents se situent dans la tranche d'âge de 15-17 ans. De ces analyses, nous avons retenus quatre modalités à savoir : l'altération des alliances psychiques constructives du lien, la souffrance dans le lien familial, le trouble de la relation dialogique à l'autre et la défaillance du cadre d'arrière fond que l'on a essayé de mettre en évidence avec les conduites addictives aux drogues chez les adolescents.

5.2.1- De l'altération des alliances psychiques constructives du lien aux conduites addictives aux drogues chez l'adolescent

Pour Kaës (2009), les alliances psychiques inconscientes sont des formations psychiques communes et partagées qui se nouent à la conjonction des rapports inconscients qu'entretiennent les sujets d'un lien entre eux et avec l'ensemble auquel ils sont liés en en étant partie prenante et partie constituante. Elles sont la matière et organisent la réalité psychique qui spécifient le lien. On retrouve ces alliances dans les couples, dans les familles, dans les groupes et aussi dans les institutions. Ce qui veut dire que l'alliance inconsciente est une représentation psychique intersubjective construite par les sujets où le lien qui les conjoint prend pour leur vie psychique une valeur décisive.

Kaës (2014), précise que l'une des caractéristiques générales de ces alliances inconscientes est d'assurer par une action commune un intérêt commun et d'atteindre par ce moyen un but précis, qui ne pourrait être atteint par chaque sujet considéré isolément. Nous comprenons donc que l'alliance est à la fois un processus et un moyen d'accomplissement de buts inconscients comme d'assurer les investissements vitaux pour le maintien du lien et de l'existence de ses membres. Ces alliances sont au principe de tous les liens, puisque c'est sur la base d'un contrat narcissique qui unit le sujet et le groupe que se forme un couple, c'est ce contrat qui permet de vivre en famille, de s'associer en groupe, de vivre en communauté avec d'autres humains.

Le contrat narcissique apparaît donc comme ce lien qui permet à un individu de s'inscrire dans la société humaine en tant que Sujet désirant. *Il est celui qui contractualise les conditions d'un espace ou le «Je» peut advenir* (Aulagnier, 1975), c'est-à-dire qui permet au désir de s'exprimer dans la relation à l'autre et plus généralement au monde environnant, en trouvant des objets à investir. Ainsi, le contrat narcissique contribue à construire le sentiment d'appartenance à un groupe. Il permet que l'individu se sente reconnu par sa famille, ses proches, ses pairs. Le contrat narcissique a une fonction identificatoire et est au fondement de tout possible rapport entre sujet et société, individu et ensemble, discours singulier et référent culturel. Pour Aulagnier, (1975), « Ce discours de l'ensemble fournit à l'enfant une certitude sur son origine, ce qui lui permet d'accéder à l'historicité, qui est un élément essentiel pour l'instauration et le développement du processus identificatoire et pour l'autonomie du « Je ». Le sujet, de son côté, transfère sa libido narcissique sur le groupe, qui lui offre une prime future car le sujet a l'illusion qu'une nouvelle voix(l'enfant) reprendra son discours en lui permettant d'avoir un rêve d'immortalité à travers ce futur enfant sujet ».

A cet effet, l'individu a besoin des relations stables avec les autres pour se sentir exister. La caractéristique essentielle du contrat narcissique est qu'il est le fruit des alliances inconscientes. Ces dernières s'organisent sur des bases fantasmatiques, des mécanismes identificatoires et des mécanismes de défense qui visent à maintenir diverses modalités de réalisation des désirs inconscients (Käes, 2009). En effet, l'enfant a besoin d'être reconnu par ses proches et son entourage pour construire des interactions fructueuses avec ceux-ci pour s'inscrire dans la société en tant que sujet désirant (Aulagnier, 1975).

L'adolescence, est à la fois une période de mutation, une transition, entre l'enfance et l'âge adulte, où l'individu subit de profonds changements, tant au niveau interne qu'interpersonnel. L'adolescent a besoin du temps, du soutien et de l'étayage de son environnement familial pour accéder à l'autonomie et se construire une identité solide. Il a besoin de se sentir existé dans le regard de ses parents, d'être en sécurité et d'être écouté afin de grandir. De toute évidence, la famille joue rôle essentiel à l'adolescence.

Mais l'on a constaté que cette famille devient de plus en plus vide au moment de l'adolescence. Les énoncés du contrat narcissique sont mis à mal, l'adolescent n'est plus porteur d'un projet, il est exclu du regard de ses parents. Assuré sa sécurité revient à lutter contre son besoin d'autonomie, et aucune place ne lui ai accordé dans la dyade familiale. Ce qui menace l'équilibre psychique de l'adolescent. Le risque est alors qu'il connaît de graves angoisses, des doutes existentiels profonds voire un véritable effondrement psychique. Un des adolescents mentionne « *tout à changer rien n'est plus comme avant. Mes parents ne me considèrent plus comme leur enfant, je suis traité comme un enfant du dehors, je ne ressens plus leur attention, ni les sentiments qu'ils avaient pour moi quand j'étais petit, et ça me fait mal* », un autre souligne « *je ne suis plus considérée comme un membre de la famille, depuis que j'ai 12 ans, ce qui n'était pas le cas avant je suis négligé, j'étais le fou, je n'ai jamais reçu de réponses favorables de mes parents je ne comprenais pas le pourquoi et j'avais plus mal* ». On assiste ainsi à une perte d'énonces des fondements de la famille. Ce qui engendre des souffrances difficilement supportables par ces adolescents.

Cette désorganisation du contrat narcissique est vécue par les adolescents comme un rejet de la part de leur famille et cela porte atteinte à leur narcissisme. Elle représente un événement douloureux. Le narcissisme sain passe par trois composantes, à savoir l'amour de soi, la confiance en soi et l'estime de soi, tous trois stables, solides et moyens. Au tout début de sa vie, l'enfant a le sentiment d'une omnipotence, l'idée d'une autosuffisance, il ne le perçoit que par les personnes qui lui donnent les sons comme extérieurs à son être : c'est ce qui

caractérise le narcissisme primaire. C'est à partir de l'investissement des autres que le narcissisme secondaire va apparaître et se développer. Le Moi de l'individu a besoin d'être soutenu par des apports extérieurs au risque de s'écrouler. Ce narcissisme ne peut être construit qu'à partir de la place que l'adolescent occupe dans le regard de ses parents. Chez les participants de notre étude cette blessure narcissique transparait dans le discours à travers un effondrement de leur équilibre narcissique. Cet effondrement renvoie ici à la destruction de la croyance que l'environnement familial est protecteur et nous fait exister en tant qu'être singulier. Il est marqué par des symptômes comme le vécu dépressif : *« je me sent très mal le fait que mes parents ne me considèrent pas, ils ne me laissent pas aussi avoir des amis sous prétexte que ce sont des mauvaises compagnies, je me sens abandonné »* rapporte le Dany. Un des éléments qui génère le vécu dépressif chez cet adolescent est assimilé aux regards de ses parents qui n'est pas favorable. Cette atteinte narcissique est due au sentiment d'avoir été trahi, méprisé.

Par ailleurs, l'on note également un désaccord filiatif au sein de la relation qui lie l'adolescent à ses parents. Cette relation est dominée par un principe d'hierarchie. Les parents prennent justement trop de décision à la place de l'adolescent, ce qui lui laisse peu de contrôle sur son environnement. Les parents refusent de voir l'adolescent comme un être ayant évolué et capable d'agir en son propre chef. La parole apparait comme réduite et limitée à l'expression du besoin chez les adolescents. Nos participants ne parviennent pas à se situer en tant que personne distincte selon leurs goûts, leurs valeurs et leurs rêves. Ceci blesse le tissu qui contient le lien et par ses effets déséquilibre la famille. Le cas de Willy est assez illustratif : *« ils croient que je n'ai pas mes besoins à me faire, ils continuent à m'acheter des choses comme les enfants, tout ça m'énerve »*. Ainsi, l'adolescent privé de la réalisation de ses désirs se sent exclu, il n'est pas respecté, ni considéré comme un être capable d'opérer les choix.

Cependant, pour faire face à ces difficultés, les adolescents de cette étude vont se frées un chemin leurs permettant de faire recours aux drogues pour se sentir exister et faire face à aux problèmes auxquels ils sont confrontés dans l'emble familial. Nico mentionne :

Quand je consomme je me sens bien j'oublie tous les soucis que je vis à la maison, je me sens léger, je suis tranquille, je me sens existé comme les autres de mon âge, j'oublie tout ce qui dérange ma tête en fait madame, ça me permet de penser autrement, je retrouve l'amour de mes parents dans la drogue

Ainsi, les conduites addictives aux drogues deviennent un moyen, un refuge, une solution pour l'adolescent qui fait face à une situation familiale difficile.

5.2.2- De la souffrance dans le lien familial aux conduites addictives aux drogues chez l'adolescent

La souffrance est l'expérience de déplaisir intense inhérente à la vie elle-même. Elle traduit également le sentiment d'être devant un mur infranchissable un mur infranchissable, un présent dépossédé de tout avenir, sans pouvoir se construire comme un sujet (Le Breton, 2007). Si la famille est considérée comme l'unité sociale de base assurant la protection de l'adolescent, elle est également source de souffrance. Pour plusieurs auteurs, les troubles de l'adolescent doivent être mis sur le compte des interactions pathologiques du groupe familial lui-même.

Dès la naissance, l'enfant dépend de son environnement pour survivre et se sentir en sécurité. Tout comme à l'enfance, l'environnement familial joue un rôle important dans l'évolution de l'adolescent. Cet environnement assure les fonctions externes socioculturelles et les fonctions internes propres au psychisme de l'individu (image parentale et type de relation d'objet) puis, il structure et organise l'évolution de l'adolescent (Marcelli & Braconnier, 2013)

En grandissant et en découvrant les faiblesses et la faillibilité de leurs parents, les adolescents cherchent à s'en distancier pour accéder à l'autonomie. Willy rapporte : « *Mes parents croient que je suis encore un enfant, ils doivent comprendre que à mon âge je sais déjà ce qui est bien et ce qui est mauvais, je peux déjà prendre mes décisions, je construire mon futur, eux ils ont déjà construit aussi pour eux* ». Ils cherchent à s'en éloigner, ayant besoin d'intimité, pour se retrouver face à eux-mêmes, se mettant en quête de nouvelles sources d'identification qui les aident à s'en démarquer, ils préfèrent faire les choses d'eux même. Ils rejettent cependant moins leurs parents que le rôle qu'ils incarnent : celui d'adultes qui leur fixent des interdits, sources de frustrations. La question des limites est relancée. Les jeunes remettent en question ce qu'on leur imposait auparavant, étant plus à même de comprendre, parce que leur pensée s'autonomise. « *En plus à mon âge, ma mère veut choisir mes amis, le style des habits que je dois porter elle oublie que je ne suis plus un enfant je peux faire cela de moi-même* ». Ils veulent que les règles évoluent pour parvenir à de nouveaux accords, les transgressions permettant d'aller vers les transactions. Cherchant à découvrir quelles sont leurs potentialités, quelles sont leurs limites, ils ont besoin d'expériences nouvelles. (Coslin, 2017).

C'est bien ce désir d'autonomie qui va être source de conflit entre l'adolescent et ses parents. Les parents ne doivent plus s'attendre à trouver facilement un terrain d'entente avec un

jeune en mutation qui, pour exister, doit s'opposer, qui « *comme le lierre : pour grandir, ... a besoin d'un mur solide... avec quelques failles* », sa principale tâche étant de se séparer de ses parents, non dans le sens d'une rupture, mais dans l'idée de pouvoir investir d'autres personnes. (Allanic, 2009). « *Pour eux, je ne dois pas avoir des amis à mon âge, dès qu'on me voit causer avec quelqu'un seulement on va me gronder, je ne suis plus un enfant* » souligne Wendy.

Ainsi pour Lidz (1969), il est normal que l'adolescent et sa famille soient en conflit. Car, dans sa quête d'autonomie, l'adolescent remet en cause la personnalité de ses parents. Cette remise en cause caractérise la manifestation clinique de la réorganisation intrapsychique, en particulier du remodelage des images parentales. L'adolescent doit convaincre non seulement ses parents, mais une partie de lui-même qu'il n'a pas besoin d'eux, que désormais lui-même et ses parents sont différents, et que leur lien est différent de ce qu'il était étant enfant. (Marcelli et Braconnier, 2018).

Dans le cas des familles fragiles, ne supportant pas les efforts de séparation-individuation, Marcelli et Braconnier (2018) rapportent que, les besoins défensifs des parents sont particulièrement intenses et les possibilités d'une authentique séparation-individuation de l'adolescent sont bloquées. Dans ces familles, les parents réagissent à toute tentative d'indépendance de l'adolescent en jugeant ce dernier dépendant, incapable, incompetent, sans discernement en posant des multiples interdits « *et quand je demande la permission pour aller jouer avec mes amis garçons. Il refuse, tout ce que je faisais était toujours mauvais, tout ce que je demandais c'était un grand NON. Toute cette situation me mettait déjà mal à l'aise* ». La fonction des « *présupposés de base* » qui est de préserver la cohérence et l'unité du groupe en tant qu'uni et défensif mais en estompant fréquemment les limites interindividuelles. (Bion, 1962), est mise en péril. On observe alors une régression dans le fonctionnement de chacun des membres du groupe avec un recours aux processus défensifs archaïques (clivage, déni, projection) et un renforcement de l'adhésion à ces présupposés de base. Il est évident que si un groupe familial fonctionne sur ce modèle, l'adolescent devient une menace à travers ses désirs de vie autonome, ses remises en cause des systèmes d'idéaux parentaux, ses choix d'objets nouveaux.

Ce qui permet de comprendre que les conduites pathologiques parentales, en particulier les défenses par identification projective(discours parental unilatéral) entravent les possibilités évolutives et maturatives de l'adolescent; ce dernier répond par des conduites déviantes (toxicomanie, tentatives de suicide, épisodes délirants, anorexie mentale, etc.) qui représentent autant de tentatives de compromis entre le besoin d'autonomie et l'impérieuse nécessité de

préserver l'unité familiale et les «présumés de base ». (Marcelli et Braconnier, 2018). Les adolescents souffrent désormais d'être ensemble.

Outre, l'on remarque également que les familles connaissent d'importants bouleversements et les adolescents ne vivent plus dans la structure familiale à laquelle ils étaient habitués. Leur univers, qui était autre fois empreint de stabilité et de sécurité, est soudainement bouleversé laissant place à l'incertitude et à l'anxiété. Ce bouleversement inattendu représente une véritable souffrance émotionnelle où la fondation de leur monde semble s'effondrée. Cette souffrance correspond selon Aubertel (1994), cité par Granjon (2005) à un désappareillage des liens, à un désétayage des espaces psychiques individuels ou groupaux, à une perte d'ancrage filiatif, c'est-à-dire un dysfonctionnement familial. Il s'agit d'une souffrance psychique de chacun, d'une angoisse liée à la dissolution du lien d'appartenance familiale et au sentiment de perte de l'identité et au désespoir qui gagnera chacun des membres de la famille.

C'est le cas de Dany qui vit avec les parents séparés qui rapporte : « *mais quand tu vis avec des parents séparés ce n'est pas facile, c'est chacun qui va te dire sa part, je ne sais pas qui écouté ça m'énerve, je me sens perdu* ». La séparation parentale n'est pas moins douloureuse, elle confronte l'adolescent à une source d'anxiété. Ce sentiment de perte que l'adolescent ressent peut conduire à la dépression. Plus spécifiquement, Mucchielli (2006), souligne que le fait de vivre avec des parents séparés est surtout associé à la consommation de drogues, ainsi qu'aux comportements problématiques chez l'adolescent.

Un autre aspect qui crée la souffrance dans le lien familial est l'impossibilité d'établir un lien d'amour satisfaisant entre l'adolescent et sa famille. La capacité d'aimer, de travailler et de jouer ensemble et de maintenir la continuité du moi dans l'ensemble familial est entravée. Dès lors, les identifications fondamentales sont menacées et la confiance disparaît. « *Puisqu'aucun de mes parents ne veut m'écouter cela cause en moi un trouble de confiance* ». Ce qui oblige l'adolescent à trouver et à inventer des voies de satisfaction substitutives à l'accomplissement de ces désirs. Dans l'espoir de ne plus souffrir, il fait recours aux drogues pour faire face à ses problèmes.

5.2.3- Du Trouble dialogique (communication) à l'autre aux conduites addictives aux drogues chez l'adolescent

Selon Bienvenu (1969), la communication est une transmission de sentiment, d'attitudes, des faits, de croyance et d'idées. Elle est l'un des principaux éléments de l'interaction familial. La qualité des relations familiales est cruciale pour le développement de

la confiance chez l'adolescent car, la famille est un système de communication, qui a pour objectif d'ajuster, de calibrer, de rendre possible les relations humaines. La capacité d'échanger l'information entre parents et adolescents dans un cadre adéquat de partage, d'écoute représente une dimension importante du fonctionnement de la famille. L'adolescent ne peut s'épanouir que dans une vie de famille où règne la volonté de créer un climat de dialogue intérieur et interpersonnel (Balegamire, 2011). C'est ainsi qu'une bonne communication au sein de la famille nécessite alors qu'il y ait compréhension réciproque (Cloutier, 1996).

Dès lors, une communication familiale positive et stable entre l'adolescent et ses parents constitue un facteur de protection important pour la santé mentale, le développement psychologique et social de l'adolescent. A cet égard, les attitudes parentales devraient encourager le développement de l'autonomie, favoriser le dialogue et être empreintes de disponibilité à donner de l'affection et du soutien (Pronovost, 1995). Bien que les échanges avec l'adolescent puissent être extrêmement enrichissants, ils peuvent également être une suite épuisante de conflits et de malentendus. Envahis par des émotions fortes, l'adolescent, a tendance à réagir vigoureusement. A cet effet, les parents doivent trouver une autre façon de communiquer (Maillard, 2004). L'adolescent a toujours besoin de ses parents pour évoluer dans le dialogue car, le jeune se construit et devient un adulte dans le regard des autres. C'est un moment clé de l'existence (Pierard, 2013).

Claes (2014) montre que les adolescents présentant des signes de manque de confiance, et de communication avec leurs parents s'engagent moins souvent dans des conduites délinquantes et sont moins atteints de dépression et d'anxiété. Mais, l'absence de confiance et de communication engendre l'engagement dans les conduites délinquantes à l'adolescence. Mais aussi, cette absence engendre chez l'adolescent des douleurs difficilement supportables au point de créer les conflits entre adolescent et parents. Dans le même sens, des recherches ont montré que lorsque la communication parents-adolescent connaît des difficultés, cela affecte directement la structuration de la vie psychique de ses membres en particulier celui de l'adolescent.

Un climat familial caractérisé par une communication faible peut inciter l'adolescent à avoir recours aux conduites délinquantes. L'absence de communication empêche l'adolescent d'accéder à l'autonomie et de se construire une identité plus solide et augmente le risque de consommer. L'expression d'hostilité et de manque de confiance dont font preuve les parents, produit chez l'adolescent un sentiment de mise en distance du cadre familial, ce qui lui rend incapable d'aller chercher du support auprès d'eux en cas de détresse.

D'après Guay (2014), la difficulté de communication est la principale cause des conflits entre parents et l'adolescent. Dans la majorité des familles où enfants et parents ne savent pas communiquer entre eux, les réactions émotives sont intenses. Parents et adolescent perdent la capacité de s'écouter et bien communiquer. En effet, il y a peu de place pour l'expression des émotions et les parents utilisent les critiques ou de blâmes comme mode de communication. Ces lacunes au niveau de la communication provoquent chez l'adolescent des difficultés à vivre des relations intimes, à développer les troubles psychiatriques ou la consommation abusive des substances psychoactives. « *Mon père ne perd pas son temps à causer avec moi, et ma mère ne me croit jamais, même si je dis la vérité elle ne va pas me comprendre, parce que pour elle je mens, elle ne m'écoute pas, ceux qu'ils savent faire c'est me gronder, ça crée en moi un trouble de confiance* ».

Outre, la communication est plus efficace si le message transmis avec souplesse, tant sur le plan du contenu que celui de l'intention. En absence de souplesse dans les propos, l'interlocuteur est perdu et se sent blessé. C'est le cas d'un des adolescents de notre étude qui rapporte : « *Quand je m'approche de mon père, il va me lancer les mots qui vont me blesser seulement, moindre chose, les insultes, il ne peut pas prendre la peine de t'écouter et avec ma mère c'est là rien à dire on peut un peu communiquer* ». L'usage des mots négatifs et blessants, ou des menaces par les parents entraînent des impacts émotionnels négatifs tels que : la frustration, la colère et l'humiliation chez l'adolescent. Les agressions (verbales), que l'adolescent subies de la part de ses parents représentent pour lui, une source de désarroi qu'il va colmater avec l'abus de drogues (Brunelle & al., 2002b). Le cas de Dany illustre bien cette assertion, lorsqu'il dit : « *avec mes parents, on n'était pas en parfaite relation, ils ne m'écoutent pas, on me traite de tous les noms, d'incapable, d'avoir raté mon avenir. Ça m'énervait et pour vite oublier je prends de la drogue* ».

Somme toute, la qualité de la communication entre parents et adolescents est rattachée à des conduites addictives des adolescents. En effet, les adolescents avec des comportements addictifs témoignent d'une atmosphère familiale négative marquée par des difficultés de communication sévères avec les parents (Teresa, 2007). Les conduites à risques sont alors des tentatives douloureuses de se mettre au monde (Le Breton, 2002).

5.2.4- De la défaillance des garants métapsychiques (garants du cadre) aux conduites addictives aux drogues chez l'adolescent

Kaës (2014), définit les garants métapsychiques comme des formations et des fonctions qui encadrent la vie psychique de chaque sujet et qui se tiennent à l'arrière-fond de la psyché individuelle. Autrement dit, il s'agit des formations et processus de l'environnement sur lesquels s'étaie et se structure la psyché de chaque sujet. Dans la situation du dysfonctionnement du lien familial à l'adolescence, les garants métapsychiques n'accomplissent plus leurs fonctions de cadre, d'arrière fond. Ils sont à l'origine des ruptures ou des transformations catastrophiques qui menacent la famille en tant qu'elle est l'espace des liens intersubjectifs. C'est alors que le dérèglement, les défaillances ou les défauts des cadres et garants métapsychiques affectent directement la structuration et le développement de la vie psychique de l'adolescent et de sa famille. Les « court-circuit » qui, ici, affectent les liens ordinaires, les accordages affectifs et les rencontres subjectives occasionnent des crises dans le processus de quête d'autonomie.

Bien que l'influence familiale ne soit plus aussi importante que pendant l'enfance, bien qu'il y ait désinvestissement des objets parentaux pour pouvoir investir de nouveaux objets, bien que le jeune marque ses distances par rapport à ses parents, la famille joue encore un rôle primordial à l'adolescence. C'est en son sein que se sont transmis pendant l'enfance, et se transmettent encore en partie lors de l'adolescence, bon nombre de règles et de modèles, tant par inculcation des modes de penser, de sentir et d'agir, que par intériorisation inconsciente à travers l'imitation de ces agents socialisateurs privilégiés Galland cité par Coslin (2017). Le maintien du cadre est essentiel pour aider l'adolescent à se construire (Pommereau, 2010).

A l'adolescence, l'exercice de certaines fonctions parentales est importante. La parentalité consiste à accomplir deux rôles essentiels : aimer son enfant, lui exprimer son affection et se porter à son secours en cas de détresse ou de difficulté. Cependant, cela implique également de se conformer aux règles de conduite, de définir les limites qu'on ne dépassera pas et de punir les éventuels écarts comme le souligne (Claes, 2004). Il est indispensable pour l'adolescent de trouver dans le milieu familial des parents présents pour lui. Le lien se constitue de par la présence d'un autre, c'est ce qui naît des effets psychiques de la présence et non de l'absence (kaës, 2009). La qualité de cette présence serait déterminante pour l'équilibre de l'adolescent. De nos jours, dans la plupart des familles, la mère travaille à l'extérieur de la maison et cela, d'autant le père. Ils n'ont pas du temps pour leur adolescent. Considérant cet état de fait, Farid (1988), pense que si l'un des parents est trop préoccupé ou trop absorbé par

le travail, l'autre parent doit se doit d'apporter de l'attention et l'affection de remplacement ce qui n'est pas surtout le cas.

Les parents imposent à l'adolescent un sentiment d'abandon de désintérêt. Un adolescent affirme : *« mon père n'a jamais le temps pour moi, il se montre trop occupé par son travail, quand il est là c'est comme s'il n'était pas là, et ma mère est au canada »*. Wilkins (1985), quant à elle insiste sur la nécessité d'être présent auprès de l'adolescent, de le respecter et de lui démontrer de l'attachement mais cela, sans le contrôler ou le dominer. Pour Zimmerman (2000) rapporté par Claes (2004, p.5) *« au cours de l'enfance, les manifestations de l'attachement sont principalement de nature comportementale et cela se traduit par une recherche de contacts physiques avec les parents, alors qu'à l'adolescence, ces manifestations prennent davantage une tournure cognitive »*. Les observations de Zimmerman (2000) rapporté par Claes (2004, p.5), montre que *« les jeunes enfants développent des représentations et des croyances concernant la disponibilité émotionnelle que peut lui offrir un parent ou toute autre figure d'attachement et les réactions anticipées lors d'une demande d'aide »*. *« Mes parents n'ont pas mon temps, n'ont pas mon temps, face à mes difficultés, je restes dans mon coin »*.

Les parents non étayant, peu impliqués dans l'éducation de leur adolescent, voir rejetant favorisent la consommation des substances psychoactives (Jeammet, 2008). De plus, les relations avec les parents distantes et dépourvues d'affectivité, l'attitude des parents envers leurs adolescents est négative, rejetante et sévère. Ils n'ont aucune implication émotive auprès de leurs enfants. Le soutien parental est inexistant. Les parents d'adolescent ne démontrent aucune capacité à être empathiques. L'environnement familial de l'adolescent est voué à l'échec et les parents sont non disponibles. Ainsi, le sentiment de non disponibilité des parents instaure, des figures parentales, instaurent un sentiment d'insécurité, particulièrement en situation de détresse. *« Quand je suis en face des difficultés, mes parents ne me montrent pas de l'affection ; ils me jugent seulement, et moi je fais à me tête »* rapporte Nico. Le poids porté par les liens affectifs qui seuls devraient garantir la solidité familiale, est souvent trop lourd et fragilise dès lors les foyers où vivent les enfants devenus adolescents.

5.3- DISCUSSION, IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

5.3.1. Discussion des résultats

Cette étude avait pour objectif de comprendre les conduites addictives aux drogues chez l'adolescent au regard dysfonctionnement du lien familial. D'après les résultats auxquels nous sommes parvenus, le dysfonctionnement du lien familial rend compte des conduites addictives

aux drogues chez l'adolescent à travers un vécu familial douloureux caractérisé par des multiples carences psychiques (exclusion du regard parental, la privation de liberté, le manque d'affection, manque de soutien financier, mais surtout le défaut de reconnaissance de leur nouveau statut. Ce vécu rend compte de la qualité de rapport que vivent les adolescents avec leurs parents. C'est ce vécu que les adolescents tentent de colmater avec la consommation de drogues. Nous allons confrontés nos résultats avec les travaux antérieurs, en fin de ressortir les points convergents et divergents qui ressortent entre ces résultats.

L'analyse théorique de la première hypothèse relève que la désorganisation du contrat narcissique matérialisée par l'exclusion du regard parental est la variable qui explique mieux les conduites addictives aux drogues. Dans la continuité de l'existence de l'être humain il est tenu que le cadre familial offre à l'adolescent un espace où son je peut advenir, où il peut parvenir à la réalisation de ses désirs, de ses fantasmes. La faillite de l'environnement à assurer les sécurités de base et de maintenir la continuité de soi, déstabilise les énoncés du contrat narcissique, l'adolescent se sent rejeter par sa famille, et cela porte une atteinte à son narcissisme. Ainsi, affirmer que l'on aime un enfant alors que l'on n'a pour lui aucun projet de vie, que l'on ne s'emploie pas à lui enseigner le monde et ses lois, qu'on ne le soutient pas dans ses études, que l'on ne se préoccupe ni de sa vie sociale ni de ce qu'il ressent, n'a aucun sens. Si l'adolescent n'arrive plus à étayer ses désirs d'adolescent, cela menace son équilibre psychique. Le risque est alors qu'il connait de graves angoisses, des doutes existentiels profonds voire un véritable effondrement psychique.

Ainsi, son psychisme ne peut tenir, si certains désirs ne sont pas accomplis d'où la naissance de la détresse qui sera colmater par la prise excessive de drogues. Ces travaux vont dans le même sens que celui de Vincenzo (2017), pour qui, lorsque les liens primaires et groupaux sont ainsi compromis, lorsque la place de chacun dans le contrat narcissique de base est incertaine et lorsque les individus (adolescents) se sentent déqualifiés ou non vus par le regard de l'autre (parents), incarné par le socuis, il est particulièrement difficile d'accéder à une alliance narcissique structurante et à un sens de continuité psychique qui aurait pu soutenir le déploiement du processus de subjectivation. Alors, un des risques possibles est la prévalence de l'agir sur le pensé, très présent dans la clinique des conduites antisociales. De plus, la clinique des pathologies des extériorités, des addictions montre ce clivage entre représentations et affects, entre conduites et fantasmes, dans lequel se déploient toutes les pathologies de subjectivation.

De plus, Chez le sujet (adolescent) qui a vécu l'expérience de ne pas trouver son reflet dans le regard de l'autre (parents) pour pouvoir se saisir comme un sujet, se développe une vulnérabilité et un besoin particulièrement fort de retrouver, dans le lien et dans le groupe, un ancrage narcissique et un étayage identitaire. Mais, lorsque ce besoin de contenance est frustré par l'exclusion du lien, Le sujet abandonne son expérience douloureuse pour chercher une consistance narcissique (comme l'appartenance la toxicomanie), c'est-à-dire des identités ou des contenants groupaux qui peuvent redonner une consistance narcissique et un sens d'identité toute-puissante à des sujets qui justement se sentent exclus des pactes et des alliances identificatoires qui lient les autres dans une communauté humaine.

En rapport avec la deuxième hypothèse, l'excès d'interdit, une discipline parentale inconsistante explique mieux les conduites addictives aux drogues chez l'adolescent. Un milieu familial inadéquat marqué par une discipline parentale inconsistante, des conflits parentaux, des conflits entre parent et enfant par exemple, entraîne à la consommation de drogues des jeunes à travers la façon dont les jeunes vivent, interprètent ce type de discipline parentale et ces conflits, et aussi les sentiments qu'ils provoquent chez eux et auxquels ils réagissent. Lorsque les parents fixent trop d'interdits, cela est vécu comme une frustration de la part de l'adolescent, comme le souligne Dias (2000), l'abus des substances à l'adolescence est lié à un fonctionnement familial rigide.

Ainsi, un cadre familial trop rigide, expose l'adolescent à des angoisses intra et inter psychique. Ces résultats confirment également ceux de Ellie Lee et Macvarish (2020) qui associent les pathologies dont souffrent les jeunes non seulement à la « négligence » ou au « désintérêt » des parents, mais aussi à un comportement parental opposé. Ils estiment de plus en plus que les enfants élevés par des parents trop impliqués ou trop protecteurs courent plus le risque de développer de la dépression, de l'anxiété chez les adolescents. La possession est très importante pour un adolescent. Il doit sentir que ce sont « ses » parents pour se sentir lui, il doit aussi comprendre qu'il est « leur » enfant pour être en sécurité. C'est également important pour les parents qui peuvent ainsi se sentir parents et agir comme tels avec un sentiment de légitimité. Mais la possession ne doit pas aller plus loin, car parents et enfants n'ont pas le même rapport, l'enfant deviendra ce que ses parents feront de lui. La possession des parents empêche l'enfant de vivre et d'être.

L'analyse théorique de la troisième hypothèse quant à elle, laisse entrevoir que les conduites addictives aux drogues relèvent du trouble de communication entre l'adolescent et ses parents. La communication familiale est un élément essentiel pour maintenir des relations

harmonieuses et solides au sein de la famille. Elle favorise l'échange ouverte et honnête, permettant de résoudre les conflits et de renforcer les liens affectifs entre les membres de la famille. En développant une communication efficace, les familles peuvent mieux comprendre les besoins et les sentiments de chacun, créant ainsi un environnement de soutien et de coopération. Mais, nous avons constatés étant sur le terrain que, dans la majorité des familles où enfants et parents ne savent pas communiquer entre eux, les réactions émotives sont intenses. Parents et adolescent perdent la capacité de s'écouter et bien communiquer. En effet, il y a peu de place pour l'expression des émotions et les parents utilisent les critiques ou de blâmes comme mode de communication. Ces lacunes au niveau de la communication provoquent chez l'adolescent des difficultés à vivre des relations intimes, à développer les troubles psychiatriques ou la consommation abusive des substances psychoactives. Les résultats de notre étude vont dans le même sens que les travaux de Claes (2014) qui montre que les adolescents présentant des signes la confiance, et de communication avec leurs parents s'engagent moins souvent dans des conduites délinquantes et sont moins atteints de dépression et d'anxiété. Mais, l'absence de confiance et de communication engendre l'engagement dans les conduites délinquantes à l'adolescence. En effet, les adolescents avec des comportements addictifs témoignent d'une atmosphère familiale négative marquée par des difficultés de communication sévères avec les parents (Teresa, 2007).

L'analyse de la quatrième, relève que la modalité qui explique les conduites addictives, est défaut de la présence des parents. La qualité de la présence des parents serait déterminante pour l'équilibre de l'adolescent. De nos jours, dans la plupart des familles, la mère travaille à l'extérieur de la maison et cela, d'autant le père. Ils n'ont pas du temps pour leur adolescent. Ce qui instaure un sentiment d'insécurité que l'adolescent tente de maîtriser avec la consommation des substances psychoactives. Ceci correspond avec les aspirations de Jeammet (2008) pour qui, les parents non étayant, peu impliqués dans l'éducation de leur adolescent, voir rejetant favorisent la consommation des substances psychoactives.

Toutefois, nous pouvons retenir de notre discussion que : l'adolescent fragilisé psychiquement ne parvient pas à se réaliser et se construire une identité solide. Lorsqu'il se sent incompris, rejeté et dévalorisé par ses parents cela porte une atteinte à son narcissisme. L'adolescent n'arrive plus à étayer ses désirs. Cette situation représente un événement douloureux et constituerait une source de souffrance psychique. Les conduites addictives aux drogues en ce moment font offices de réponse en tentant de réguler la souffrance et la détresse associées à ces déficits du cadre familial.

Les attentes que nous avons formulées au départ de cette étude en guise d'hypothèses de recherche peuvent donc être reçues. En même temps, elles suggèrent aussi des pistes d'approfondissement en termes de perspectives.

5.3.2- Implications

Dans cette étude, nous avons questionnés la problématique des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent en lien avec le fonctionnement du cadre familial de base. Il ressort de nos analyses que, l'adolescence est une période marquée par des remaniements physiologiques, mais aussi psychologiques et sociaux. La quête constante d'une individualité, d'une singularité est une réalité centrale de l'adolescence. L'adolescent cherche à s'individué au sein d'une relation avec ses parents donc la présence demeure cruciale. Pour ce faire il doit se positionner en tant que personne distincte selon ses goûts, ses valeurs, ses acquis, et ses buts. En effet, l'enjeu de l'adolescent n'est pas tant de devenir totalement séparé, indépendant en ruptures avec ses parents, mais il s'agit pour lui de penser, agir et prendre des décisions pour explorer son nouveau monde tout en continuant de se nourrir émotionnellement et affectivement de ses appartenances premières (famille) c'est-à-dire celles qui sont issues du lien de filiation.

La construction d'une identité d'adolescent se réalise adéquatement dans un cadre de soutien, de communication, de partage d'affection et d'acceptation des parents. Mais, la négligence parentale, la privation de liberté, le manque de communication et l'absence des liens affectifs se retrouvent pratiquement toujours au cœur des problèmes adolescents : l'anorexie, la toxicomanie, la chute des résultats scolaires voire l'échec scolaire soudain, les tentatives de suicide, la fugue, la délinquance, la violence. Pour Goldbeter-Merinfeld (2008), ces problèmes présentés par les adolescents peuvent être compris comme des rétroactions amenant le système familial à se « calmer », à se réorganiser selon un mode déjà expérimenté et donc plus sécurisant car connu, semblable à celui du « système à enfant » et non d'un système à adolescents ».

La prise en compte de la réalité du sous-système adolescent revient donc à permettre aux jeunes de trouver une base solide comme le dessine souligne (2009, p.118) à travers le contrat narcissique donc la particularité est de « lie l'ensemble humain qui forme le tissu relationnel primaire de chaque nouveau sujet (de chaque nouveau-né) et du groupe (au sens large) dans lequel il trouve et crée sa place ». L'adolescent, a donc besoin de trouver dans le discours social les références identificatoires qui vont lui permettre de se projeter vers l'avenir. Ceci de sorte qu'au moment de s'éloigner du support fournit par les parents, il ne perde pas le support identificatoire du discours social dont il a besoin, au contraire qu'il acquière une

certitude sur son origine. Ce qui développe, voire renforce dans son psychisme un sentiment d'immortalité en lui. Or l'altération des alliances constructives du lien notamment le contrat narcissique, la privation de liberté, le manque de dialogue, et l'absence des liens affectifs saillants dans les conduites addictives aux drogues montre que, les adolescents ne puissent plus trouver dans l'environnement familial un support qui leur permette d'atteindre l'autonomie.

Au vu de ces résultats, à côté des différents moyens misent sur pied par le gouvernement camerounais dans la lutte et la prévention de la consommation des drogues par les adolescents, tels que la création... il paraît opportun d'envisager d'abord, l'instauration de la prise en charge psychologique de ces adolescents consommateurs dans tous les centres d'accompagnement, de prévention et des soins des adolescents consommateurs de drogues. Car, ces derniers présentent des souffrances psychiques. Et ensuite, un accompagnement et une prise en charge psychologique de la famille afin de lui permettre de comprendre la situation de l'adolescent et mieux vivre avec lui, de lui fournir un climat familial adéquat.

De ce fait, les données issues de notre étude pourront fournir :

- Premièrement des connaissances nécessaires aux différents acteurs impliqués dans la prise en charge des adolescents souffrant d'addiction aux drogues notamment sur les causes de ce phénomène.
- Deuxièmement des connaissances aux parents dans la manière de se conduire avec leur adolescent. Les parents doivent s'impliquer dans la vie de l'adolescent en gardant le juste milieu, pas trop le submerger, et trop le laisser seul. L'adolescent est en pleine construction, pour cela, il a besoin d'un cadre stable. Il a besoin de sentir reconnu, comme un être porteur de projet, capable de prendre des décisions. Eduquer un adolescent, n'est pas l'asservir, le brimer, mais c'est plutôt l'humaniser, c'est à la fois : l'aider à découvrir ce qu'il est, ce qu'il aime, ce qu'il veut, à développer ses potentialités, à construire son être propre, sa singularité ; et lui permettre parallèlement, en lui enseignant les règles de la vie humaine, d'inscrire cette singularité dans la communauté des autres.
- Troisièmement, elle permet au gouvernement Camerounais de comprendre les facteurs de cause de ce phénomène et d'améliorer ses stratégies de prévention. La présente étude permet donc de baisser la consommation de substances psychoactive chez les adolescents.

5.3.3- Perspectives

Cette recherche a étudié comment le dysfonctionnement du lien familial rend compte des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent. Elle a montré que la perception négative qu'a l'adolescent de sa relation avec ses parents entraîne en lui de la détresse ce qui l'amène à consommer abusivement les drogues pour apaiser sa souffrance. Le dysfonctionnement du lien familial à travers, la négligence parentale, le maintien du prestige de l'autorité, le manque de communication et l'absence des liens affectifs des parents favorisent l'installation des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent.

En deçà des résultats obtenus de nos analyses, il serait alors opportun pour nous d'envisager des perspectives pour continuer à étudier en profondeur les moyens par lesquels le dysfonctionnement du lien familial interfère dans l'installation des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent. Notre étude pourra s'étendre aux conduites addictives aux drogues chez l'adolescent vivant ou ayant vécu des conflits parentaux.

CONCLUSION GENERALE

Ce mémoire intitulé « *Dysfonctionnement du lien familial et conduites addictives aux drogues chez l'adolescent* » avait pour objectif de comprendre comment le dysfonctionnement du lien familial rend compte des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent. Nous nous sommes proposés de comprendre le sens que l'adolescent donne aux conduites addictives dont il souffre. Le cadre théorique de notre recherche construite à la lumière de l'approche psychanalytique du lien dans son versant singulier et son versant groupal, nous a permis de comprendre l'objet de notre étude qui est le lien. Plus précisément le lien entre l'adolescent et ses parents. Mais aussi de comprendre l'adolescence (sujet du lien) comme une période de non seulement comme une phase dans le développement de l'individu, mais aussi comme un processus psychique spécifique qui prend une place éminente dans la constitution individuelle. Durant cette phase, l'adolescent acquiert et ou conforte à une identité en se différenciant des autres membres de la famille auxquels il est pourtant lié.

L'adolescent est une période déterminante pour chaque individu. Elle est une période décisive pour le développement de l'individu. L'adolescence est pour Emmanuelli (2016), une « comme une période de transition entre l'enfant et l'âge adulte, débutant à la puberté et se terminant vers 18 ou 20 ans ». La puberté est ce passage du corps de l'enfant à celui de l'adulte, ces changements se produisent par des hormones sexuelles. Avec la puberté, l'adolescent se retrouve confronté à un corps modifié, et ce notamment par l'émergence de la maturité sexuelle, et de manière plus générale de capacités physiques nouvelles. Freud (1905), « *avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale* ». La pulsion va dorénavant découvrir l'objet sexuel chez autrui, les diverses zones érogènes dites partielles (orale, anale, urétrale) vont se subordonner au primat de la zone génitale (organe sexuel). L'avènement chez l'adolescent de cette capacité organismique entraîne une explosion libidinale qui provoque un mouvement de régression vers les pulsions prégénitales. Il y alors apparition d'une énergie libre que l'on peut qualifier de tension et que l'adolescent cherche à libérer (*ibid*).

Selon Kestemberg (1999), le développement des capacités sexuelles, matures désormais, va induire chez l'adolescent la reviviscence des conflits fantasmatiques œdipiens, dans la dimension incestueuse et parricide, et archaïque, dans le sens où ces dimensions peuvent renvoyer à une disparition de soi et/ou de l'autre. Baranès (2012) rappelle que si l'Œdipe est le déclencheur des remaniements, c'est la qualité du narcissisme qui va provoquer une éventuelle rupture. Jeammet (2009) en résume les enjeux ainsi : l'Œdipe va obliger l'adolescent à prendre ses distances avec les objets parentaux, pour se construire comme un sujet individuel. Cette

mise à distance va susciter une inquiétude narcissique qui nécessite un soutien objectal. L'adolescent veut se positionner comme une personne distincte selon ses goûts, et ses valeurs.

Pourtant, pour Marcelli et Braconnier (2018), cette construction ne pourra advenir que l'insertion de l'adolescent dans sa famille. La nécessité du maintien du lien a d'ailleurs été reconnue par les parents et l'adolescent, car le lien familial est un lien primaire, on ne peut se séparer de ses parents. La famille, et ses valeurs, occupent une place primordiale pour les adolescents car, c'est en soin que s'acquiert le sentiment de sécurité et de continuité de l'être. En effet, comme le rappelle Robert (2013), l'individu est, dès sa naissance, et même avant, est inscrit dans la société, mais aussi la famille, ainsi que dans le conjugal. C'est ce qu'Aulagnier (1975) nomme le contrat narcissique. Une place est assignée à un sujet, lui permettant d'exister pour les autres, et donc pour lui-même. En retour, il se doit de s'inscrire dans cette place et d'en respecter les rôles et valeurs associés. Kaës (2008), souligne la manière dont l'intersubjectivité est porteuse, à travers le lien et les assujettissements réciproques entre sujets, de mécanismes constitutifs de l'inconscient, avec des refoulements, fantasmes, désirs ou interdits communs. Ces assujettissements sont formés par divers alliances inconscientes. Ces alliances ont pour rôle d'assurer par une action commune, un intérêt commun et d'atteindre par un moyen, un but précis ce qui ne pourrait être atteint par chaque sujet du lien pris isolément Kaës (2014). Ces alliances sont opérées pour que le lien perdure. D'où l'importance de la relation de l'adolescent à l'environnement familial.

Cette importance est soulignée par Kaës (2009, p. 118) à travers la structuration des liens de filiation : le contrat narcissique donc la particularité est de « lie l'ensemble humain qui forme le tissu relationnel primaire de chaque nouveau sujet (de chaque nouveau-né) et du groupe (au sens large) dans lequel il trouve et crée sa place ». L'adolescent, a donc besoin de trouver dans le discours social les références identificatoires qui vont lui permettre de se projeter vers l'avenir. Ainsi au moment de s'éloigner du support fournit par le couple parental, qu'il ne puisse perdre le support identificatoire du discours social dont il a besoin, au contraire qu'il acquiert une certitude sur son origine. Ce qui développe, voire renforce dans son psychisme un sentiment d'immortalité en lui. Or l'expérience marquante dans les conduites addictives aux drogues montre que, les adolescents ne puissent plus trouver dans le microcosme familial un support qui leur permette d'atteindre l'autonomie, indispensable pour sa réalisation.

La problématique du lien étant déterminante dans la construction identitaire à l'adolescence, le plus souvent est entravée par les attitudes parentales désagréables. Notre cadre théorique mobilisé a suggéré une question de recherche à laquelle nous avons tentés d'apporter

des éclaircissements à savoir : *comment le dysfonctionnement du lien familial rend-il compte des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent ?* ». Pour répondre à cette question nous avons formulés une hypothèse selon laquelle : *« la négligence parentale, le maintien du prestige de l'autorité des parents, le trouble du dialogue et l'absence des liens affectifs pendant la période de l'adolescence entraînent de la détresse que l'adolescent va tenter de colmater par la prise excessive de drogues »*. Pour éprouver notre hypothèse, nous nous sommes adressés à un échantillon de quatre participants tous issus du centre « La vie » de l'hôpital Central de Yaoundé et ayant tous entre 14 et 18 ans. Les données ont été collecté à l'aide d'un entretien semi-structuré avec pour principal instrument de collecte de données le guide d'entretien. L'analyse de ces données s'est faite à l'aide de la technique d'analyse thématique de contenu.

Toutefois, il ressort que, la négligence parentale, l'excès d'interdit, le manque d'affection, de compréhension, de communication et la non reconnaissance de leur statut sont des thèmes saillants qui ressortent des discours de nos adolescents. Ces thèmes traduisent le vécu de nos adolescents. Ce vécu est marqué par de multiples carences : affective, financière, mais surtout de non reconnaissance de leur nouveau statut. En réalité les adolescents laissent tous transparaître à des degrés différents une non prise en compte de leurs désirs d'émancipation par leurs parents. Ceux-ci se confortent tant bien que mal de les assimiler à des sujets non réalisables.

L'analyse des résultats à montrer que, les parents cherchent à tout prix à maintenir le prestige de l'autorité auprès de leur adolescent et continue à les percevoir avec la même image qu'ils ont eue d'eux durant leurs enfances. Les parents refusent de reconnaître en eux des personnes ayant changés et nécessitent d'un certain encadrement particulier. Ce qui justifie d'un dysfonctionnement dans le lien ne permettant plus à l'adolescent de se sentir existé tant que membre de continuité d'une chaîne à laquelle il est assujettie. Toutes ces difficultés, souffrances et angoisses amènent l'adolescent à trouver lui-même toute réponse à sa souffrance. Et cette réponse dans le cadre de notre travail c'est l'addiction aux substances psychoactives.

Au regard, de nos résultats obtenus, il ressort que le dysfonctionnement du lien familial favorise l'installation des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent. Comme implication, elle permet l'avancement des connaissances sur la prise en charge des conduites addictives aux drogues chez l'adolescent. Des perspectives sont envisageables pour continuer à explorer le mécanisme par lequel le dysfonctionnement du lien rend compte des conduites addictives.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Andrey, B. (1988). Adolescence, filiation et affiliation. *Enfance*, 41(1), 87-93.
<https://doi.org/10.3406/enfan.1988.1856>

American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Arbabzadeh, S., Chaillet, G., Crocq, M.A., Flament, M., Granger, B., Guelfi, J.D., Hanin, J.D., Hergueta, T., Paillère-Martinot, M.L., Pelissolo, A., Pull, C.B., Pull, M.C., Staner, L., & Waintraub L. (2003). *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (4e éd). Masson.

Asen, E. (2021). Au Cameroun, la drogue malgré la sensibilisation. *Société*.

Atangana, P. C., Deudjui, G., & Chongwang, J. (2018, 26 février). *L'addiction des jeunes au Tramadol atteint la côte d'alerte en Afrique centrale*—Togoweb.
<https://togoweb.net/laddiction-jeunes-tramadol-atteint-cote-dalerte-afrique-centrale/sante/>

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescent*, 11 (1), 56-95.

BBC News Afrique. (2021, Août). *Drogue : Comment lutter contre l'addiction chez les jeunes en Afrique*.

Bion, W.R. (1979). *Aux sources de l'expérience* (1991 ed.). PUF.

Bioy, A., Castillo, M-C., & Koenig, M. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'entretien : L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin

Bloch, H., Dépret, E., Gallo, A., Garnier, Ph., M. D., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J. Reuchlin, M. & Casalis, D. (1999). *Dictionnaire fondamental de psychologie*. Paris : Larousse-Bordas

Brusset, B. (2006). *Psychanalyse du lien*. PUF

Campenhoudt, L. V., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (© Dunod).

Cannard, C. (2019). *Le développement de l'adolescent, l'adolescent à la recherche de son identité*. Éditions De Boeck Supérieur.

Cassen, M., & Delile, J.-M. (2008). *Les adolescents et leurs familles face aux dangers des consommations multiples de drogues et d'alcool*. 40, pages 253 à 277. <https://doi.org/DOI10.3917/ctf.040.0253>

Catry, C., Marcelli, D. & Gervais, Y. (2006). Adolescence et addiction. Reynaud (Ed.). *Traité d'addictologie*. 84-90. Paris : Flammarion Médecine-Sciences.

Claes, M., & Lacourse, E. (2001). Pratiques parentales et comportements déviants à l'adolescence. *Enfance*, 4(53), 379 -399.

Claes, M. (2004). Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels. *Adolescences*, 2(32), 205-226. DOI : 10.4000/osp.2137

Claes, M. (2010). L'étude scientifique de l'adolescence : d'où venons-nous, où allons-nous?. *Enfance*, 4(4), 427-430. <https://doi.org/10.4074/S0013754510004052>

Coslin, P-G. (2017). *Psychologie de l'adolescent*. Armand colin.

Cupa, D., Reynaud, M., Marinov, V., & Pommier, F. (2010). *Entre corps et psyché : les addictions*. Edition EDK.

De Vincenzo, M. (2017). Souffrances dans les liens et processus sans sujet. *Corps & psychismes*, 1(3), 97-108

Déclaration de la commission des droits de l'homme du Cameroun. (2022). *A l'occasion de la célébration de la journée internationale contre l'abus et le trafic des drogues*.

Discour, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*. 50(1), 40-46. <https://doi.org/10.3917/lcd.050.0040>

Dupré La Tour, M. (2002). Le lien : repères théoriques. *Dialogue*, 1(155), 27-40. <https://doi.org/10.3917/dia.155.0027>

El koury, M. (2016). *Gestion de soi et addiction à la drogue : approche analytico-systémique d'un groupe de jeune drogués en situation thérapeutique*. [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg].

Elysée, M. (2022). *Rupture du lien familial et transgression délictueuse chez l'adolescent dans l'entre-deux*. [Mémoire de master, Université de Yaoundé 1].

Emmanuelli, M. (2005). *L'adolescence*. PUF

Enoka, P., Nizeyimana, J-B., Kamga Henri, L., Linjouom, A., & Douyong Tonmeu, C-S. (2022). Consommation des psychotropes chez les élèves du Lycée Classique et Moderne de Bafia : Causes, conséquences et Mesures de prévention. *Cameroon journal of biological and biochemical sciences*, 2(30), 52-63

Ezequiel, A., Jarolavsy., & Morosini, I. (2018). Le lien en psychanalyse X. *Psiconalisis & intersubjetividad*.

Ezequiel, A., & Jarolavsy. (2013). Le contrat narcissique Pierra Aulagnier/ René Kaës. *Revue internationale de psychanalyse de couple et de famille*, 1(13).

Faire face aux conduites addictives : *états des lieux & recommandations*. (2021). Rapport du conseil économique, social et environnemental.

Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Cairn.info*, 84, 41 à 51.

Ferenczi, S. (2008), *Sur les addictions*. Payot.

Fonkeng, G. E., Chaffi, C. I., & Bomda, J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales* (1ere édition). Association camerounaise de coaching et d'orientations scolaires universitaires et professionnels (ACCOSUP).

Fornari, F. (2019). Pour une psychanalyse des institutions. Dans R. Kaës., J. Bleger., E. Enriquez., F. Fornari., P. Fustier., R. Roussillon & J.-P ; Vidal, *L'Institution et les institutions Etudes psychanalytique*. Dunod.

Freud, S. (1912). *Totem et Tabou* (M. Weber, Trad., fr.). Gallimard.

Freud, S. (1915). Pulsion et destin des pulsions. *Dans Métapsychologie* (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, Trad., fr.). Gallimard.

Freud, S. (1929). *Le malaise dans la culture* (P. Cotet, R. Lainé, J. Stute Cadiot et J. Andre, Trad., fr.). PUF.

Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. *La vie sexuelle* (J. Laplanche, Trad., fr.). PUF.

Freud, S. (1923). *Trois Essais sur la théorie sexuelle* (P. Koeppel, Trad., fr.). Gallimard.

Freud, S. (1921). Psychologie collective et analyse du Moi. Dans *Essais de psychanalyse*. Payot.

Granjon, E. (2005). Les configurations du lien familial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(45), 151-158

Hachet, P. (2014). *Ces ados qui fument des joints*. Edition érès.

Jeammet, P. (2000). *Les conduites addictives : un pansement pour la psyché*. PUF.

Joan, D. (2022). *Etudes des fonctions addictives à l'adolescence : de la sensorialité à la symbolisation primaire et pubertaire*. Psychologie. Université Paris cité, 2022. Français. NTT : 2022UNIP7051. Tel-04204369

Joubert, C. (2001). La théorie du lien, Esquisse d'une métapsychologie du lien. *Psicoanálisis e Intersubjetividad*, 9(1). <http://www.intersubjetividad.com.ar>

Joubert, C. (2004). Psychanalyse du lien familial. *Le Divan familial*, 12(1), 161-176. <https://doi.org/10.3917/difa.012.0161>

Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Dunod.

Kaës, R., Pinel, J.-P., Kernberg, O., correale, A., Diet. E., & Duez, B. (2005). *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. DUNOD.

Kaës, R. (2005). Pour inscrire la question du lien en question du lien dans la psychanalyse. *Le divan familial*, 2(15), 73-94.

Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Dunod.

Kaës, R. (2008). Définitions et approches du concept de lien. *Adolescence*, 26(3), 763-780. DOI : 10.391/ado.065.0763

Kaës, R. (2009). La réalité psychique du lien. *Le divan familial*, 1(22), 107-125.
<https://doi.org/10.3917/difa.022.0648>

Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(34), 13-40.

Kaës, R. (2012). *Les alliances inconscientes*. Dunod.

Kaës, R. (2012). *Le Malêtre*. Paris, Dunod.

Kaës, R. (2019). Réalité psychique et souffrance dans les institutions. Dans R. Kaës., J. Bleger., E. Enriquez., F. Fornari., P. Fustier., R. Roussillon & J.-P ; Vidal, *L'Institution et les institutions Etudes psychanalytique*. Dunod.

Karray Khemiri, A. & Derivois, D. (2011). L'addiction à l'adolescence : entre affect et cognition. Symbolisation, inhibition cognitive et alexithymie. *Drogues, santé et société*, 10(2), 15–50. <https://doi.org/10.7202/1013478ar>

Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.

Le Breton, D. (2007). *Adolescence et conduites à risque*. Éditions FABERT.

Lejoyeux, M. (2009). *Addictologie*. Elsevier Masson.

Leray, C. (2008). *L'analyse de contenu de la théorie à la pratique la méthode Morin-Chartier*. Presses de l'Université du Québec

Marcelli, D., & Braconnier, A. (2013). *Adolescence et psychopathologie* (8e édition). Elsevier Masson SAS. www.elsevier-masson.fr

Marty, F. (2008). *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*. DUNOD

Mbassa Menick, D., Menguene Mviena, J. L. & Benguile, B. (2012). Addiction chez l'Africain en milieu hospitalier : bilan de 39 mois à la Clinique psychiatrique de l'hôpital Jamot de Yaoundé. *Perspective psy*, 1 (51), 54-62.

McDougall, J. (2004). *Théâtre du Je*. Psychologie Clinique et Psychopathologie. Gallimard. Paris.

McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*, (2), 511-527.

Morel, A., & Couteron, J-P. (2008). *Les conduites addictives comprendre, prévenir et soigner*. DUNOD.

Morel, A., & Couteron, J-P. (2019). *Aide-mémoire, Addictologie*. DUNOD

Mve Ona, U. L. (2006). La consommation *d'alcool en milieu scolaire : cas de la ville de Yaoundé* (Master's thesis). Institut Sous-Régional de la statistique et d'Economie Appliquée (ISSEA), Yaoundé

Narimane, D., & Tinhinane, K. (2018). *Le rôle de la communication familiale dans la prévention des conduites à risque chez les adolescents* [mémoire de master, Université Abderrahmane Mira de Bejaia].

Nguimfack, L., Caron, R., Beaune, D., & Tsala Tsala, J.-P. (2010). Traditionalité et modernité dans les familles contemporaines : Un exemple africain. *Cairn.info* le 31/3/2010, 30, 25 à 35. <https://doi.org/10.3917/psys.101.0025>

Nguimfack, L. (2017). « J'ai mal à ma famille » ou un enfant se drogue : recomposition familiale et distorsion des frontières intrafamiliales. *L'information psychiatrique*, 4(93), 310-316. DOI :10.1684/ipe.2017.1624

Observatoire français des drogues et des toxicomanies. (2019). *Drogues et addictions, données essentielles*.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, & santé publique france. (2019). *État des connaissances consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés État des lieux des modes et niveaux de consommation et facteurs associés*.

Office des nations unies contre la drogue et le crime. (2018). *2018-09-10-ecowas unplugged-launch-abidjan*. <https://www.unodc.org/westandcentralafrica/fr/2018-09-10-ecowas-unplugged-launch-abidjan.html>

Organisation internationale de contrôle des stupéfiants. (2020). Améliorer les services de prévention et de traitement de l'usage de substances destinés aux jeunes. Dans OICS, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2019* (p. 1-17). UN. <https://doi.org/10.18356/da2d4393-fr>

Organisation mondiale de la santé. (2022). *Santé des adolescents et des jeunes adultes*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Piaget, J., & Inhelder, B. (1963). Les opérations intellectuelles et leur développement [Intellectual operations and their development]. *Traité de Psychologie Expérimentale*, 7, 111–155.

Pirlot, G. (2014). Les addictions entre neurosciences et psychanalyse. *Psychotropes*, 1(20), 175-196.

Pirlot, G. (2019). *Psychanalyse des addictions*, DUNOD.

Puget, P. (2005). Dialogue d'un certain genre avec René Kaës à propos du lien. *Le Divan familial*, 2(15), 59-71. <https://doi.org/10.3917/difa.015.0073>

Roman, P. (2019). Narcissisme blessé et identité en souffrance à l'adolescence. *Filigrane*, 28(1), 75–87. <https://doi.org/10.7202/1064598ar>

Sahed, I. (2016). Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence : quête identitaire et vulnérabilité dans le parcours de consommation. *Drogues, santé et société*, 14(2), 1-23. <https://doi.org/10.72202/1037730ar>

Saïet, M. (2019). *Les addictions. Que sais-je ?*. Presses Universitaires de France.

Sarfati, G-E. (2019). *Éléments d'analyse du discours*. Arman colin

Sellami, M. (2008). Compte rendu de [David LE BRETON, En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie. Paris, éditions Métailié, 2007, 362 p.] *Anthropologie et Sociétés*, 32(1-2), 296-298. <https://doi.org/10.7202/018907ar>

Serge Gaston, M. (2022). *Discontinuité- continuité affective du cadre familial et comportements addictifs aux substances psychoactives chez les adolescents scolarisés*. [Mémoire de master, Université de Yaoundé 1.]

Simard, N. (1994). *Perceptions comparées de famille d'adolescents suicidaires et non suicidaires à l'égard de la communication et du soutien parental*. [Mémoire de master, Université de Québec à trois rivières].

Simoes, T. & Da conceição, M. (2005). L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ?. *Bulletin de psychologie*, 5(479), 521-534

Smetana, J. G. (1989). Adolescents' and parents' reasoning about actual family conflict. *Child, Development*, 60, 1052-1067. DOI : [10.2307/1130779](https://doi.org/10.2307/1130779)

Tsala Tsala, J.-P. (2002). Adolescence et crise familiale en Afrique. Approche systémique d'un cas dans la famille camerounaise. In J.-Ph. Tsala Tsala (Ed.). *Santé mentale, Psychothérapies et sociétés*, 111-139.

Tsiele, C. (2021, 14 juillet). *Consommation de la drogue : 15% de jeunes touchés* [Société]. <https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/41191/fr.html/consommation-de-la-drogue-15-de-jeunes>

Winnicott, D. (1953). Transitional Objects and Transitional Phenomena. *Through pediatrics to psychoanalysis*, 8-97.

ANNEXES

Annexe 1: Autorisation de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

Faculté des Arts, Lettres et Sciences
Humaines

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
B.P 7011 Yaoundé (Cameroun)



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Faculty of Arts, Letters and Social
Sciences

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroon)

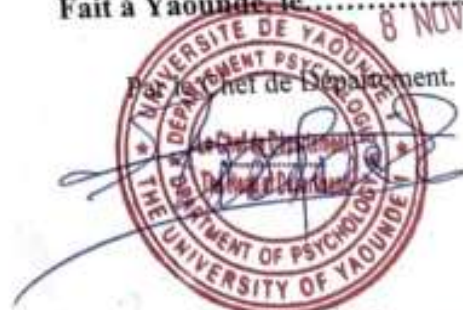
ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **EBALE MONEZE Chandel**, Chef du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiante **NGANDI SAMINDI Marie Noelle**, matricule **17Q508**, de Master II en Psychologie, option Psychopathologie et clinique, a libellé son sujet de recherche : « **Dysfonctionnement du lien familial et conduites addictives aux drogues chez l'adolescent.** ».

Ses travaux qui s'effectuent sous la direction du professeur **MAYI Marc Bruno** nécessitent une investigation sur le terrain.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 8 NOV 2023



Ebale Moneze Chandel
Professeur titulaire

Annexe 2: Demande de collecte des données

Yaoundé, le 08/01/2024

NGANDI SAMINDI
Marie Noelle
Psychologie, Master 2
696188077/ 651962504
ngandisamindi@gmail.com

Dr. Kemme Kemme
Médecin Addictologue
ONMC N° 6555

HÔPITAL CENTRAL DE YA
COURRIER ARRIVÉ

08 JAN 2024 S/N° 65

S/N° 201

Monsieur le Directeur Général de l'Hôpital Central de
Yaoundé.

Objet : Demande de collecte des données au centre « La vie ».

Monsieur,

Je viens très respectueusement auprès de votre haute bienveillance solliciter une autorisation de collecte des données au centre « La vie » pour la consolidation de ma problématique de recherche portant sur le **dysfonctionnement du lien familial et troubles liés à l'usage de drogues chez l'adolescent**.

En effet je suis étudiante de niveau V psychologie, option **Psychopathologie et Clinique** à l'Université de Yaoundé 1. Dans le cadre de mes études en cycle de recherche, je dois rédiger un mémoire sur une problématique y afférente.

Avec respect, je viens déposer cette demande dans le but d'obtenir votre approbation pour collecter les données auprès des adolescents présentant des troubles liés à l'usage de drogues, afin de parfaire mon étude dans ce domaine.

Je joins à ma demande les pièces suivantes :

- Un projet de recherche ;
- Une photocopie de ma carte d'étudiant.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer, monsieur le directeur l'expression de mes sentiments distingués.

L'intéressée :

Signature

Annexe 3 : Contenu des entretiens individuels

Corpus d'entretien de Dany

Cet entretien s'est déroulé dans la salle d'écoute du « centre la vie », le vendredi 19 janvier 2024 de 9h00 à 9h45 min.

Etudiante : Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. bien que je connaisse déjà ton nom, peux-tu te présenter une fois de plus ?

Dany : je m'appelle..., j'ai 17 ans et je suis ewondo. Je suis élève en classe de Terminale D, au complexe bilingue Jean Jaurès de simbock. Je suis chrétien catholique, je suis l'ainé d'une famille de 4 enfants (2 filles et 2 garçons).

Etudiante : vous vivez avec vos deux parents ?

Dany : avant oui. Mais maintenant il y'a de ça quelques années que je vis seulement avec ma mère et mes frères.

Etudiante : et votre père où est-il ?

Dany : il reste actuellement à Limbé.

Etudiante : d'accord. Comme vous le saviez mieux que moi, tu consultes au centre « La vie » pour consommation abusive des substances psychoactives notamment le cannabis et le tabac et l'alcool. Pouvez-vous m'en dire comment ça commencé ?

Dany : ça commencé en classe de première lorsque j'avais 15 ans, je me rappelle que c'était un de mes amis au quartier qui m'avait donné le cannabis et le tabac, il m'a proposé cela en me disant que ça aide à noyer les soucis. Quand j'ai pris ça puisque je n'étais pas habitué ça m'a menacé, mes yeux sont devenus rouges, mais après ça je me suis senti apaisé, libre d'esprit, réconforté.

Etudiante : je comprends. Comme c'était ta première fois de consommer tu peux me parler de ce qui t'a motivé ?

Dany : je peux dire que c'est mon ami et les problèmes de la famille. Parce que moi je ne connaissais rien, il m'a dit que si je consomme je vais oublier mes soucis, je vais me sentir bien. Du coup, j'ai décidé de me lancer dans cela. C'est depuis ce jour que mes consommations se sont multipliées et je n'arrive pas en m'en passer et me limité.

Etudiante : ok. Depuis ton enfance comment est ta relation avec tes parents ?

Dany : Pendant mon enfance tout se passait bien avec mes parents, on était unis, ils avaient du temps pour moi, on se s'entendait bien, il n'y avait pas de soucis, j'étais traité comme un prince, on ne m'interdisait pas beaucoup de chose. Je me rappelle que tout ce que je demandais, on me donnait. Pendant les temps de Noël j'avais plein de cadeau. Jusqu'à l'âge de 15 ans où tout a changé.

Etudiante : quand vous dites que tout à changer vous faites allusion à quoi ?

Dany : Ma relation avec mes parents n'est plus comme avant madame. Bref c'est un genre on ne s'entend plus bien surtout avec mon père.

Etudiante : y a- t-il un changement entre la manière dont on te traitait quand tu étais plus petit et l'âge à laquelle tu as commencé la consommation ?

Dany : oui madame. Cela fait déjà 3 ans tout à changer rien n'était plus comme avant. Mes parents ne me considèrent plus comme leur enfant, je suis traité comme un enfant du dehors, je ne ressens plus leur attention, ni les sentiments qu'ils avaient pour moi quand j'étais petit, quand j'ai mes problèmes je dois me battre de moi-même et moi je n'aime pas ça,

Etudiante : ok. Comment tu t'es senti au moment où ton père a quitté la maison ?

Dany : Très mal, parce que j'ai vu ma famille se disperser. Alors qu'en ce moment j'avais besoin de mon père et de ma mère ensemble parce qu'ils étaient mon modèle. Mais bon après j'ai compris que c'est la vie, tout peut arriver.

Etudiante : d'accord je comprends. Et avec ta mère comment ça se passe à la maison ?

Dany : ah avec ma mère c'est là je vais dire quoi. On ne dialogue pas trop, ma mère est du genre à vouloir prendre des décisions pour moi, elle m'interdit les balades, dès qu'elle me voit causer avec quelqu'un au quartier elle va me gronder. Elle est allée jusqu'à m'interdire de jouer au football. Pour elle, elle quand nous sommes assis au salon, s'il y a à manger, on mange, on ne cause rien d'important

Etudiante : d'accord je comprends.

Dany : en plus, avec elle tu n'as pas ton mot à dire, parce que tu es sous son toit et tu dois respecter tout ce qu'elle te dit. Même tes habits et tes chaussures c'est elle qui doit acheter elle ne va jamais te donner l'argent pour que tu l'achètes de toi-même. Elle croit que je suis encore enfant. Lorsque je suis en erreur elle va lancer des intrigues et me gronder devant mes petits frères et moi ça me dérange. Je ne suis plus un enfant.

Etudiante : et avec ton père comment ça se passe ?

Dany : ah il est là, on n'a pas trop de lien. Parce que quand il vient à la maison nous rendre visite il est toujours bizarre.

Etudiante : bizarre comment ? tu peux m'expliquer ?

Dany : il a ses humeurs, il aime seulement gronder. Tu ne peux pas t'approcher de mon père pour causer avec lui c'est impossible. Il va te lancer les paroles blessantes genre tu es un bandit, tu ne seras rien dans ta vie. Pire encore quand tu vas lui demander l'argent c'est grave. Il va te fouetter comme un enfant. Quand il vient seulement à la maison tu es frustré.

Etudiante : et comment faites- vous pour gérer toutes ces situations ?

Dany : déjà chez nous, tu devrais te battre de toi-même, pour faire face à tes problèmes, je ne savais pas comment faire face à toutes ces incompréhensions et la négligence de mes parents c'est pourquoi je me suis retrouvé dans les drogues.

Etudiante : je te comprends. Comment te sent tu après avoir consommé ?

Dany : quand je consomme je me sens bien j'oublie tous les soucis que je vis à la maison, je me sens léger, je suis tranquille, je me sens apaisé, j'oublie tout ce qui dérange ma

tête en fait madame, ça me permet de penser autrement. C'est un renfort qui me redonne espoir. Ça me calme vraiment.

Etudiante : que désires tu de la part de tes parents ?

Dany : j'aime vraiment mes parents et mon père me manque souvent, mais quand tu vis avec des parents séparés ce n'est pas facile. Je désire que mes parents se remettent ensemble, qu'il me donne de l'amour, de l'attention et de l'affection comme font d'autres parents pour leur enfant. Qu'ils me fassent sentir jeune comme les autres, qu'on me laisse la liberté de prendre mes décisions, qu'on me soutienne dans mes choix et que financièrement aussi qu'ils me soutiennent.

Etudiante : D'accord je pense qu'on peut arrêter là. Et rassure-toi encore, tout ce qu'on vient de se dire reste uniquement entre toi et moi. Merci Dany.

Dany : merci madame

Corpus d'entretien de Nico

Cet entretien s'est déroulé dans la salle d'écoute du « centre la Vie », le vendredi 19 janvier 2024 de 10h à 10h45

Etudiante : : Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Après que je vous ai expliqués l'objectif de cette étude et comme je connais déjà aussi ton nom, nous allons une fois commencer l'entretien.

Nico : d'accord

Etudiante : pour quelle raison es-tu venu consulter au centre la Vie ?

Nico : bon j'ai remarqué que je me droguais beaucoup, ça m'amenait des ennuis, j'avais des conflits avec la famille, moi-même je ne me sentais plus à l'aise dans les drogues. Et mes résultats à l'école sont devenus catastrophiques.

Etudiante : tu consommes de façon régulière depuis combien des années aujourd'hui ? et quels sont les substances que tu consommes ?

Nico : je suis entrée dans la drogue ça fait pratiquement trois ans aujourd'hui. Je consomme le cannabis, le tramadol et le tabac.

Etudiante : te rappelles tu de la première consommation ? À quel âge a-t-elle eu lieu et qu'est ce qui t'a motivé ce jour-là ?

Nico : oui ! la première fois que j'ai consommé j'avais 13ans. Ce sont les problèmes familiaux qui m'ont poussé à consommer. Comme je disais je suis le dernier de la famille je vivais avec ma mère avant l'âge de 12 ans tout se passait bien j'étais bien traité et aimé mais, à cause des situations financières je suis allé habiter avec mon oncle. Et depuis ce temps j'ai toujours l'impression d'être seul. A la maison je suis incompris, je suis mis à l'écart. Quand je voulais expliquer un problème on me gronde.

Etudiante : je vois. Et ton père ?

Nico : déjà mon père je sais qu'il vit mais je ne sais pas où. Il est quelque part dans la nature quand il pointe sa tête c'est seulement pour te gronder c'est son travail.

Etudiante : comment était ta relation avec ton oncle ? ça se passait bien ?

Nico : ah avec mon oncle c'était là, il me prenait toujours comme un fou à la maison, il me disait que je ne serai rien dans ma vie, ah, pourquoi tu ne peux pas faire comment les enfants des autres. Et moi dans ma tête quand on me disait ça je me demandais ce que j'ai pu bien faire pour mériter cela. Alors que je ne faisais rien de mal à la maison. Vu que je suis le seul garçon à la maison parmi ces 4 filles, il m'interdisait de jouer avec ses dernières parce que je suis un garçon.

Etudiante : d'accord

Nico : et quand je demande la permission pour aller jouer avec mes amis garçons. Il refuse soit disant que je vais rentrer tard et que mes amis sont des mauvaises compagnies. Alors que moi je voulais juste jouer au football. Pire encore quand tu lui demande une chose, il va te demander c'est pour faire quoi ? tu vas l'expliquer mais après il va toujours te refuser la chose. il va te dire zéro. Je me rappelle de la dernière fois où j'ai demandé l'argent il m'a traité de tous les noms, bandit, voleur et tout quoi.

Etudiante : je comprends

Nico : et avec lui, je n'avais pas l'occasion de m'exprimer sur mes besoins, tout ce que je faisais était toujours mauvais, tout ce que je demandais c'était un grand NON. Toute cette situation me mettait déjà mal à l'aise. J'ai décidé d'en parler à ma mère. Mais à cause de sa situation elle ne pouvait pas faire grande chose pour moi, elle m'a demandé de supporter. Celui qui m'a poussé à consommer c'est le petit frère de mon oncle. Il est venu à la maison on dormait dans la même chambre, ce dernier fumait. Quand j'ai demandais pourquoi il fume, en expliquant il m'a dit que ça le calmait, il était apaisé. J'ai donc essayé, sur le coup ça a marché, j'étais étourdi, j'ai oublié tous mes problèmes, tout allait bien. Après ce temps c'est devenu une routine je prenais chaque jour, chaque jour mais en cachette

Etudiante : d'accord. Malgré ce que tu traverses as-tu dialoguer avec ton oncle et ta mère ?

Nico : dans ma famille d'abord personne on ne communique pas, personne n'est à mon écoute. Mon oncle, ma mère, y compris mes frères et sœurs, ont tendance à m'imposer les choses, je dois seulement vivre comme ils veulent, je n'ai pas de choix à opérer. Quand tu vas t'approcher d'eux on va te dire soit quitte là, soit on va même te dire que je n'ai pas de temps pour écouter tes bêtises là. Et ma tête chauffait à tout moment à cause de ça

Etudiante : comment as-tu géré donc cette situation ?

Nico : comme la drogue m'aidait à aller mieux, à noyer mes soucis. Je m'enfonçais du jour au jour en recherchant la sensation de telle façon que quand je vais arriver à la maison même si on me balance n'importe quelle parole ça ne va plus me déranger, je vais m'évader, je ne pense plus trop à cela. C'est comme à que j'ai gravis les échelons, j'ai essayé des nouvelles drogues

Etudiante : si je comprends bien quand tu consommais tu étais à l'aise ?

Nico : oui, je me sentais libre, j'étais à l'aise, j'oubliais tous mes soucis, je me sentais dans la peau d'un autre, je voyais le monde différent. Je suis calme, je ne fais pas des bruits, je souris tout seul, je ne dérange pas comme les autres, je restais silencieux.

Etudiante : je vois.

Nico : ce qui me poussait à consommer plus c'est quand je réfléchis sur comment avoir quelque chose en sachant que quand je vais exposer ça là-bas devant on va bavarder dans mes oreilles. Comment faire et tout ça. C'était un moyen de fuir et même temps de réfléchir dans un autre sens sans garder rancune à quelqu'un.

Etudiante : qu'est ce vous reprochez à votre famille ?

Nico : ce que j'ai toujours voulu c'est ce que ma famille m'écoute. Je pensais que s'il m'avait écouté depuis mes 12 ans je ne serai pas entrer dans la consommation. Je voulais vivre comme un jeune de mon âge, genre sortir jouer le football, avoir l'argent des poches, pouvoir s'acheter des chaussures, des habits (chose que je n'ai jamais eu), je ne voulais pas me négliger. Je ne voulais pas la honte.

Etudiante : d'accord

Nico : en plus je depuis mes 12 ans je ne suis pas considéré comme un membre de la famille, on m'a négligé, je n'étais pas un jeune normal j'étais le fou ; tout ce qu'on savait faire c'est me grondé, m'insulté, m'imposé des choses comme choisir mes amis, l'école où je dois fréquenter, choisir mes styles d'habits ; et ne jamais répondre à ma demande, je n'ai jamais reçu une réponse favorable. Tout on peut être réunis autour d'une table mais personne ne parle à l'autre. Cela me mets mal à l'aise.

Etudiante : dans ta famille c'est chacun qui évolue comme il peut ou vous vous soutenez mutuellement ?

Nico : quand, tu as un problème personne ne te montre de l'affection, on va te juger, te condamner, te traiter de tous les noms, d'incapable, que ah tu n'es rien c'est seulement les mauvaises choses que tu connais faire. Je me rappelle qu'on avait convoquer mon oncle à l'école à cause de mes mauvaises notes. Après cela il à décider me renvoyer chez ma mère.

Etudiante : une fois retourné chez votre mère ça se passait bien ?

Nico : ah avec ma mère c'était là au lieu de me comprendre elle s'est mise de leur côté. Je ne pouvais pas demander une chose. Elle me rappelle toujours que c'est à cause de mon comportement là que mon oncle m'a ramené, je suis enfant têtue. Bref c'est là comme ça.

Etudiante : Ok ! je comprends parfaitement. C'est une période difficile pour vous, surtout avec une des parents qui ne comprennent pas que les enfants aussi grandissent et que on ne doit plus les traiter de la même manière. C'est justement pour ça que sert des études comme celle-ci. Car c'est à partir de ça que nous pouvons formuler des doléances au parents et mieux vous aider d'accord !

Nico : d'accord

Etudiante : D'accord je pense qu'on peut arrêter là. Et rassure-toi encore, tout ce qu'on vient de se dire reste uniquement entre toi et moi. Merci Nico.

Corpus d'entretien avec Willy

Cet entretien s'est déroulé dans la salle d'écoute du « centre la Vie », le vendredi 19 janvier 2024 de 11h à 11h45

Etudiante : : Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Après que je vous ai expliqués l'objectif de cette étude et comme je connais déjà aussi ton nom, nous allons une fois commencer l'entretien.

Willy : ok madame.

Etudiante : Comme tu le sais mieux que moi, tu consultes au centre « La vie » pour consommation abusive des substances psychoactives. Peux-tu me dire les substances que tu consommes et ce depuis combien de temps ?

Willy : je consomme le cannabis et le tabac depuis pratiquement deux ans aujourd'hui.

Etudiante : Te rappelles tu de la première consommation ? c'était où ?

Willy : oui madame. C'était au quartier.

Etudiante : peux-tu me dire ce qui t'a motivé à consommer ce jour ?

Willy : la curiosité. C'est un type-là qui m'a fait goutté le cannabis d'abord. Au début il m'a dit que c'était pour faire pousser les cheveux, un temps après il m'a dit que cela ça faisais oublier les problèmes, que quand tu prends tu te sens libre. Et moi aussi j'ai commencé à fumer.

Etudiante : d'accord je comprends. Après ta première consommation qu'est-ce que tu as ressenti ?

Willy : comme je n'étais pas un habitué, pour une première fois ça m'a menacé, je ne me sentais plus dans moi, mes yeux sont devenus rouges, j'avais des vertiges, ça m'a étouffé et après je me suis senti totalement libre, comme si un poids était quitté sur moi. Je me sentais léger.

Etudiante : ok. Qu'est ce qui t'a poussé à multiplier ta consommation jusqu'au point où tu ne peux plus t'en passer ?

Willy : en consommant, je cherchais toujours l'effet d'être libre, d'oublier mes problèmes, de me sentir léger la quantité que je prenais ne m'aidait plus trop il fallait que j'augmente pour avoir cet effet. Et je ne pouvais plus m'en passer

Etudiante : ok. Quand tu parles de tes problèmes tu veux dire quoi par là je ne comprends pas bien.

Willy : mes problèmes non, ce qu'on me fait, les problèmes d'argent et autres.

Etudiante : je comprends. Quand tu dis on te fait. Tu veux parler de qui ?

Willy : de ma famille

Etudiante : ok. Tu peux m'en parler plus sur ta relation avec tes parents depuis que tu es enfant ?

Willy : je vivais d'abord en famille à limbé avec mes deux parents. Tout se passait bien, on avait de très bonne relation jusqu'à ce que mon père décide nous envoyer ici à Yaoundé pour qu'on habite définitivement il y a 2 ans. Moi et mes frères et ma mère.

Etudiante : d'accord

Willy : arrivés ici à Yaoundé, ma mère a décidé quitter le pays pour aller au canada, elle nous a laissés seul ici. Nous sommes restés sans père et mère

Etudiante : et comment tu t'es senti devant cette situation ?

Willy : très mal, j'ai vu une partie de moi partir avec elle, je suis senti vide, j'avais mal je me sentais seul.

Etudiante : et quand elle est partie vous êtes en contact ?

Willy : oui. Elle nous appelait mais ce n'était pas comme quand elle était là. Ça avait changer.

Etudiante : comment ?

Willy : elle appelait beaucoup plus ma grande sœur pour demander comment on se comporte à la maison, avec moi on causait peu parce que ma grande sœur lui disait certaines choses que je ne faisais même pas et quand on me donne le téléphone pour demander cela quand je dis que n'est pas vrai et que je veux me justifier, ma mère va me gronder au téléphone, elle dit que je mens, alors que je dis la vérité et moi je n'aime pas ça. Ça me blesse

Etudiante : d'accord je te comprends

Willy : en plus à mon âge, ma mère veut choisir mes amis, le style des habits que je dois porter, les heures de mes sorties mais quand même elle oublie que je ne suis plus un enfant je peux faire cela de moi-même.

Etudiante : ok et avec ton père ?

Willy : ah avec mon père c'est là comme ça.

Etudiante : comment ?

Willy : comme je t'ai dit il travaille à Mamfé. Il n'habite pas ici avec nous.

Etudiante : il ne vous rend pas visite ?

Willy : il vient nous voir chaque weekend. Lui là quand il est là c'est comme s'il n'est même pas là

Etudiante : c'est-à-dire ?

Willy : mon père n'a jamais le temps, il montre qu'il est occupé par son travail, moindre chose c'est son travail. Il ne prend pas le temps pour causer avec moi, il ne sait même pas de quoi j'ai besoin.

Etudiante : je vois

Willy : tout ce qu'il connaît faire c'est de me grondé seulement, quand il vient à Yaoundé il contrôle tout, même dans ma chambre comme si j'étais un enfant. Si par hasard je

fais une bêtise alors, il va me rappeler ça toute ma vie, il ne peut pas te gronder une fois hein jamais. Il ne sait pas que tout le monde peut commettre des erreurs. Et en plus quand tu fais une erreur ça ne veut pas dire que tu vas répéter ça toute ta vie

Etudiante : ok

Willy : je me rappelle quand j'ai repris la classe de seconde si. Mon père voulait me tuer. A la maison je n'avais plus droit à la parole quand il venait nous voir. Moindre chose se sont les insultes seulement

Etudiante : uhum je vois

Willy : tout ce que tu fais est mauvais pour mon père. Pire encore quand tu vas lui demander l'argent. Il va te poser de ces questions que tu vas faire quoi avec ? quand tu vas lui dire il va dire que tu mens. Comme si moi je n'avais pas mes besoins. Par contre il peut toujours t'acheter même ce que tu ne veux pas.

Etudiante : je comprends. Face à cette difficulté que tu vis avec tes parents comment fais-tu pour t'en sortir ?

Willy : ah je suis là comme ça, je vais faire comment puisque personne de mes parents ne veut m'écouter cela cause en moi un trouble de confiance. Je reste dans mon coin comme je n'ai pas trop d'amis. Et la drogue m'aide à aller mieux, j'oublie tout ça. Souvent je ne pense même pas je suis seulement comme ça, je retrouve l'amour de mes parents

Etudiante : et quand tu prends la drogue comme ça quels sont les comportements qui les accompagnent ? es-tu violent ?

Willy : Non madame, je suis plutôt calme, je vois le monde autrement, je vois mes parents autrement, on m'a dit que je devenais souriant. Eh bon je suis dans mon coin tranquille.

Etudiante : d'accord je vois. Et pourquoi veux-tu arrêter ?

Willy : parce que ça me dérange et je sais que à long terme ça beaucoup de conséquences sur la santé comme le troubles de mémoire.

Etudiante : penses-tu que tes parents peuvent faire quelque chose pour t'aider à abandonner la consommation ?

Willy : oui. J'ai besoin du soutien de mes parents, parce que même à 40 ans tu as toujours besoin de tes parents on est jamais grand. Mes parents doivent aussi comprendre que à mon âge je sais déjà ce qui est bien et ce qui est mauvais, je peux déjà prendre mes décisions, je construire mon futur, eux ils ont déjà construit aussi pour eux.

Etudiante : veux-tu ajouter autre chose ?

Willy : on doit ajouter mon argent de poche, mes parents doivent rentrer, ils doivent avoir du temps pour moi, chacun doit être là pour écouter l'autre sans le juger, on doit faire les sorties familiales comme les autres familles qu'on voit ici dehors.

Etudiante : D'accord je te comprends je te remercie je pense qu'on va arrêter là. Je te rassure encore de la confidentialité de tout ce qu'on vient de se dire. Tu sais ce que tu viens de me dire nous permettra de t'aider à aller mieux.

Willy : Merci également madame

Corpus d'entretien avec Wendy

Cet entretien s'est déroulé dans la salle d'écoute du « centre la Vie », le mercredi, 31 janvier 2024 de 11h à 11h45 min

Etudiante : merci d'avoir participé à cette étude. Après que je vous ai expliqués l'objectif de cette étude et comme je connais aussi certaines informations te concernant, nous allons directement commencer l'entretien.

Wendy : ok j'ai compris.

Etudiante : alors Wendy depuis combien de temps consommes tu les substances psychoactives ?

Wendy : cela fait pratiquement deux ans que je consomme, j'ai commencé en 2022

Etudiante : d'accord je vois tu peux me dire comment tu as commencé à consommer ?

Wendy : c'était à l'école que j'ai goûté ça c'est un de mes camardes qui m'a donné ça. C'est lors de la journée coopérative je voulais aussi m'amuser comme tous les autres enfants et voir ce que ça fait. Je voulais juste aussi souler et libérer un peu ma tête et oublier mes soucis.

Etudiante : quand tu as pris la première fois comment tu t'es senti ?

Wendy : la première fois il m'a montré comment on fume, après avoir fait cela, je me suis étouffée, c'est après quelques minutes que j'ai ressenti que je n'étais plus dans moi, j'étais libre, j'avais oublié ce qui me dérange la tête

Etudiante : d'accord je vois donc c'est pour oublier les soucis. Et quand tu parles de soucis de quoi s'agit-il exactement ?

Wendy : les soucis que je traverse au quotidien, en fait à la maison ça ne donne pas vraiment. Je ne suis pas en bonne relation avec ma mère et son mari. Je ne m'entends pas avec eux. Parce que pour eux, je fais des choses avec lequel ils ne sont pas d'accord.

Etudiante : comme quelle chose par exemple ?

Wendy : pour eux, je ne dois pas avoir des amis à mon âge, dès qu'on me voit causer avec quelqu'un seulement on va me gronder, ils aiment m'imposer les choses même dans le choix de mes habits. Moi je n'aime pas cela.

Etudiante : d'accord je te comprends, pense qu'il y a changement dans la manière qu'on te traite depuis que tu es enfant jusqu'à présent ?

Wendy : non pas vraiment. Depuis que je suis enfant ça toujours été comme ça ; quand je vivais avec mon vrai père et ma mère je n'ai connu pas d'amour familial, j'ai vécu comme une orpheline. Je me rappelle en décembre, quand les enfants avaient les habits des fêtes moi je n'avais jamais. Et quand je partais demander, ils me grondaient même pour rien.

Etudiante : je vois. Et avec ton père ?

Wendy : ah mon père est là. Il est avec sa femme de l'autre côté, depuis quand j'avais l'âge de 7 ans il a quitté la maison. Je suis resté seulement moi et ma mère avant qu'elle ne se marie aussi.

Etudiante : et actuellement vous partagez des bonnes relations ?

Wendy : non, on ne cause même pas, quand je pars même souvent lui rendre visite, sa femme ne veut même pas me voir. Ça fait que moi je reste aussi dans mon coin, on ne communique pas

Etudiante : D'accord. Et quand tu es restée avec ta mère tout se passait bien ?

Wendy : oui, elle faisait de son mieux pour subvenir à mes besoins, on était bien, jusqu'à ce qu'elle se remarie. Quand elle s'est mariée j'avais 12 ans, elle est devenue imposante, elle ne me comprenait même plus, elle aimait seulement me gronder à tout moment, même pour ce que je n'ai pas fait. Je ne reconnais plus ma mère

Etudiante : ok comment est-ce que tu t'es senti devant cette situation ?

Wendy : très mal. Je ressentais une douleur en moi, c'est comme si je n'étais plus sa fille, elle m'interdisait beaucoup de choses avec l'accord de son mari. Même aller voir mes amis je ne devais pas aller.

Etudiante : est-ce que tu as essayé de causer avec elle par rapport à cela ?

Wendy : elle n'a pas le temps pour m'écouter. Elle s'énerve rapidement. Tu ne peux pas l'approcher pour lui parler de quelque chose, parce qu'elle va toujours te gronder, te taper même. Elle fait seulement ce qui est dans sa tête

Etudiante : je comprends. Face à cette difficulté comment fais-tu pour t'en sortir ?

Wendy : rien. Je suis tranquille dans mon coin et quand je consomme du cannabis j'oublie rapidement mes soucis. Ça me fait sentir autrement je suis bien dans ma peau, je suis libre d'esprit.

Etudiante : et quand tu consommes, es-tu violente ?

Wendy : non, je suis plutôt, calme, je suis dans mon coin, je ne dérange personne même quand on me gronde, je ne comprends pas, je suis dans mon monde à moi, je les regarde seulement je me dis que c'est leur problème

Etudiante : et pourquoi veux-tu arrêter cela ?

Wendy : j'ai vu que ça me dérange déjà, je n'arrive plus bien à retenir mes leçons et j'ai lu aussi que à long terme ça beaucoup de conséquences

Etudiante : et pense-tu que tes parents peuvent t'aider à arrêter cela ?

Wendy : oui, surtout ma mère, parce que mon père je sais déjà qu'il n'a pas mon temps, ma mère doit me comprendre, elle doit m'aimer comme avant, me soutenir dans mes décisions, me faire sentir jeune comme les autres enfants, elle doit me donner l'argent de poche, parce que à mon âge je sais déjà ce qui est bien et mauvais.

Etudiante : d'accord

Wendy : elle doit savoir que je ne suis pas un enfant, je dois faire mes décisions, je dois construire ma vie, elle aussi elle a déjà construit sa vie. Imaginez si elle aussi ses parents lui avaient fait comme ça aussi

Etudiante : je comprends

Wendy : et aussi, on doit retrouver notre relation d'avant, mère et fille, qu'elle me comprenne quand je lui dis quelque chose, qu'on fasse des sortis en famille, même avec son mari aussi ça ne me dérange pas.

Etudiante : ok. Je pense que nous allons arrêter là, avez-vous quelque chose à ajouter ?

Wendy : non, je pense que j'ai déjà tout dit. Je n'ai plus rien à ajouter

Etudiante : d'accord. Je vous remercie, je te garantis de l'aspect confidentiel de tout ce que tu m'as dit. Ces informations nous seront utiles pour t'aider à aller également mieux.

Wendy : merci également à vous.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTES DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ANNEXES.....	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
0.1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	2
0.2- POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME.....	6
0.3- QUESTION DE RECHERCHE	10
0.4- OBJECTIF DE L'ETUDE.....	10
0.5- BUT DE L'ETUDE.....	11
0.6- INTERET DE L'ETUDE	11
0.6-1. Intérêt scientifique.....	11
0.6-2. Intérêt social	11
0.7- DELIMITATION THEMATIQUE ET EMPIRIQUE DE L'ETUDE	12
0.8- DEFINITION DES CONCEPTS CLES DE L'ETUDE.....	12
0.8-1. Lien.....	13
0.8-2. Conduites addictives ou Addiction	13
0.8-3. Drogue.....	14
0.8-4. Adolescent.....	15
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE	16
CHAPITRE 1 : ADOLESCENCE ET CONDUITES ADDICTIVES.....	17
1.1- ADOLESCENCE	18
1.2- ADOLESCENCE : UNE ETAPE DE DEVELOPPEMENT PHYSIOLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.....	19
1.2.1- Le modèle physiologique de la compréhension de l'adolescence : la puberté.....	19
1.2.1.1- Physiologie de la puberté.....	20
1.2.1.2- Le développement des caractères sexuels	21
1.2.1.2.1- Chez la fille	21

1.2.1.2.2- Chez le garçon.....	22
1.2.1.2.3- Dans les deux sexes	23
1.2.2- Les remaniements psychologiques à l'adolescence.....	23
1.3- LE MODELE PSYCHANALYTIQUE : LES PRINCIPAUX ASPECTS DYNAMIQUES DE L'ADOLESCENCE	24
1.3.1- L'excitation sexuelle.....	24
1.3.2- La problématique du corps	25
1.3.3- L'adolescence et problématique œdipienne	26
1.3.4- Les moyens de défenses à l'adolescence	28
1.4- LE MODELE COGNITIF	31
1.4.1- La pensée formelle.....	32
1.4.2- Le système combinatoire	33
1.4.3- Le groupe INRC	34
1.5- SPECIFICITE DE L'ADOLESCENCE EN CONTEXTE CAMEROUNAIS	35
1.5.1- Approche conceptuelle juridique de l'adolescence au Cameroun.....	35
1.5.2- Vulnérabilité de l'adolescent Camerounais selon Tsala Tsala	36
1.5.3- Culture et Adolescence au Cameroun	38
1.6- LES CONDUITES ADDICTIVES	39
1.6.1- Contexte historique et définitions des conduites addictives	39
1.6.2- LES ADDICTIONS EN PSYCHANALYSE ET PSYCHIATRIE DU DSM	41
1.6.3- CRITERES ET TYPOLOGIE DES ADDICTIONS	46
1.7- ADDICTIONS ET STRUCTURE PSYCHIQUE	50
1.8- CONDUITES ADDICTIVES A ADOLESCENCE	51
1.8.1- Les processus psychiques à l'adolescence, vecteurs d'addiction	52
1.8.2- Les facteurs susceptibles de pouvoir générer des conduites addictives pendant l'adolescence.....	53
1.8.2.3. Les facteurs liés aux produits	54
1.9- VOIES D'ADMINISTRATION ET MODES DE CONSOMMATION DES DROGUES A L'ADOLESCENCE.....	55
1.9.1- Voies d'administration	55
1.9.2- Modes de consommation des drogues	55
1.10- LES CONSEQUENCES DE LA CONSOMMATION DES DROGUES SUR LES ADOLESCENTS.....	56
1.11- AUTRES PERSPECTIVES EN PSYCHOPATHOLOGIE DES ADDICTIONS.....	57

1.11.1- Addiction comme créativité.....	57
1.11.2- L'addiction comme « néo-besoin », quête d'excitation et déficit homéostatique de l'appareil psychique	58
1.11.3- Addiction : défaut de l'autoérotisme	59
CHAPITRE 2 : PERSPECTIVES SUR LE LIEN	61
2.1- LIEN : DEFINITIONS.....	62
2.1.1- Le concept de lien en tant que Liaison	62
2.1.2- Le concept de lien en tant que Relation.....	65
2.2- L'INTERSUBJECTIVITE DANS LE LIEN	66
2.2.1- Les différentes conceptions de l'intersubjectivité	66
2.2.2- Intersubjectivité et constitution de soi : L'autre comme miroir	69
2.3- LES ALLIANCES INCONSCIENCES	71
2.4- LE CONTRAT NARCISSIQUE.....	72
2.4.1- Le point de vue Freud.....	72
2.4.2- Le point de vue d'Aulagnier	72
2.4.3- Le point de vue de Kaës	75
2.5- LES FORMATIONS METAPSYCHIQUES.....	77
2.6- TYPOLOGIES DES LIENS DANS LA LITTERATURE	78
2.6.1- Le lien familial.....	78
2.6.2- Le lien de couple ou d'alliance.....	82
2.6.3- Les liens narcissiques	82
2.6.4- Le lien social.....	83
2.7- LE LIEN DANS LES INSTITUTIONS OU LIEN INSTITUTE.....	83
2.7.1- Définition de l'institution	83
2.7.2- Les types d'institutions.....	84
2.7.3- Les principes fondateurs des liens institués.....	84
2.7.4- Les dimensions de l'institution.....	84
2.7.5- Les fonctions de l'institution	85
2.8- SOUFFRANCES DANS LES LIENS INSTITUTIONNELS	86
PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	88
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE	89
3.1- RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE	90
3.2- HYPOTHESES DE L'ETUDE	91
3.2.1- Hypothèse générale.....	91

3.2.2- Hypothèses de Recherche	96
3.3- SITE DE L'ETUDE	96
3.3.1- Justification du choix de l'hôpital central de Yaoundé (HCY)	96
3.3.2- Présentation de l'HCY	97
3.3.3- Présentation du Centre « La Vie » de l'HCY	99
3.4- POPULATION ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS	100
3.4.1- Population.....	100
3.4.2- Critères de sélection des participants.....	100
3.4.3- Les caractéristiques des participants.....	101
3.5- TYPE DE RECHERCHE : recherche qualitative	102
3.6- METHODE DE RECHERCHE : méthode clinique	102
3.6.1- L'étude de cas.....	103
3.7- TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES : entretien semi-directif	104
3.8- INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES : Guide d'entretien	105
3.8.1- Le guide d'entretien.....	105
3.9- DEROULEMENT DES ENTRETIENS	106
3.10- TECHNIQUES D'ANALYSE DES ENTRETIENS : analyse de contenu thématique	107
3.11- CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	109
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	110
4.1- PRESENTATION DES PARTICIPANTS	111
4.1.1- Dany.....	111
4.1.2- Nico	112
4.1.3- Willy.....	113
4.1.4- Wendy.....	114
4.2- ANALYSE DES DONNEES	115
4.2.1- L'altération des alliances psychiques inconscientes constitutives du lien	115
4.2.2- La souffrance dans le lien familial	118
4.2.3- Le trouble de la relation dialogique entre l'adolescent et ses parents	120
4.2.4- Le défaut des garants métapsychiques, du cadre familial	122
4.2.5- Les conduites addictives aux drogues	123
4.2.6- synthèse des cas	124
CHAPITRE 5 : INTERPRETATION DES RESULTATS, DISCUSSION ET PERSPECTIVES	126

5.1- RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES ET EMPIRIQUES.....	127
5.1.1- Rappel des données théoriques.....	127
5.1.2- Rappel des données empiriques.....	128
5.2- INTERPRETATION DES RESULTATS.....	129
5.2.1- De l'altération des alliances psychiques constructives du lien aux conduites addictives aux drogues chez l'adolescent	130
5.2.2- De la souffrance dans le lien familial aux conduites addictives aux drogues chez l'adolescent	133
5.2.3- Du Trouble dialogique (communication) à l'autre aux conduites addictives aux drogues chez l'adolescent	135
5.2.4- De la défaillance des garants métapsychiques (garants du cadre) aux conduites addictives aux drogues chez l'a adolescent	138
5.3- DISCUSSION, IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	139
5.3.1. Discussion des résultats	139
5.3.2- Implications	143
5.3.3- Perspectives	145
CONCLUSION GENERALE	146
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	150
ANNEXES	ix