

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET  
SCIENCES HUMAINES

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Laboratoire de Psychologie du Développement  
et du Mal développement

\*\*\*\*\*



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

THE FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

POSTGRADUATE SCHOOL FOR  
THE SOCIAL AND  
EDUCATIONAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH AND  
TRAINING UNIT FOR THE  
SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

Laboratory of Development and Poorly  
Development Psychology

\*\*\*\*\*

# L'INCIDENCE DE LA FAMILLE DE L'ADOLESCENT TOXICOMANE SUR L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE.

*Thèse rédigée et présentée en vue de l'obtention du Doctorat /Ph.D en Psychologie*

*Spécialité : Psychopathologie et Clinique*

Par

**TCHONKO WESSIDJAM Léon**

*Master en Psychopathologie et clinique*

**Mle 92L612**



Sous la direction de :

**Marc Bruno MAYI**

Professeur des Universités

Université de Yaoundé I

Janvier, 2022

A

*ma mère, Yani Hélène, et tous les enfants du monde,  
qui connaissent la souffrance et la misère dès leur  
tendre âge, dont la détresse est leur lot quotidien, la  
joie et le bonheur un rêve lointain, et la lutte pour la  
survie un leitmotiv.*

# Sommaire

DEDICACE.....	I
SOMMAIRE .....	II
REMERCIEMENTS.....	IV
LISTES DE TABLEAUX ET FIGURES .....	VI
FIGURES .....	VII
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	XI
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE DE REFERENCE .....	6
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE .....	7
1.1. Contexte et justification de l'étude.....	7
1.2. État de la question .....	16
1.3. Formulation du problème et question de recherche .....	20
1.4. Formulation des hypothèses .....	27
1.5. But, objectifs et interets de l'étude.....	28
CHAPITRE 2 : PERSPECTIVES SUR LA FAMILLE.....	31
2.1. Famille: esquisses en definition .....	31
2.2. Les types de familles .....	34
2.3. Famille et institutions familiales .....	40
2.4. Conceptions de la famille.....	43
2.5. Quelques perspectives en psychopathologiques de la famille .....	50
2.6. Incidence individuelle des causes familiales.....	72
2.7. Enfance et adolescence.....	76
CHAPITRE 3 : FAMILLE ET PATHOLOGIE.....	88
3.1. Famille et lien.....	88
3.2. Risque de retour a un « Gouvernement de population » .....	119
3.3. Famille et échange relationnelle entre membres .....	121
3.4. Perspectives sur les attachements et les liens dans des cadres familiaux.....	138
3.5. Aborder la famille comme groupe et système.....	144
CHAPITRE 4 : TOXICOMANIE .....	164
4.1. Définitions.....	164

4.2. Les substances psychoactives et leur typologie .....	166
4.3. Toxicomanie et physiologie .....	168
4.4. Toxicomanie comme fléau social.....	177
4.3. Toxicomanie et culture.....	199
CHAPITRE 5 : METHDOLOGIE DE L'ETUDE.....	203
5.1. Rappel de la question de recherche et description de l'hypothèse générale .....	203
5.2. Centres d'intérêts de l'étude.....	206
5.3. Instruments de l'étude : l'entretien.....	206
5.4. Démarche explicite du travail de recherche .....	210
5.5. Techniques et outils systémiques .....	222
5.6. Procès verbaux de la rencontre et l'interprétation des résultats .....	224
5.7. Population et le contexte de l'étude .....	224
CHAPITRE 6 : PRESENTATION DES CAS ET ANALYSES DES PROFILS AUX ENTRETIENS.....	226
6.1. Présentation du cas Idriss .....	226
6.2. Présentation du cas Nathan .....	235
6.3. Présentation du cas Daniel .....	243
6.4. Présentation du cas Ismaël .....	253
6.5. Présentation du cas Kevin .....	261
6.6. Présentation du cas Jean Didier.....	269
6.7. Présentation du cas de Yannick.....	279
CHAPITRE 7 : PERSPECTIVES D' INTERPRETATION DES CAS ET DISCUSSION ..	287
7.1. Les donnees et leurs analyses.....	287
CONCLUSION GENERALE .....	331
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	331
ANNEXES .....	331
INDEX DES MOTS.....	331
INDEX DES AUTEURS .....	331
TABLE DES MATIERES .....	331

## Remerciements

Au terme de ce travail nous remercions le Professeur Mayi Marc Bruno, Chef du Département de l'Education Spécialisé à la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé 1, qui a dirigé ce travail.

Nous sommes également reconnaissants envers le Chef du Département de Psychologie, le Professeur Tsala-Tsala Jacques-Philippe et tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé 1, pour leur contribution à notre formation.

Nous disons particulièrement merci au Professeur EBALE MONEZE Chandel pour tous les encouragements et sa disponibilité à nous accompagner dans cette recherche.

Nous sommes aussi tout reconnaissants à Madame le Professeur Obama Ondoua Marie Thérèse, Ministre de la Promotion de la Femme et de la Famille pour, ses encouragements et son soutien moral aux efforts de recherche.

Que trouvent ici l'expression de notre gratitude,

- Monsieur MAKOHE Amoss, Psychopathe Clinicien et conseiller d'orientation scolaire en service au lycée de Tombel, pour son amitié, son soutien et ses encouragements constants.
- Monsieur SONG Esaï Frédéric, Ph.D en Psychopathologie et Clinique, en service à la division des affaires académiques de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I
- Monsieur ZAMBO EBE Yves François, Ph.D en Ingénierie de l'Education, en service à la Chambre des Comptes et Enseignant Vacataire à la Faculté des Sciences de l'Education, au Département de l'Education Spécialisée.
- Monsieur TOKO Ambroise pour ses précieux appuis documentaires et ses encouragements pour la réalisation de cette thèse.
- Messieurs ATANGANA Vincent Paul, Chef de service de la vulgarisation du Genre, au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, pour les conseils et sa disponibilité revisiter mes analyses tout au long de nos travaux avec les adolescents et leurs familles.
- Nos Collègues, pour leur disponibilité à nous suppléer dans notre travail et pour le soutien moral qu'ils nous ont apporté dans le cadre de la présente recherche.

Nous pensons aussi aux sujets de notre étude et leurs parents pour leurs acceptations et leurs participations à cette recherche.

Que ceux de ma famille trouvent ici tout notre ressenti pour la qualité de leur accompagnement, leur sollicitations et encouragements. Particulièrement, mes sœurs SYO Josephine, WEBOU Bernadette, mon frère Tiankam Charles, mon épouse Mme TCHONKO née BISSONG Becky ETA, et nos enfants, EGBE Arrey ETANG, Peace TCHONKO, et YANI Martha TCHONKO.

A tous nos camarades avec lesquelles nous avons eu l'honneur de cheminer pendant toutes ces années de dur labeur, nous disons très sincèrement merci.

## Listes de tableaux

<i>TABLEAU 01. TYPOLOGIE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES</i> .....	167
<i>TABLEAU 02. TABLEAU FACTORIEL DE L'HYPOTHESE GENERALE</i> .....	205

## Liste des figures

<i>FIGURE 01 CIRCUIT DOPAMINERGIQUE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES .....</i>	<i>171</i>
--	------------



## Résumé

La présente thèse intitulée « incidence de la famille de l'adolescent toxicomanes sur l'efficacité thérapeutique » part du constat selon lequel les parents d'adolescent en situation d'addiction aux substances psychoactive sont très souvent dans le désarroi et ne sont pas souvent impliqué dans le processus thérapeutique. Les approches thérapeutiques sont de façon systématique centrée sur le patient. Du moins, les familles ne sont pas toujours associées aux prises en charge thérapeutique. Pourtant la fonction parentale symbolique joue un rôle capital chez l'adolescent dans son processus de socialisation et sa construction identitaire. Ceci étant, la prise en charge thérapeutique des adolescents en situations de dépendance aux substances psychoactives tel que, le cannabis, la cocaïne, l'héroïne etc. orientée vers l'abstinence, le sevrage, ou la consommation contrôlée, via la thérapie familiale systémique est l'objet sur lequel a porté notre attention. Notre problème est donc celui de la spécificité de la corrélation d'approche thérapeutique susceptible d'exister dans l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique. L'évocation d'une corrélation transparente entre la famille et la consommation des substances psychoactives nous amène à questionner le rôle de la famille dans la thérapie de l'addiction. Aussi, la question à laquelle nous essayons de répondre dans ce travail est la suivante : *comment la famille de l'adolescent toxicomane peut-elle avoir une incidence sur l'efficacité thérapeutique ? Autrement dit, comment l'action thérapeutique peut-elle être influencée par la famille de l'adolescent toxicomane ?* Ce questionnement nous a conduits à la formulation de l'hypothèse Générale suivante : *l'implication de la famille de l'adolescent toxicomane dans le processus de soins, va améliorer l'efficacité thérapeutique.*

Sur la base de cette Hypothèse Générale (HG), nous avons formulé les Hypothèses spécifiques (H1 et H2) suivantes :

*H1- L'implication des membres de la famille comme partie prenante des soins de l'adolescent toxicomane va favoriser le travail thérapeutique sur l'adolescent.*

*H2- Les interactions mises en jeux par le thérapeute au cours des soins de l'adolescent toxicomane vont favoriser le travail thérapeutique sur l'adolescent.*

En nous appuyant sur la théorie des transactions familiales version structurale de Minuchin (1974, 2005), nous avons suivi la démarche clinique selon le modèle de la thérapie familiale structurale de Minuchin que nous avons appliquée auprès de sept adolescents en situation d'addiction et leur famille suivant l'échantillonnage par choix raisonné. Nous avons ainsi examiné l'hypothèse de cette recherche à travers les entretiens semi directifs, et avons abouti, après l'analyse et l'interprétation des résultats à la conclusion selon laquelle la participation des parents d'adolescent toxicomane au processus de traitement optimise l'efficacité thérapeutique et produit un effet bénéfique chez le patient et chez chacun des membres de sa famille. Autrement dit, une implication des parents d'adolescents toxicomanes dans le processus thérapeutique donne une satisfaction du point de vue de la prise en charge thérapeutique des adolescents en situation d'addiction aux substances psychoactives.

A la faveur de ce résultat, nous pouvons par ailleurs envisager un présupposé théorique qui consisterait en l'idée qu'un élargissement thérapeutique est plus aisément adapté pour la prise en charge des patients en favorisant une catharsis familiale avec les membres de la famille qui généralement se prêtent aux prises en charge thérapeutiques groupales ou collectives. C'est dans cette perspective que les thérapies familiales systémiques ont été envisagées. Aussi, cette étude peut s'inscrire dans une voie nouvelle de recherches sur la problématique métafamiliale en approche systémique de soin.

**Mots clés :** Adolescent. Famille. Thérapie. Toxicomanie.

## Abstract

The present thesis entitled "The impact of family of adolescent substance abusers on therapeutic effectiveness" is based on the observation that parents of adolescents with substance abuse problems are very often distressed and not often involved in the therapeutic process. Therapeutic approaches are systematically patient-centred. At least, the families are not always involved in the therapeutic process. Yet the symbolic parental function plays a crucial role in the adolescent's socialisation process and identity construction. This being the case, the therapeutic management of adolescents in situations of dependence on psychoactive substances such as cannabis, cocaine, heroin, etc., oriented towards abstinence, withdrawal or controlled consumption, via systemic family therapy, is the object of our attention. Our problem is therefore that of the specificity of the correlation of therapeutic approach that may exist in the impact of the family of the drug-addicted adolescent on therapeutic effectiveness.

The evocation of a transparent correlation between the family and the use of psychoactive substances leads us to question the role of the family in addiction therapy. Therefore, the question we try to answer in this work is the following: how can the family of the addicted adolescent have an impact on the therapeutic effectiveness? In other words, how can the therapeutic action be influenced by the family of the addicted adolescent? This questioning led us to formulate the following General Hypothesis: the involvement of the family of the adolescent drug user in the care process will improve therapeutic effectiveness.

On the basis of this General Hypothesis (GH), we formulated the following Specific Hypotheses (H1 and H2):

H1- The involvement of family members as stakeholders in the care of the adolescent drug user will enhance the therapeutic work on the adolescent.

H2- The interactions brought into play by the therapist during the care of the adolescent drug addict will favour the therapeutic work on the adolescent.

Based on the structural version of family transaction theory of Minuchin (1974, 2005), we followed the clinical approach according to Minuchin's structural family therapy model, which we applied to seven adolescents in an addiction situation and their families, using purposive sampling. We examined the hypothesis of this research through semi-structured interviews and, after analysis and interpretation of the results, came to the conclusion that the participation of the parents of adolescent drug addicts in the treatment process optimises therapeutic effectiveness and produces a beneficial effect on the patient and on each of the members of his family. In other words, involving the parents of adolescent drug users in the therapeutic process gives satisfaction from the point of view of the therapeutic management of adolescents with substance abuse problems.

In view of this result, we can also envisage a theoretical presupposition which would consist of the idea that a therapeutic extension is more easily adapted to the care of patients by favouring a family catharsis with family members who generally lend themselves to group or collective therapeutic care. It is in this perspective that systemic family therapies have been considered. Thus, this study may be part of a new line of research on the metafamily problematic in a systemic approach to care.

**Key words:** Adolescent. Family. Therapy. Drug addiction.

## **Sigles et abréviations**

BPCO : Bronchopneumopathies Chroniques Obstructives

CDC: Centers for Disease Control

CEP : Certificat Elémentaire Primaire

CEDEAO : Communauté Economique des États de l’Afrique de l’Ouest

CNLCD : Comité National de Lutte Contre la Drogue

CSAT: Center for Substance Abuse Treatment

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l’Appel de Préparation à la Défense

FARC : Forces Armées Révolutionnaires de Colombie

FSN: Family Support Network

GHB: Gamma hydroxybuturate

HG : Hypothèse de Recherche

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OFDT: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OICS : Organe International de Contrôle des Stupéfiants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUDD : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

QR : Question de Recherche

SIDA : Syndrome d’Immunodéficience Acquis

THC: Tétrahydrocannabinol

TMF : Thérapies Multifamiliales

VD : variable Dépendante

VI : Variable Indépendante

## **INTRODUCTION GENERALE**

Le contexte socio-économique du Cameroun laisse les familles dans une précarité où les rôles régaliens de celles-ci, à savoir éduquer, nourrir, et soigner ses membres sont fragilisés et la jeunesse en générale et les adolescents en particulier font face à la toxicomanie (drogue et alcool), le Sida (syndrome d'immunodéficience acquise), les IST (infections sexuellement transmissibles), la délinquance, la pédophilie, la maltraitance, les sectes, le trafic des enfants et la précarité.

En effet, autour des années 1990, le Cameroun a connu une crise économique qui a laissé des séquelles encore présentes aujourd'hui. La précarité socio-économique aujourd'hui ne permet plus aux familles d'avoir un contrôle adéquat sur la vie des adolescents. La majorité des familles au Cameroun vit sous le seuil de pauvreté extrême par conséquent les jeunes et les adolescents qui devraient en réalité être sous la surveillance des parents en famille et sous celles des éducateurs en milieu scolaire, échappent à tout contrôle et autorité ce qui ouvre une grande porte aux comportements répréhensibles de toutes sortes et à la consommation des drogues des plus douces aux plus dures. Cette situation prend une tournure bien dramatique d'autant plus que la famille, noyau social, tend à ne plus offrir à l'enfant ou à l'adolescent le minimum de sécurité nécessaire à son épanouissement. Devant la prolifération des divorces ou de ces familles instables qui gagnent notre espace vital, il y a vraiment lieu de s'interroger sur le sort de l'adolescent et l'on sait qu'il n'y a pas de société stable sans familles stables. Cet état de chose modifie le rapport des sujets à leur environnement physique, et amène beaucoup de parents au relâchement de leur fonction auprès des adolescents. Or l'adolescent a besoin d'être surveillé, encadré et accompagné pour mieux se développer et se socialiser. Cela explique l'intérêt manifesté envers toute étude dont le but ou l'ambition est de mieux connaître les personnes victimes des addictions de toutes sortes. D'où l'intérêt de cette recherche qui se penche sur l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique.

On se rend compte à l'approche de ce qui vient d'être annoncé de l'importance de la famille. En effet, la famille, premier milieu de socialisation de l'enfant et selon la formule consacrée, elle est « la cellule première de la société ». C'est en famille que l'enfant intègre les tous premiers éléments de socialisation (partage, acceptation de l'autre, permis/interdit, etc.). Cela signifie qu'elle est incontestablement un premier milieu de socialisation de l'enfant, à la source de l'identité de ce dernier et de sa perception du monde et de ses comportements. Par ailleurs, il nous apparaît évident que l'adolescent reste de plus en plus exposé aux souffrances et aux déchirements intérieurs causés par l'instabilité parentale. La

société actuelle bascule lorsque les familles se désagrègent ou du moins sont instables. Elle doit prendre conscience de l'importance réelle de la fonction parentale, ce d'autant plus que l'enfant d'aujourd'hui est l'adulte de demain. Nous voulons inviter la société toute entière et les familles en particulier à une prise de conscience des changements qui s'opèrent dans la vie de leurs enfants pendant l'adolescence et d'importance de leur place dans le processus thérapeutique de leurs enfants en situation de consommation des substances psychoactives. Aussi, cette étude permettra-t-elle de mieux comprendre les problèmes liés à la place de la famille chez l'adolescent, et pourrait contribuer à une meilleure prise en charge thérapeutique des adolescents toxicomanes. Ces constats témoignent en ce sens, des travaux de psychologie sur le rapport entre la famille et la consommation des stupéfiants. Ceux-ci confirment le rôle de la famille dans la genèse de la consommation des stupéfiants des adolescents, et indiquent qu'un défaut de socialisation à la base par la famille prédispose à un comportement délictuel ou déviant au moment où l'enfant cherche à confirmer son identité (sociale, personnelle et sexuelle), c'est-à-dire à l'adolescence. Déjà, en 2016 pendant nos travaux de recherche en Master sur le sujet « *Thérapie de groupe et retablisement des liens familiaux. Etude de cas des couples vivant avec le VIH/SIDA* » nous avons pu expérimenté et confirmé que la sphère familiale est capitale pour tout individu tant dans son processus de socialisation que celui sa reconstruction mentale, avec une forte influence du niveau et de la qualité des relations et transactions intrafamiliales.

Demeurant sensible à l'analyse des différentes approches thérapeutiques, dans le présent travail, notre perspective en recherche est de psychothérapie systémique. La thérapie systémique se différencie des autres thérapies, dans le sens où elle considère l'individu dans son environnement (dans un ensemble de systèmes, un écosystème) et a, de ce fait, une vision plus élargie qui aide le thérapeute dans le traitement de son patient. Et qui peut prendre en considération l'ensemble des relations dans la famille et les aspects subtils, tels que les aspects éducation, religion familiale, mythologie, secret familial.

Les considérations ci-dessus rendent compte de ce que lorsque le trouble psychique au-delà des troubles d'humeur ou des incompatibilités légères atteint un membre de la famille, l'ambiance familiale peut devenir énormément stressante. Que la personne atteinte soit un fils, une fille, un mari, une femme, un frère ou une sœur. Si les symptômes psychiques empêchent le développement harmonieux du groupe et que les thérapies individuelles ont échoué, il peut être utile d'envisager le problème à partir de l'ensemble des membres du groupe avec une thérapie familiale. Cette pratique permet d'analyser de façon « *écosystémique* » les relations

croisées dans la famille, observer et faire émerger des solutions aux rapports de force et les conflits. Car chaque situation est unique et parfois complexe : par exemple, un père a consulté pour ses accès de violence, mais il s'avère après analyse qu'à l'insu de tous, il a été désigné par les membres de sa famille pour masquer un dysfonctionnement du groupe. La thérapie familiale met justement en exergue l'ensemble des ressources familiales, tant du côté des parents que de celui des enfants, et qui pourra être mis en œuvre pour soulager des symptômes de l'ensemble des membres.

Il convient de préciser que les approches systémiques permettent de mettre en lumière les difficultés liées aux problèmes de communication, aux troubles de l'attention, aux maladies, aux addictions diverses, aux comportements violents, aux problèmes culturels, aux troubles de la sexualité, aux problèmes financiers, au burnout (fatigue au travail), etc. Sur ce point l'approche systémique que nous appliquons depuis des années d'exercice dans le cadre de l'encadrement et de l'accompagnement des familles en situation de vulnérabilité et de détresse psychosociale au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF) nous semble d'actualité alors qu'il est question de saisir le sens des conduites addictives chez les adolescents vivant en milieu familial.

Gardant en toile de fond l'idée que la personnalité de l'être humain est marquée en profondeur, soit positivement, soit négativement par la qualité des expériences infantiles, par les qualités relationnelles, et de façon encore plus déterminante par les attitudes parentales. Celles-ci sont décisives quant au sens de l'orientation que peut prendre la personnalité de l'enfant vis-à-vis de monde environant.

Nous avons menés cette étude auprès de sept adolescents âgés de 16 à 17 ans vivant en milieu familial, dont six scolarisés et un en décrochage scolaire. Il était question pour nous d'explorer la spécificité de la corrélation d'approche thérapeutique susceptible d'exister dans l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique. En effet, le thème central de cette recherche se s'appuie sur le quadritique « Famille-Adolescent, Toxicomanie-Thérapie ».

Cette thèse s'est articulée autour de deux parties qui sont, le « *Cadre théorique et de référence* » et le « *Cadre méthodologique et opératoire* », structurée en sept chapitres.

Dans la première partie, sont présents le chapitre 1 « Problématique de l'étude » dans laquelle nous présentons entre autres, le contexte justificatif de l'étude et le problème de la



recherche, le chapitre 2 « Perspectives sur la famille » qui insiste sur la famille dans ses différentes perspectives, le chapitre 3 « Famille et pathologie » dans lequel nous insistons sur les différentes sur différentes pathologie en rapport avec la famille, le chapitre 4 « Toxicomanie » et qui revient sur les questions relatives à l'addiction et aux dépendances aux substances psychoactives.

La deuxième partie comprend les chapitres 5 (« Méthdologie de l'étude »), 6 (« Présentation des cas et analyses des profils aux entretiens »), et 7 (« Perspectives en interprétation de deux cas types »).

**CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE DE  
REFERENCE**

## CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, il sera essentiellement question de présenter et préciser les éléments sur lesquels se fondent le présent travail. Pour être plus précis, nous aborderons les questions liées au contexte et justification de l'étude, à l'état de la question, à la formulation du problème et la question de recherche, à la formulation des hypothèses, au but, à l'objectif, et l'intérêt de l'étude.

### 1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Les profils psychopathologiques et les risques sanitaires et sociaux des jeunes consommant des substances psychoactives sont variables en fonction du produit, de la quantité consommée et de la régularité de l'intoxication.

En termes de statistiques, il apparaît que 21% de la population camerounaise a déjà expérimenté la consommation d'une drogue. Par ailleurs, les consommateurs réguliers représentent 10%, soit 60% des jeunes âgés entre 20 et 25 ans. Quant à la couche sociale la plus concernée, les jeunes de moins de 15 ans, plus de 12 mille consomment les stupéfiants au Cameroun. En effet, il s'agit des statistiques du Comité National de Lutte Contre la Drogue, créé en 1992. Parmi les principales substances demandées au Cameroun, le cannabis, près de 60%, associé au tabac. Le Tramadol pour 44,8 % de la demande et la cocaïne sur 12, 10 % des cas.

Au Cameroun, la circulation de la drogue en milieu jeune a atteint les proportions les plus inquiétantes. Selon les chiffres rendus publics par le Centre d'études en économie et sondage (Cretes), 60% des jeunes camerounais âgés de 20 à 25 ans, ont déjà consommé la drogue au moins une fois dans leur vie. En tête de liste, l'alcool, le tabac, le cannabis (localement appelé Banga), le Tramadol, la cocaïne, le chanvre indien...12 000 jeunes scolarisés au Cameroun, dont l'âge est compris entre 13 et 15 ans, consomment le cannabis, qui est la drogue dure la plus consommée par la jeunesse, devant le Tramadol. Avec 26%, la région de l'Ouest est le bastion de la production de la culture du cannabis. Elle est suivie du Nord-ouest (17%), de l'Est (17%) et du sud (6%). Alors que le Littoral, le Sud-Ouest (41%), l'Ouest et le nord-ouest (39%), sont les principales régions de commercialisation des stupéfiants.

Des usages plus réguliers peuvent être sous-tendus par un mal-être, et constituer un moyen de trouver un refuge, de modifier et rendre plus supportable une atmosphère stressante, voire de supprimer toutes pensées douloureuses. Enfin, des jeunes parmi les plus vulnérables entreront dans la dépendance, passant des simples essais en groupe à des prises quotidiennes, massives et irrépessibles (Slodoba et coll., 2012). Les prises en charge devront bien entendu tenir compte de ces multiples contextes. Chaque groupe doit bénéficier d'un programme adapté, chaque individu devrait être suivi de manière personnalisée. À l'adolescence, l'expérimentation et le renforcement des consommations se font parallèlement au développement scolaire, social et familial du jeune, l'un interférant sur l'autre. L'adolescence est une période critique pour l'apprentissage scolaire, la gestion du stress et des émotions et l'intégration des liens d'adulte à adulte. Les conduites addictives pourront altérer l'acquisition de ces compétences et entraîner une véritable « perte de chance » pour l'avenir de l'adolescent. Ces données spécifiques devront être prises en compte dans la décision et les modes de prises en charge proposés.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une substance psychoactive est « une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect ». Cette notion couvre l'ensemble des pratiques addictives impliquant un produit, sans différencier son statut légal. Les effets des substances psychoactives varient en fonction du produit consommé et du type de consommation. Ils peuvent entraîner, en cas de consommation régulière, des conséquences négatives sur la vie quotidienne, les relations sociales et la santé.

Le terme « *psychoactif* » n'implique pas forcément une dépendance. Ainsi sont distingués l'usage simple qui n'entraîne ni complication ni dommage, l'usage nocif (ou abus) qui est caractérisé par une consommation susceptible d'induire, outre les effets néfastes sur la santé, des dommages sociaux ou psychoaffectifs et la dépendance qui est une perte de la maîtrise de la consommation. Au Cameroun, le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances psychoactives les plus consommées. Pendant la période de l'adolescence, approximativement de 14 à 19 ans, les jeunes sont avant tout concernés par un usage simple de ces trois substances qu'il ait lieu dans un contexte familial ou bien dans un cadre expérimental ou festif, le plus souvent en groupe. Beaucoup en restent à ce type d'usage correspondant à la phase de curiosité et de prise de risque qui caractérise l'adolescence. Les usages nocifs ou de long terme qui s'inscrivent dans un usage de dépendance, ainsi que les conduites d'alcoolisation massive dans un temps très court (binge drinking) constituent une

préoccupation majeure de santé publique. Au Cameroun, l'alcool est la première substance psychoactive en termes de niveau d'expérimentation, d'usage occasionnel et de précocité d'expérimentation. Le tabac est le premier produit psychoactif consommé quotidiennement à l'adolescence. Le cannabis est le premier produit psychoactif illicite consommé à l'adolescence. Pour faire face aux conduites addictives, l'État a mis en place un plan gouvernemental auquel participe le Ministère des Enseignements Secondaires. La prévention des conduites addictives en milieu scolaire s'inscrit dans une démarche globale d'éducation à la santé et vise à développer chez l'élève des compétences psychosociales lui permettant de faire des choix éclairés et responsables.

La consommation de substances psychoactives des jeunes scolarisés se caractérise par:

- une expérimentation de l'alcool pour deux élèves sur cinq,
- un état d'ivresse pour un élève sur dix ayant consommé de l'alcool,
- une expérimentation du tabac pour un élève sur cinq,
- une expérimentation du cannabis très marginale.

Il est d'autant plus important de prévenir la consommation de substances psychoactives chez les adolescents que ces derniers débutent une période de leur vie propice à l'expérimentation de ces produits. Le comportement des adolescents est différent selon le genre et évolue entre les plus jeunes et les moins jeunes. En effet, les plus jeunes sont plus nombreux et plus précoces dans l'expérimentation des différentes substances psychoactives. En revanche, cette différence s'estompe pour les moins jeunes. L'expérimentation de l'alcool et du cannabis ne dépend plus du genre de l'adolescent.

Au final, l'environnement familial joue un rôle déterminant dans l'expérimentation des substances psychoactives chez les jeunes. De même, cette expérimentation dépend également de la situation sociale, les adolescents en situation sociale favorisée étant plus nombreux à avoir expérimenté des substances psychoactives. Globalement, les jeunes sont exposés aux substances psychoactives, très présentes dans leur environnement, ce qui peut favoriser une expérimentation puis une consommation régulière voire excessive. La connaissance de ces éléments apporte un éclairage supplémentaire et indispensable aux acteurs de prévention dans l'orientation et la conduite de politiques de santé publique auprès des jeunes.

### **1.1.1 Situation socio-économique et conséquences sur la famille**

Le contexte socio-économique du Cameroun laisse les familles dans une précarité où les rôles régaliens de celles-ci, à savoir éduquer, nourrir, et soigner ses membres sont fragilisés et la jeunesse en générale et les adolescents en particulier font face à la toxicomanie (drogue et alcool), le Sida (syndrome d'immunodéficience acquise), les IST (infections sexuellement transmissibles), la délinquance, la pédophilie, la maltraitance, les sectes, le trafic des enfants et la précarité.

En effet, autour des années 1990, le Cameroun a connu une crise économique qui a laissé des séquelles encore présentes aujourd'hui. La précarité socio-économique aujourd'hui ne permet plus aux familles d'avoir un contrôle adéquat sur la vie des adolescents. La majorité des familles au Cameroun vit sous le seuil de pauvreté extrême par conséquent les jeunes et les adolescents qui devraient en réalité être sous la surveillance des parents en famille et sous celles des éducateurs en milieu scolaire, échappent à tout contrôle et autorité ce qui ouvre une grande porte aux comportements répréhensibles de toutes sortes et à la consommation des drogues des plus douces aux plus dures.

### **1.1.2. Compréhension de la notion de thérapies familiale systémique**

On pourra proposer la définition du « *plus petit commun dénominateur* » des thérapies familiales systémiques : relève de la thérapie familiale systémique toute forme de consultation ponctuelle ou répétée réunissant au moins deux personnes faisant partie du contexte de vie et de survie d'une ou de plusieurs personnes en souffrance, c'est-à-dire partageant une destinée commune. L'effet de ce type de consultation est appréhendé comme bénéfique sur les symptômes, la souffrance, les problèmes, les relations. Cette appréhension bénéfique, peut être le fait des personnes qui consultent, des personnes en souffrance, des thérapeutes impliqués, mais aussi de l'entourage thérapeutique élargi et de l'entourage de vie des personnes qui consultent. Par vocation, les thérapies familiales reposent sur des principes multidisciplinaires, transdisciplinaires et interdisciplinaires. Elles se sont ainsi nourries de nombreux apports : psycho dynamiques, biologiques, éthologiques, anthropologiques, comportementaux et cognitifs, cybernétiques et systémiques. Elles relient les champs de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie, de la justice, du travail éducatif et social.

Les thérapies familiales se fondent sur la Théorie Générale des Systèmes dont l'idée centrale est que les éléments qui constituent le système sont en interaction et s'influencent mutuellement par des rétroactions. Les thérapeutes familiaux explorent comment les

interactions se déroulent dans un système familial et comment les transactions se mettent en place en tenant compte des faits et de la réalité psychique de chacun des membres de la famille. En communication, il existe deux langages : le langage digital, qui correspond au langage verbal, et le langage analogue, qui correspond au langage non-verbal. De ce fait, « *il est impossible de ne pas communiquer* ». Pour analyser le mode de communication dans une famille, la circularité est un outil important. La circularité est une technique d'entretien invitant chaque participant à exprimer son point de vue sur la relation existant entre deux autres membres de la famille. « *Cette technique amorce un tourbillon de réponses qui apportent une grande quantité d'informations sur les relations triadiques* » (M. Selvini et al., 1976). Les informations et les émotions non repérées préalablement sont remises ainsi en circulation dans le système.

Il existe plusieurs types de thérapies de groupes telles que celles dénommées thérapies familiales systémiques regroupées sous deux tendances : la tendance synchronique et la tendance diachronique. Chaque version a développé ses techniques ou stratégies thérapeutiques propres. Cependant, certaines stratégies sont souvent utilisées en commun par deux ou plusieurs versions différentes : c'est le cas de la prescription des paradoxes dans la thérapie familiale cybernétique-communicationnelle de l'école de Palo Alto et la thérapie familiale stratégique ; de l'aménagement des frontières en thérapie familiale structurale et en thérapie familiale stratégique.

Par ailleurs, lorsqu'on aborde les réalités de la constellation familiale en les liants à celle de pathologie, on note deux articulations possibles. D'une part, la famille est le facteur causatif de pathologie chez ses membres ; de l'autre, elle permet de médiatiser et de reformuler au besoin des conditionnalités de troubles susceptibles de se présenter chez un membre de la famille. J.P. Tsala Tsala (2009) l'on note,

*« le désir au sein de la famille africaine, des uns et des autres, de réduire leurs attachements fusionnels et de risquer une existence un peu moins dépendante du groupe. A partir d'une somme d'expériences cliniques sur les familles camerounaises ».*

Ce travail du Pr Jacques Philippe Tsala Tsala, « *rend compte de la réalité et de la complexité de la famille africaine contemporaine.* »

L'utilisation de certaines expressions traduit parfois assez bien l'orientation ou la désignation du point de polarisation des mots du groupe. Ainsi, « *bouc émissaire* » traduit-elle

l'existence d'une personne qui est celle vers laquelle s'oriente fréquemment l'agressivité des autres membres du groupe, qui apparaît comme le support de projection de leur mauvaise conscience morale, etc. Le groupe peut se faire dans ce cas oppressant, expliquant à souhait l'échec social d'une personne, celui scolaire et universitaire d'un apprenant, etc. (Nguimfack, 2010)

Les thérapies familiales regroupent une grande diversité de pratiques, elles-mêmes inspirées d'apports multidisciplinaires variés. Apparues dans les années 1950, elles replacent l'individu dans son « système » relationnel et considèrent la famille comme un partenaire thérapeutique. La diversité des orientations théoriques, des modalités d'exercice et des styles thérapeutiques est à la mesure de l'extrême variété de contextes dans lesquels elles se réalisent, et des singularités personnelles et relationnelles qu'elles cherchent à appréhender.

Selosse (1997) fait savoir que, les troubles des conduites à l'origine des prises en charge, des interventions, soit normatives soit répressives soit thérapeutiques des enfants et des adolescents, relèvent d'une étiologie complexe. Aucune approche de type monodisciplinaire ne peut être satisfaisante, ni intellectuellement, ni techniquement, ni socialement parlant. Cette complexité amène à privilégier des approches des disciplines multiples avec des perspectives complémentaires (la thérapie familiale systémique répond à ce critère). Aussi si le thérapeute se focalise sur une prise en charge centrée uniquement sur l'adolescent sans intervenir sur la sociomatrice familiale pathogène, il peut avoir des difficultés à apprécier l'origine des troubles ou des conflits et il risque fort de voir réapparaître ceux-ci au bout de la prise en charge.

Les théoriciens de la famille (Ferreira, 1960 ; Minuchin, 1974, 2005 ; Ausloos, 1983 etc.) établissent qu'on ne peut envisager une intervention thérapeutique auprès d'un sujet sans intégrer dans le processus tous les membres de son groupe familial. Leur principe est qu'« un enfant perturbé (adolescent qui consomme de la drogue, par exemple) fait partie d'une famille elle-même troublée dans son ensemble. Il est en quelque sorte le symptôme visible de cette famille malade. Sur ce plan, lorsqu'on cherche à remédier aux souffrances d'un des membres de la famille, le plus évident il est utile important de penser à un projet de prise en charge thérapeutique qui inclut tout le monde. Cette constatation gagne en force si l'on s'appuie sur la réalité des groupes primaires définis comme des milieux impliquant des situations d'autant plus à possibilités de fortes contraintes interpersonnelles que les membres de ceux-ci partagent une conscience d'espèce basique. Telle est le cas de la famille. Habituellement



considérée comme le premier lieu de vie et de socialisation du sujet -qui par définition « appartient à sa famille » aux sens juridiques, psychosociaux et psycho-économiques, sociologiques et anthropologiques, socio et psychoaffectifs- elle peut être cause aussi bien de troubles chez ce dernier que de recouvrement d'états de bien-être. Car en cette commune humanité, c'est encore auprès des siens auprès de ceux avec lesquels on a conscience d'être une famille et parfois d'en former une, qu'on cherche en cas de crises et de conflits du holding psychologique et psychosocial, etc.

En effet, dans les thérapies familiales systémiques, la présence effective ou réelle de la famille est vivement recommandée. Les membres de la famille du patient sont tenus à être présents aux séances de thérapie et à y participer activement. Lorsque la famille participe activement dans la thérapie, elle forme avec le thérapeute ce que les systémiciens appellent un « système thérapeutique » (Minuchin, 1974, 2005).

Anaut (2005) parle du groupe familial comme une unité à soigner et soignante. Pour elle, les thérapies familiales partent du principe, ou du présupposé théorique que, la mise en commun de l'histoire familiale autour du sujet malade va l'aider à aller mieux et que, par conséquent, c'est toute la famille qui contribue à l'alliance thérapeutique. Cette alliance active suppose que tous les membres de la famille participent à la thérapie et deviennent partie prenante du dispositif thérapeutique.

Par ailleurs, de nombreux adolescents sont parfois soumis à un contrôle familial presque défaillant, ce qui conduit à une socialisation problématique. Ils évoluent dans un cadre familial qui ne permet pas une bonne structuration de leur personnalité et de leur identité et ne favorise pas aussi leurs processus de socialisation de façon générale. Si un tel environnement provoque chez l'adolescent une variété de troubles de comportement et des troubles mentaux : troubles psychotoxiques de l'enfance (Spitz, 1968) ; troubles de carences affectives (Spitz, 1968 et Winnicott, 1969) ; psychose infantile ; troubles de conduite etc. chez l'adolescent, les conséquences sont encore plus variées. Ils vont des troubles affectifs, aux troubles de comportement alimentaire, aux comportements socialement problématiques (sociopathie, délinquance, déviances de toutes sortes).

De ce point de vue, la recrudescence de la dépendance aux substances psychoactives s'expliquerait d'une part par la désadaptation des adolescents à un environnement familial devenu perturbée et très peu favorable à leur épanouissement physique, psychologique, moral et social. Mucchielli (2001) relevait que le fonctionnement de la famille pouvait être

responsable des comportements antisociaux voire délinquant des jeunes adolescents et pas forcément les transformations de la structure familiale. Chaque famille a des problèmes et préfère ne pas parler de ces problèmes trop vite à l'extérieur de la maison. Toutefois, lorsque les questions deviennent fréquentes et répétitives, elles deviennent insupportables et écrasante. Les parents et les enfants sont confrontés à la réalité et ne voient pas que leur famille est « différente », c'est-à-dire dysfonctionnelle. Dysfonction implique que quelque chose ne fonctionne pas comme il était censé. Une famille dysfonctionnelle est celle qui le plus souvent est en discorde excessive et ne peut donc pas fonctionner en tandem et en harmonie. En définitive, il en résultera des conséquences désagréables qui auront une incidence sur la conception positive et la sécurité de ladite famille, son bien-être et le développement des entités qui la constitue. La vie peut devenir difficile pour tous les membres d'une famille dysfonctionnelle. Faire face devenant plus difficile et les personnalités peuvent se déformer si rapidement que chaque membre de la famille se battant pour y faire face et s'en sortir. Les mécanismes d'adaptation qui émanent de ces tentatives ne sont guère une solution appropriée ou facile à traiter une fois qu'elles manifestent. Les principaux indicateurs d'une famille dysfonctionnelle sont :

- Conflit (violence physique et verbale) parmi les membres de la famille
- La méconnaissance et le manque de respect pour l'autre
- Communication défectueuse (malhonnêteté, omissions, mensonges, manipulation.) des écarts de conduite fréquents

En effet, dans un milieu familial trouble et dysfonctionnel, l'adolescent se trouve dans la difficulté d'intérioriser et d'assimiler les lois et valeurs symbolique, dans ces conditions l'enfant peut facilement développer les conduites antisociales à l'adolescence. La famille en tant que structure dynamique et composite, peut être aussi sujette à des difficultés. Ces difficultés de plusieurs ordres, retentissent le plus souvent sur ses dimensions psychoaffectives et relationnelles en tant que groupe. Plusieurs pathologies psychologiques et psychiatriques ont été recensées par des auteurs tels Bergeret (1995), Boszormeny-Nagy et Ackermann. A titre d'exemple, ces auteurs mentionnent des pathologies telles les névroses familiales, les familles dysfonctionnelles et le double bind ou double contrainte.

En dehors de ces pathologies familiales identifiées par Bergeret (1995), Boszormeny-Nagy et Ackermann où milieu familial dans lequel évolue l'adolescent peut être source d'inadaptation, il est important de rappeler le contexte de la prise en charge thérapeutique des

adolescents toxicomanes dans les formations sanitaires au Cameroun. Ce rappel nous permet de situer le contexte de notre étude dans ses spécificités, étant donné que les éléments familiaux décrits plus haut semblent être toujours d'actualité.

### **1.1.3. Du contexte de la prise en charge thérapeutique des adolescents en situation d'addiction dans les formations sanitaires au Cameroun**

La consommation des substances psychoactives et l'addiction des adolescents à celles-ci devient préoccupante au Cameroun ces dernières années. La consommation de la drogue et des stupéfiants, notamment par les jeunes, préoccupe les parents et les familles. La drogue détruit la jeunesse et ses effets dévastateurs inquiètent les pouvoirs publics. L'on peut citer pour le regretter, le cas de nombreux jeunes camerounais drogués enrôlés dans les rangs de Boko Haram et dans la crise dite anglophone, les crimes et actes de violence odieux en milieu scolaire. Le Cameroun connaît aujourd'hui comme la plupart des pays de la sous-région, la montée du phénomène d'addiction des adolescents aux substances psychoactives.

Les premiers modèles de thérapies familiales ont été principalement conçus comme des modèles intrafamiliaux. Plus précisément ne prenant en compte que la famille nucléaire. Il s'agissait de comprendre et d'améliorer : le fonctionnement psychique et interpersonnel (modèles psychodynamiques), les communications et les interactions paradoxales intervenant dans « l'ici-et-maintenant » (modèles cybernétiques-systémiques), les coalitions, les frontières et les règles (modèles structuraux), les conflits de pouvoir, la résolution de problèmes (modèles stratégiques), la différenciation des *selves* sur plusieurs générations (modèles multi-générationnels), l'équilibre des comptes et des mérites, des dons et des dettes entre générations.

Ces considérations adossées sur l'histoire des pratiques cliniques et thérapeutiques permettent d'introduire aux nécessités des psychothérapies familiales. Il en existe de plusieurs sortes, en fonction des courants, des méthodes et des contrées, des civilisations et des époques. Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi de nous attarder sur l'une d'entre elles : les thérapies familiales systémiques, mais nous évoquerons, simplement pour un besoin d'éclairage, les deux approches ci-après : l'approche psychoéducative et l'approche groupale et communautaire.

Tous les éléments ci-dessus justifient pour l'essentiel la présente recherche qui porte sur l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique, suivant une approche de thérapie familiale et qui s'inscrit dans le vaste champ de la psychothérapie clinique. Ce domaine désigne le champ de pratique clinique en psychologie et en psychopathologie. Il procède à l'application du savoir psychologique et thérapeutique à une personne, un adolescent, une famille à des fins de diagnostic et/ou de traitement (Casoni et Brunet, 2003).

## **1.2. ÉTAT DE LA QUESTION**

Des adolescents consommateurs des substances psychoactives que nous avons dans nos villes et cités aujourd'hui, un certain nombre présente des comportements addictifs liées à un trouble de la personnalité ou à une pathologie psychique, d'autres à la catégorie dont le comportement n'est pas addictif et ne relève d'aucune pathologie. Dans le premier cas, deux types de prise en charge sont envisageable :

- une prise en charge centrée uniquement sur le patient, le thérapeute fait totalement abstraction du réseau primaire et secondaire du patient.

- une prise en charge qui fait de la famille une partie intégrante de la thérapie. Le thérapeute dans ce cas centre son intervention sur l'aménagement des frontières, les triangulations, le démantèlement des coalitions, la restructuration des règles et des interactions.

Selon Minuchin (1974, 2005) l'intervention thérapeutique avec ces familles doit viser à les transformer, ce qui entraînera un changement dans les comportements et les processus psychiques internes de leurs membres. Lalosse (1997) démontre que compte tenu de la diversité des problématiques narcissiques et de leur origine souvent carencielle profonde et précoce chez de nombreux mineurs, il peut également y avoir nécessité d'élargir l'accompagnement réparateur à l'ensemble de la constellation familiale qui, elle aussi, a besoin d'être restaurée. Un nombre important d'adolescents toxicomanes souffrent d'un passé de négativité, foncière qui entraîne une négation sociale, débouchant sur un négativisme comportemental (Selosse, 1997, p. 82).

Cette approche de collaboration, est fondée sur la recherche d'alliance, d'affiliation, pose la famille en co-thérapeute au sein d'un groupe d'entraide composé d'autres familles

partageant le même problème. Cela limite d'emblée les risques de culpabilisation et de sentiment d'isolement, d'abandon.

Cette approche a trois sources d'inspiration théoriques et pratiques : l'approche systémique et familiale, l'approche psychoéducative et l'approche groupale, communautaire qui, toutes trois, sont déjà connues pour être intéressantes dans le domaine des addictions (Cassen & Delile, 2007).

Bien plus, les méta-analyses confirment l'efficacité des thérapies familiales dans le domaine de la toxicomanie, voire même leur supériorité – associées aux éventuels traitements médicamenteux – sur les thérapies individuelles, les thérapies de groupes d'adolescents ou le counselling psychoéducatif isolé (Edwards & Steinglass, 1995 ; Liddle & Dakof 1995 ; Schmidt, Liddle et al., 1996 ; Stanton & Shadish, 1997 ; Liddle & Dakof, 2002 ; Miermont, 2002 ; Liddle, 2004 ; Miermont, 2005). Elles sont aussi efficaces que les interventions auprès de groupes de parents (Friedman, 1989) et que les thérapies familiales unilatérales avec un seul parent (Szapocznik, Kurtines, et al., 1986 ; Szapocznik, Perez-Vidal, et al., 1988). Elles sont efficaces aussi bien pour l'entrée en traitement que pour les taux de rétention ou pour la réduction des usages de substances. Les réductions sont significatives dans les différentes études reprises dans ces méta-analyses aussi bien pour l'alcool que le cannabis, l'héroïne, la cocaïne ou d'autres drogues.

Il est à noter que la revue de Stanton et Shadish (1997) s'appuyant sur une méta-analyse portant sur 1 571 cas impliquant 3 500 personnes qui incluent l'entourage familial, a contribué à établir ces données d'efficacité comparée et qu'elle a aussi permis d'établir que cette supériorité des approches familiales était due pour partie à une grande supériorité en termes de taux de rétention par rapport aux autres approches. D'autre part, elles semblaient aussi particulièrement intéressantes d'un point de vue coût-efficacité notamment quand elles s'ajoutaient à un traitement de substitution par la méthadone.

Ces résultats sont particulièrement bien établis dans le domaine des usages chez les jeunes et adolescents (Liddle & Dakof, 1995 ; Weinberg, Rahdert et al., 1998 ; Williams & Chang 2000 ; Winters, Stinchfield et al., 2000 ; Liddle 2004 ; Grella 2005) où il apparaît que les thérapies familiales sont efficaces pour réduire leurs niveaux de consommation de substance. Il est très intéressant de relever que ces effets perdurent après l'arrêt de la thérapie comme le confirment plusieurs études de suivi à six voire douze mois après l'arrêt du traitement (Stanton & Shadish, 1997 ; Liddle, Dakof et al., 2001).

En ce qui concerne les réseaux de soutien familial (Family Support Network, FSN), l'équipe de Hamilton (Hamilton, Brantley et al., 2001) a pu proposer conformément aux recommandations américaines du Center for Substance Abuse Treatment de 1993 et de 1999 (CSAT, 1999) d'adjoindre au traitement individuel un soutien incluant notamment des groupes multifamiliaux intégrant une approche groupale et didactique. Cette approche est actuellement en cours d'évaluation avec des premiers résultats très prometteurs (Diamond, Godley et al., 2002). L'efficacité des thérapies multi-couples a pu également être établie dans le domaine de l'alcool (Cadogan, 1973 ; McCrady, Paolino et al., 1979 ; McCrady, 1989). L'étude d'efficacité d'Azrin a pu montrer que les thérapies multifamiliales amélioraient le rapport coût-efficacité des interventions (Azrin, 1976).

Au total, il apparaît souhaitable d'associer des modalités de traitement multimodales ajustées à chaque situation particulière (Inserm, 2004) : les approches individuelle, conjugale, familiale, multiconjugale, multifamiliale et l'approche de renforcement communautaire peuvent être associées selon des déclinaisons qui tiennent compte de la personnalité des patients et de leurs proches, de la situation familiale, de la forme de l'addiction, de la comorbidité éventuelle, des niveaux de motivation et d'engagement dans le processus thérapeutique. L'ajustement du traitement est ainsi une perspective intéressante d'avenir (Match, 1998 ; Dennis, Titus et al., 2002) intégrant nécessairement les approches familiales et multifamiliales qui ont établi leur remarquable efficacité en ce domaine.

Néanmoins, malgré ces nombreuses et robustes évaluations établissant leur efficacité, les thérapies familiales en général, et la Thérapie Multifamiliale en particulier, sont très peu développées au Cameroun dans les institutions spécialisées. Certes il s'agit, pour la TMF, d'une approche introduite récemment, surtout dans ce secteur, mais cela ne saurait tout expliquer. Il semble que d'autres facteurs aient pu contribuer à ce retard :

- les pratiques et habitudes professionnelles des intervenants (de formation plutôt psychodynamique individuelle),
- les modes de prise en charge (beaucoup plus ambulatoires que résidentiels),
- le très faible développement des approches communautaires ou groupales (dans le domaine thérapeutique bien sûr mais, plus globalement, dans notre contexte culturel moins « communautaire » que dans la tradition anglosaxon),

- et aussi l'ambiance défensive devant les psychothérapies « américaines », évaluables, « normalisatrices », dans un contexte de grande tension chez les « psys » à la suite notamment de l'expertise collective.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que, malgré leur efficacité établie dans le domaine des addictions, ce sont bien les thérapies de couples et de familles dans leur ensemble qui sont relativement peu développées dans les institutions y compris aux États-Unis. L'étude de Fals-Stewart et Birchler (2001) portant sur 398 centres américains de soins en addictologie, indiquait ainsi que seuls 27 % des services proposaient des services orientés vers les familles. Les deux principales raisons données par les responsables des services étant la difficulté à mettre en place de tels programmes intensifs – personnels, disponibilité – et le fait que ces thérapies étaient plutôt perçues comme un traitement en soi pratiqué dans des lieux spécifiques plutôt que complémentaires aux traitements ou thérapies habituellement mis en œuvre dans ces centres. Une étude similaire en Grande Bretagne (Copello & Oxford, 2002) a mis en évidence de pareilles difficultés d'intégration des familles dans les protocoles de traitement. À notre connaissance, un tel travail n'a pas été mené au Cameroun, mais nous pensons que les résultats en seraient très proches.

Il semblait plus utile en effet, d'intégrer les approches familiales dans l'offre de soins des centres spécialisés en addictologie plutôt que de créer des centres à double spécialisation, nécessairement peu nombreux. Cette approche est néanmoins, elle aussi, très limitée.

Il nous semble pertinent de souligner que, les thérapies familiales sont bien souvent perçues comme un traitement d'appoint, une sorte d'adjuvant, si bien que dans un contexte de ressources limitées la plupart des thérapeutes sont amenés à concentrer leurs efforts sur les prises en charge directement orientées vers le patient plutôt que, de façon apparemment plus périphérique, vers son entourage. Cette position qui semble pragmatique néglige cependant le fait que ces approches familiales sont en fait parmi les plus efficaces.

Mais, si de nombreuses études se sont intéressées à l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique, par la thérapie familiale (Repetti, Taylor et al., 2002 ; Stanton & Shadish, 1997 ; Liddle, Dakof et al., 2001), elles se sont jusque-là limitées à la suppression du phénomène de « patient désigné » dont les intéressés sont l'objet, avec pour règle que la suppression du phénomène de « patient désigné » aura pour conséquence la résolution du problème de passage à l'acte. Autrement dit, l'objectif dans ces études a été de décrypter pour comprendre et démanteler le chemin qui conduit d'un acte

banal au début à un comportement addictif. Il peut s'agir d'un acte de consommation anodine qui répond naturellement à la crise de croissance, donc un épiphénomène de l'adolescence, mais qui a été choisi et développé par l'entourage familial de l'adolescent et qui s'est définitivement cristallisé et transformé en pathologie. Ces études se sont très rarement ou peu intéressées à la triangulation de la triade « Thérapeute-Patient-Famille », évidemment au rétablissement de l'adolescent à son milieu familial comme objectif thérapeutique. C'est cet objectif, à savoir le lien « Thérapeute-Patient-Famille » dans la recherche de l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique, (à son environnement familial) à travers les thérapies familiales systémiques qui est au centre de la présente thèse.

Actuellement, une idée plus englobante est utilisée en psychiatrie il s'agit de l'intervention psychiatrique qui ne doit plus être limitée au niveau individuel, plutôt doit viser à changer l'environnement plus élargi du sujet. L'intervention de la prise en charge de l'adolescent dans la sphère familiale avec les thérapies familiales comme outil, que nous envisageons ici coïncide bien avec cette idée.

Toutefois, au lieu de viser à agir sur un environnement plus élargi qui suppose à la fois à la famille, à l'école, au groupe des pairs, à la société...etc. elle vise à s'intéresser au milieu le plus significatif de l'adolescent, à savoir, sa famille. Elle s'inscrit dans une démarche clinique qui interpelle les transactions relationnelles familiales, et la dynamique de l'évolution de la famille dans son ensemble. Ces éléments sur l'état de la question nous conduisent aussitôt vers la formulation du problème et la question de recherche.

### **1.3. FORMULATION DU PROBLEME**

De fait, dans la présente recherche, notre problème est celui de la spécificité de la corrélation d'approche thérapeutique susceptible d'exister dans l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique. Nous nous intéressons à la relation qui peut exister entre l'utilisation de la thérapie familiale systémique et l'efficacité thérapeutique d'un adolescent toxicomane. Autrement dit, nous centrons notre intérêt sur l'incidence de la prise en charge groupale, ici familiale, sur la qualité de vie et de gestion de l'addiction par le sujet.

De ce qui précède, la corrélation entre efficacité thérapeutique et famille de l'adolescent toxicomane est fort évidente.



La famille, premier milieu de socialisation de l'enfant y occupe une place importante. Selon Mucchielli (2001, p.35) « *la famille est incontestablement le premier milieu de socialisation de l'enfant, la source de son identité, de sa perception du monde et de ses comportements* ».

Beaucoup des travaux en psychologie sur le rapport entre la famille et la consommation des stupéfiants ont traité des questions liées au rôle de la famille dans la genèse de la consommation des drogues d'une part et aux interrelations entre la famille et l'addiction d'autre part (Trojanowicz, 1983 ; Choquet & Ledoux, 1994 ; Barill, 2001 ; Born & Thys, 2001 ; Mucchielli, 2001 ; Rocher, 2001 ; Blatier, 2002 ; Bousquet, 2002). Ces travaux ont confirmé le rôle de la famille dans la genèse de la consommation des stupéfiants des adolescents, tout en indiquant qu'un défaut de socialisation à la base par la famille prédispose à un comportement délictuel ou déviant au moment où l'enfant cherche à confirmer son identité (sociale, personnelle et sexuelle), c'est-à-dire à l'adolescence.

L'adolescence est généralement considérée comme une période des changements, de quête d'identité et de repères structurants. Selosse (1997, p. 25) l'identifie à une « auto-expérimentation » sociale, à un champ des limites, des frontières, des seuils... Elle est une période de désorganisation transitoire en quête de signification psychique et sociale structurante. Ce qui caractérise l'adolescent(e) au plan social, ce sont les rapports difficiles aux lois et normes édictées par la famille et par la société, et la tendance à substituer à ces lois et normes, ceux de son groupe de référence, à savoir le groupe des pairs. Au plan affectif et psychique, l'adolescent(e) est caractérisé(e) par sa tendance à désinvestir ses premiers objets d'amour (le père et la mère) au profit des nouveaux qu'il recherche et rencontre à l'extérieur de la famille, par une angoisse permanente liée à l'avancée vers un avenir incertain, à ses transformations corporelles et à ses performances sexuelles. Au plan cognitif, il passe de la pensée concrète à la pensée abstraite.

L'évocation d'une corrélation transparente entre la famille et la consommation des substances psychoactives nous amène par ailleurs à soulever le problème du rôle de la famille dans la thérapie de l'addiction. Rappelons que sur la question du rôle de la famille dans le traitement des troubles mentaux et de comportement ou de conduite (consommation des drogues par exemple), plusieurs courants se sont opposés : les courants psychanalytique, médical, comportemental et systémique.

Les courants Psychanalytique, médical de la psychiatrie générale, comportementale se sont montrés très réticents à la participation active de la famille dans le traitement des troubles mentaux et de comportement en général, y compris les comportements socialement problématiques (sociopathie, délinquance, déviances de toute sorte) (Maisondieu et Métayer, 2001). La famille selon ces courants n'intervient que de loin et épisodiquement dans le traitement des troubles mentaux et comportementaux. La dimension sociale de la maladie et des troubles de comportement en général n'est pas prise en compte de manière totale.

L'approche systémique (Bateson, 1972 ; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1972 ; Ducommun-Nagy, 2010 ; Haley, 1973 ; Minuchin, 1974, 2005 ; Bloch, 1979 ; Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1981 ; Ausloos 1983 ; Cirillo, 1988 ; Satir, 1997 ; Elkaïm, 1989, 1995 ; Miermont, 1987, 2000a ; Selvini-Palazzoli, 1990...), pose le problème autrement. Elle renonce à la logique traditionnelle selon laquelle la maladie est dans l'individu et propose dans son analyse multi variée (communicationnelle, stratégique, structurale, expérientielle, intergénérationnelle, transgénérationnelle et basée sur la différenciation de soi etc.) d'associer la famille entière à la thérapie. Il s'agit pour elle, d'intégrer l'environnement social du sujet (l'adolescent addictif par exemple) qui pour lui est significatif à la thérapie. Cet environnement est le plus souvent sa famille, moule de son développement psychologique, social et moral. C'est dans la famille que l'enfant commence à apprendre la discipline, les lois et les interdits qui contribuent à la formation de sa conscience morale.

La vie familiale fonde l'ouverture possible de l'histoire individuelle au discernement d'un engagement social continu qui fera la loi pour le sujet particulier et déterminera le respect des lois. C'est dans ce sens que s'inscrit Douyon (1975) lorsqu'il soutient que la famille est :

*« Lieu privilégié de rencontre entre le domaine du personnel et celui du socioculturel, la famille initie à l'apprentissage et à la pratique de valeurs essentielles tels la tolérance à la frustration, l'identité personnelle, le sens de la propriété, de la solidarité, de la hiérarchie. D'un nourrisson polymorphe et asocial, elle en fait un candidat à l'humanité ».* (Douyon, 1975, p. 87).

La famille joue également le rôle d'agent de socialisation de matrice de l'identification de l'enfant. Cependant, pour qu'elle assure pleinement ce rôle, il est impératif qu'elle forme un cadre de référence stable et une source de sécurité pour le sujet. Bequignon (2002, p. 57) a remarqué que « *la réalité psychologique des adolescents difficiles relève souvent de la faillite familiale* » et Douyon (1975, p.89) disait déjà que « *la famille peut être perturbée dans sa*

*structure et son fonctionnement. Les vicissitudes de la vie familiale hypothèquent alors l'évolution affective de l'enfant. Entre la famille et le déviant, il existe une relation dialectique ».*

En approche systémique, c'est au niveau des interactions entre les membres du système familial qu'il faut chercher les origines du comportement addictif et c'est au niveau de ces interactions qu'il faut intervenir au cours du traitement. Il ne faut pas comprendre l'explication de la cause ici comme relevant d'un processus linéaire, mais comme répondant à un processus circulaire.

La famille occupe donc une place importante en approche systémique. Les systémiciens la considèrent comme un système, c'est - à - dire une unité constituée d'éléments (individus) en interaction. Elle se caractérise en tant que système par un mode de communication, un type de relation et une recherche permanente de l'équilibre (homéostasie). Son bon ou mauvais fonctionnement dépend de la qualité de ces caractéristiques. De même, du bon ou mauvais fonctionnement de la famille dépend la santé mentale et parfois aussi physique de ses membres. Ainsi, toxicomanie chez un adolescent peut résulter d'un dysfonctionnement familial qui touche en principe la communication et les relations qui régissent les interactions entre celui-ci et ses proches. Une pathologie comme la schizophrénie est interprétée comme résultant d'un trouble interactionnel (Bateson, 1972 ; Boszormenyi – Nagy & Framo, 1973 ; Watzlawick & al., 1975 ; Minuchin, 1974, 2005 ; Benoit & al., 1988 ; Haley, 1993 ; Miermont, 1987, 2000a ; Salem, 2001...). Elle serait le résultat d'une perturbation relationnelle et communicationnelle créant un effet de désignation qui viendrait à s'estomper si la communication au sein de la famille s'améliore (INSERM, 2004). Il serait ainsi de tous les troubles de comportement y compris les comportements de toxicomanie.

Dans cette perspective, la présence d'un adolescent toxicomane au sein d'une famille peut être perçue comme la conséquence d'instigations, de manœuvre affectant les relations entre l'intéressé et ses proches, évidemment les membres de sa famille. C'est dans ce sens que Mucchielli (2001) soutient que les conduites violentes (addiction) sont liées entre autres au mauvais climat familial et non à la structure de la famille. Il s'oppose ici à Rocher (2001) qui établit une corrélation transparente entre l'évolution de la structure de la famille et celle des comportements de dépendance. Les facteurs relationnels sont alors plus déterminants que les facteurs structurels dans la genèse de toxicomanie. Les facteurs structurels influencent directement l'attachement qui à son tour a une influence directe sur les comportements. La

nature ou le type de transaction relationnelle qui existe entre les membres d'une famille peut influencer le comportement de dépendance d'un adolescent aux substances psychoactives.

Les théoriciens de la famille (Ferreira, 1960 ; Minuchin, 1974, 2005 ; Ausloos, 1983 etc.) Établissent qu'on ne peut donc envisager une intervention thérapeutique auprès de ce sujet (adolescent) sans intégrer dans le processus tous les membres de son groupe familial. Leur principe est qu'« un enfant perturbé (toxicomane par exemple) fait partie d'une famille elle-même troublée dans son ensemble. Il est en quelque sorte le symptôme visible de cette famille malade. On ne peut donc le guérir sans aborder tous les aspects des interactions qui règlent le fonctionnement complexe de son groupe familial ». La valeur symptomatique d'un comportement de toxicomane réside dans le fait qu'ils impliquent une perturbation des liens sociaux, indiquent une crise au sein du système familial et un désir d'évolution.

Aussi avons-nous pensé que l'efficacité thérapeutique des adolescents toxicomanes dans le courant des thérapies familiales systémiques peut de plus en plus constituer aujourd'hui un enjeu considérable. Dans cet enjeu, l'accent pourra être mis entre autres aspects sur l'examen et la saisie de la fonction de la thérapie familiale systémique dans son rapport à la thérapie de l'adolescent toxicomane dans son environnement familial, voire de l'incidence de l'implication de la famille de l'adolescent toxicomane dans le processus thérapeutique. C'est d'ailleurs cet aspect du problème (problématique) que nous traitons ou étudions dans la présente thèse.

#### **1.4.1. Formulation de la question principale**

Nous étudions le problème de l'incidence de l'implication de la famille de l'adolescent toxicomane dans le processus thérapeutique chez des cas des adolescents que nous avons suivis sur une période de douze mois pendant que nous étions Sous-Directeurs de la Promotion et de la Protection de la Famille au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille. Ce travail se faisait dans le cadre spécifique de protection de la famille où les demandeurs de service sont les familles en désarroi et/ou les adolescents en conflit ouvert ou latent avec leur environnement familial. L'environnement de cette institution offre des voies possibles pour une telle recherche.

L'efficacité thérapeutique que nous évoquons ici vise aussi le changement au sein de la famille de l'adolescent toxicomane et implique le changement de l'expérience subjective de ce dernier, autrement dit, sa perception ou sa vision de la réalité ainsi que celle de toute la famille. Précisons que le changement en thérapie familiale renvoie au recadrage

épistémologique qui donne au sujet souffrant ou au patient désigné et au système dans son ensemble une nouvelle vision de la réalité. La réalité dont il est question ici renvoie aux transactions intrafamiliales et aux échanges entre le système familial et l'extérieur.

Le patient désigné, l'adolescent toxicomane dans ce travail, est le membre de la famille regardé comme celui qui est ou a le problème. En considérant que les dysfonctionnements, les incompréhensions, et les inadaptations dans l'environnement familial renvoient à une remise en question de sa structure fonctionnelle, ou encore des relations et des communications qui sous-tendent les interactions ou les transactions en son sein, alors l'addiction serait une réaction, adaptative aux crises familiales. L'adolescent toxicomane représenté comme « *patient désigné* » serait dans cette perspective le membre du système qui a été choisi pour exprimer le malaise de la famille. Cette considération situe la problématique de la présente recherche dans les approches systémiques, soit synchroniques soit diachroniques etc. Problématique, qui soulève comme nous l'avons d'ailleurs suggéré plus haut, la question essentielle de l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique. La question à laquelle nous essayons de répondre dans ce travail est la suivante : *comment la famille de l'adolescent toxicomane peut-elle avoir une incidence sur l'efficacité thérapeutique ? Autrement dit, comment l'action thérapeutique peut-elle être influencée par la famille de l'adolescent toxicomane ?*

#### **1.4.2. Formulation des questions spécifiques de recherche**

Deux concepts cardinaux à savoir l'implication et l'interaction nous semblent appropriées pour démembrer notre question principale avant de la rendre compréhensible.

Le premier, l'implication est une source de multiples investigations vu que nombreux sont les chercheurs qui s'intéressent à ce concept. Selon Commeiras (1994) plusieurs auteurs soutiennent à travers leurs réflexions et travaux que l'implication représente un levier important favorisant l'action et l'efficacité. C'est dans ce sens que parlant de l'organisation, Thévenet (1992) affirme :

«L'individu impliqué prendrait position aux buts et aux valeurs de l'entreprise, il serait prévenant envers cette dernière et consoliderait ses valeurs les plus fortes. Plus précisément c'est ce type d'individu dont une entreprise aurait besoin, individu qui la soutiendrait face à la crise, une restructuration par exemple ».

Pris dans ce sens, la notion d'implication permet d'appréhender l'attitude d'une personne vis-à-vis de son travail et de son environnement. Cette notion a retenu notre attention car, la problématique de l'implication relève d'une importance sans cesse renouvelée dans la thérapie addictive, tant du côté des praticiens que dans celui des patients. Il ne s'agit donc pas ici, ni de s'engouffrer sur des routes totalement novatrices d'une conceptualisation à rebâtir, ni de stagner sur d'anciennes définitions établies pour reprendre Morrow (1993). En revanche, il apparaît nécessaire de préciser quels sont les chemins du possible d'une notion, qui traduit et explicite la relation entre deux individus dont l'un est l'aidant et l'autre l'aidé, ou entre un individu (l'aidant) et des cibles bien particulières et distinctes que sont les aidés (Klein, 2012)

La seconde portant sur l'interaction repose sur le principe de base que les interactions entre deux parties sont interdépendantes et séquentielles. Dans cette perspective, une personne (l'aidant) offre des services de valeur à une autre (l'aidée) et, ce faisant, crée chez elle un sentiment d'obligation. Pour se décharger de cette obligation et assurer la continuité de la relation, Gouldner (1960) postulait quela deuxième partie devra, selon la norme de réciprocité, fournir en retour des faveurs valorisées par la première. Aussi, dans le cadre de l'exercice du counseling en addictologie, les interactions entre le praticien et les patients sont interdépendantes et séquentielles. Le praticien qui offre un climat de travail serein pour l'exercice de l'activité par ses patients et maintient un dialogue constructif mutuel, crée chez eux un sentiment d'obligation. Ces patients peuvent à leur tour développer un sens d'obligation suivant la norme de réciprocité de Gouldner (1960) et peuvent alors s'engager dans des comportements d'implication avec beaucoup d'allant affectif dans le but de renforcer la responsabilité sociale de leur praticien. Cette séquence d'échange, répétée avec succès, est supposée créer, grâce à un processus d'auto-renforcement, une relation d'échange de haute qualité entre le praticien et les patients.

Notre dévolu sur la dimension interactionnelle, particulièrement celle interpersonnelle, est fortement corrélée au fait que la place du contact direct avec les praticiens fournit un espace d'échange très impressionnant aux patients. Le praticien semble placer la confiance sur l'organisation à travers son savoir-faire. Ici, il est admis selon Hadj Khalifa et Kammoun (2013) que la confiance dans la relation de travail puisse revêtir deux formes, interpersonnelle et organisationnelle, qui s'influencent mutuellement.

Partant de ces postulats, nous avons posé les questions spécifiques suivantes :

QS<sub>1</sub>- Comment l'implication des membres de la famille comme partie prenante des soins de l'adolescent toxicomane va favoriser le travail thérapeutique sur l'adolescent ?

QS<sub>2</sub>- Comment les interactions mises en jeu par le thérapeute au cours des soins de l'adolescent toxicomane vont favoriser le travail thérapeutique sur l'adolescent ?

#### **1.4. FORMULATION DES HYPOTHESES**

Nous posons d'abord que les thérapies familiales considèrent généralement la famille comme une entité susceptible de changer en fonction d'une implication directe des membres qui la composent. Les symptômes qu'elle présente ou que l'on observe chez l'un de ses membres sont interprétables à partir de ses modes de fonctionnement, qu'il s'agisse de son organisation psychique, de ses modes d'interaction actuels ou des processus historiques qui la constituent (INSERM, 2004). Mais, pour les thérapeutes familiaux de tendance systémique synchronique (Bateson, 1972, 1981 ; Haley, 1993 ; Minuchin, 1974, 2005 etc.), un système familial est conçu comme un ensemble d'éléments (individus) en interaction, dont les communications sont régulées en fonction du ou des buts à atteindre (INSERM, 2004). L'hypothèse de base pour ce courant est de considérer les pathologies mentales et les troubles de comportement comme réductibles à un trouble interactionnel : la schizophrénie, la paranoïa, les troubles de comportement alimentaire (l'anorexie, la boulimie, etc.), les comportements socialement problématiques (la sociopathie, la consommation des stupéfiants, et toutes sortes de déviances) seraient la résultante de perturbations relationnelles, produisant un effet de désignation qui viendrait à s'estomper, voire disparaître si les rapports entre les membre du groupe, les communications interpersonnelles s'améliorent.

En utilisant la thérapie familiale dans le processus de la recherche de l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique, elle incite le changement chez le patient désigné. Ceci appelle à la formulation de l'hypothèse suivante : *l'implication de la famille de l'adolescent toxicomane dans le processus de soins, va améliorer l'efficacité thérapeutique.*

Sur la base de cette Hypothèse Générale (HG), nous formulons les Hypothèses spécifiques (HS1 et HS2) suivantes :

HS<sub>1</sub>- L'implication des membres de la famille comme partie prenante des soins de l'adolescent toxicomane va favoriser le travail thérapeutique sur l'adolescent.

HS<sub>2</sub>- Les interactions mises en jeu par le thérapeute au cours des soins de l'adolescent toxicomane vont favoriser le travail thérapeutique sur l'adolescent.

## **1.5. BUT, OBJECTIFS ET INTERETS DE L'ETUDE**

### **1.5.1. But de l'étude**

La thérapie en approche familiale structurale vise d'atténuer les aspects pathologiques des interactions, dans l'idée de supprimer le phénomène de désignation (INSERM, 2004). Minuchin (1974, 2005) met l'accent dans cette approche sur les interventions thérapeutiques qui impulsent les mouvements vers les objectifs thérapeutiques. Ainsi, atteste-t-il de l'efficacité de l'interaction active à réorganiser la structure des relations familiales (pour parvenir à une résolution rapide des problèmes), bref des actions thérapeutiques (manœuvres de restructuration et d'accommodation) à promouvoir le changement au sein de la famille, principal objectif en thérapie familiale.

De ce point de vue, le but de cette recherche est de contribuer à l'étude sur la place de la famille des adolescents toxicomanes sur l'efficacité thérapeutique.

### **1.5.2. Objectifs de l'étude**

Cette recherche vise principalement, l'examen de l'influence des familles des adolescents toxicomanes sur l'efficacité thérapeutique. Cet objectif renvoi surtout à la compréhension du mode d'action de ce type de thérapie dans son rapport à cette finalité thérapeutique. Il s'agit davantage de répondre à la question de l'impact de la prise en compte des familles des adolescents toxicomanes dans le processus des soins, avec pour finalité thérapeutique, l'abandon des comportements addictifs aux substances psychoactives.

Aussi allons-nous :

OS<sub>1</sub>- examiner et comprendre comment l'implication des membres de la famille comme partie prenante des soins de l'adolescent toxicomane va favoriser le travail thérapeutique sur l'adolescent. Il s'agit donc pour nous d'examiner et d'appréhender l'action des interventions de prise en charge engagée par le thérapeute au cours des entrevues sur le travail thérapeutique sur les adolescents toxicomanes;

OS<sub>2</sub>- examiner et comprendre comment l'implication des membres de la famille comme partie prenante des soins de l'adolescent toxicomane va favoriser le travail thérapeutique sur l'adolescent. Par cet objectif, nous voulons examiner et comprendre



l'action des interventions de prise en charge par le thérapeute au cours des entrevues sur le travail thérapeutique sur les adolescents toxicomanes dans leur environnement familial.

Ces objectifs, sont assortis des intérêts de cette recherche.

### **1.5.3. Intérêts de l'étude**

Ce travail revêt plusieurs centres d'intérêt en fonction des approches de lecture ainsi, parmi les intérêts liés à cette étude, peuvent être relevées :

- les portées sociales de ce travail représentent une avancée au sens où il s'agit de l'utilité sociale desdits travaux de recherche. Sur un plan essentiellement qualitatif, ceci est une démarche vers une meilleure prise en charge des adolescents en situation de toxicomanie, pour une efficacité des techniques thérapeutiques. La plus-value sociale de ce travail peut être traduite par la capitalisation du rôle thérapeutique que peut jouer le groupe familial et le réseau primaire de l'adolescent toxicomane, dans un processus de prise en charge ; bien plus, cette étude pourra également favoriser une meilleure prise en charge thérapeutique de l'adolescent en situation d'addiction, une meilleure gestion des souffrances psychologique des patients et des familles affectées. Elle permettra aussi un bon holding et handling selon l'expression de Winnicott, du patient par le thérapeute et la famille. Précisons une fois de plus que notre étude se veut une contribution à la prise en charge thérapeutique avec implication de l'environnement social, plus précisément à l'environnement familial auprès de l'adolescent toxicomane.

Du point de vue scientifique et académique, cette étude permet de comprendre et d'améliorer les approches théoriques qui expliquent les différentes orientations thérapeutiques. Toujours en apports scientifiques, cette étude révèle la nécessité en psychothérapie de contextualiser les interventions comme composante thérapeutique importante.

Toujours dans le cadre des implications scientifiques, cette étude révèle la nécessité en Psychopathologie et clinique de dépasser les interventions uniquement médicalisantes au profit des interventions médico-psycho-sociales, avec l'implication à son environnement le plus significatif (la famille) comme principal enjeu thérapeutique. Ici, l'enjeu est celui de la perspective d'intégration de la prise en charge des adolescents toxicomanes à leur environnement familial dans le traitement et notamment dans les courants de thérapie

familiale. Des interrogations naissent alors et qui nécessitent que les spécialistes, entre autres, leur apporte une réponse : « *peut-on réduire le patient à sa maladie ?* » « *Doit-on considérer la souffrance comme quelque chose qui serait réservé au seul patient ?* » « *Pour qu'un adolescent toxicomane puisse dépasser et surmonter ses souffrances, n'est-il pas nécessaire que se mobilise l'ensemble de sa famille ?* » c'est le lieu de mettre un accent sur les difficultés possibles du thérapeute. Car, ici, le social suppose le psychologique dans ses deux aspects relationnels incluant les aspects psycho dynamiques de la personnalité et psychosocial caractérisé par la mise en relation de différentes subjectivités.

Du point de vue de la théorie, cette étude permet de situer sur quelle théorie des transactions familiales, de la prise en charge d'un adolescent, fût-il toxicomane, à sa sphère familiale peut prendre appui ou s'étayer. Dans ce sens, il est considéré ici la théorie familio-systémique et plus précisément la tendance structurale de Minuchin (1974, 2005), dont les résultats de la présente étude permettront de mesurer ou d'apprécier la pertinence.

## CHAPITRE 2 : PERSPECTIVES SUR LA FAMILLE

Dans ce chapitre il est pour nous question de présenter le concept de famille dans les aspects qui concourront à la compréhension des éléments en liens avec notre travail dont la problématique centrale tourne autour des rapports parents/famille, adolescent, toxicomanie et thérapie. De ce point de vue en nous appuyant sur les travaux de certains auteurs, nous articulons ce chapitre autour de sept principaux points : famille, esquisses en définition ; les types de familles ; famille et institutions familiales ; conceptions de la famille ; quelques perspectives en psychopathologiques de la famille ; incidence individuelle des causes familiales ; enfance et adolescence.

### 2.1. FAMILLE: ESQUISSES EN DEFINITION

#### 2.1.1. La notion de famille

Françoise Heritier-Augé (1981) constate «*qu'aussi vitale, essentielle et apparemment universelle que ce soit l'institution familiale, il n'en existe pas, tout comme pour le mariage, de définition rigoureuse*», en parcourant les différents grands dictionnaires, que ce soit le Littré ou l'Encyclopedia Britannica.

*«Qu'on insiste sur ses conditions d'émergence la reconnaissance sociale nécessaire de l'union de deux partenaires sexuels, procréateurs et coopérant économiquement, la résidence commune, les liens du sang ou la transmission dans le temps on voit bien s'esquisser un modèle tendant à définir à quoi sert la famille, cellule de base de toute société, mais sans qu'on puisse fournir de définition universellement juste qui ne soit quelque peu tautologique : la famille sert à faire des enfants pour reproduire la société, l'organisation sociale secrète l'obligation de l'échange et la constitution de familles qui ne pourrait se perpétuer sans cette obligation»*

Si la famille conjugale est pratiquement universelle, elle représente, « *un équilibre instable entre des extrêmes plutôt qu'elle ne résulte d'un besoin permanent et constant exprimant les exigences les plus profondes de la nature humaine* ». Claude Lévi-Strauss (1956)

Elle peut revêtir parfois des formes singulières où les relations entre les sexes, l'affluence de la parentèle, la responsabilité des enfants... peuvent être très différentes.

L'élément conjoint, en dehors de la régularité, qui impose partout une forme stable et réglementée de rapports sexuels, est la prestation de services mutuels entre les conjoints, selon une répartition des tâches entre les sexes qui n'est pas fondée non plus sur des impératifs physiologiques et qui ne fait pas l'objet d'un contrat marchand. arbitraire, écrit Françoise Heritier-Augé,

*«elle a pour effet de rendre les deux sexes dépendants l'un de l'autre et donc de pousser à l'établissement d'une relation durable entre les individus. Au contrat d'entretien est associé la régulation des prestations sexuelles, la famille fondée sur le mariage étant le lieu privilégié de la reproduction, mais il n'y a pas de lien logiquement nécessaire entre ces deux ordres de faits : entretien mutuel, gratification sexuelle et reproduction. Des contrats de ce type auraient pu être passés entre consanguins, l'humanité étant peuplée alors de groupes clos, hostiles entre eux et recourant à la force pour se procurer des partenaires s'il venait à en manquer. Cette constatation, qui tient à des aléas démographiques, montre que nulle forme stable de société n'aurait été possible sur ces bases. La société a dû se construire contre la consanguinité.»*

Il semble bien que ce soit ce seul élément commun à toutes les sociétés qui soit réellement bien mis en évidence, même si l'on peut mettre en avant également des stratégies matrimoniales princières ou royales qui défient ces lois contre la consanguinité.

### **2.1.2. Tentatives de clarification**

La technicité des études sur la parenté, la distance maintenue entre les vocabulaires de l'ethnologie et de l'anthropologie (où l'on discute de la parenté) d'une part et de la sociologie (où l'on parle de la famille) d'autre part, la discussion de la démarche de nombreuses études par le féminisme, l'introduction d'une certaine mythologie, via les études sur le matriarcat, le combat de certaines forces politiques contre la famille elle-même, accusée de nombreux maux sociaux, ne facilitent pas la clarté des débats sur la famille et la parenté.

Aussi, dans un effort pour surmonter la complexité d'une certaine surinformation (foison de matériaux disponible sur les sociétés «*traditionnelles*» d'Afrique, d'Asie, du Pacifique et d'Amérique Latine.), il est nécessaire de clarifier des termes souvent employés de manière différente et peu explicitée par différents auteurs. Dans des termes simples, Robert Deliège (1992) nous y aide.

«Lorsqu'un homme meurt, il laisse quelque chose derrière lui : un statut, une position sociale, certains biens, des terres, de l'argent, voire quelques autres choses encore.» Toute cette fortune, loin d'être disséminé dans la communauté,

*«doit alors passer à quelqu'un d'autre et toutes les sociétés ont émis des règles précises quant à cette transmission. La filiation est le principe gouvernant la transmission de la parenté ; l'héritage (transmission des biens) et la succession (transmission des fonctions) tendent à suivre le principe de filiation.*

*La majorité des sociétés ont adopté un mode de transmission unilinéaire, à savoir que le statut et l'appartenance se transmettent soit à travers le père, soit à travers la mère. Dans le premier cas, on dira que la filiation est patrilinéaire (terme forgé par les ethnologues, précisons-nous). Ce mode de filiation est le plus commun, et se retrouve dans 248 sociétés d'un échantillon de 565 (...). Dans une société patrilinéaire, un individu appartient au groupe de son père et la famille de sa mère relève d'un groupe différent. (...)*

*Un nombre non négligeable de sociétés (15% de l'échantillon) (...) a adopté un autre mode de filiation, également unilinéaire, mais la transmission se fait à travers la mère cette fois, (...) (filiation) matrilineaire. » Robert Deliège (1992) nous met alors en garde contre une certaine perception : croire que ce mode de filiation soit lié à la répartition de l'autorité ; ainsi dans les sociétés matrilineaires, les femmes ne détiennent pas nécessairement plus d'autorité que dans les sociétés patrilinéaires et (elles) ne possèdent pas (forcément non plus) les biens. En fait, «il serait plus correct de parler de filiation «avunculinaire» car, dans de telles sociétés, la transmission se fait principalement de l'oncle maternel au neveu utérin.» Les biens et le statut d'un homme sont transmis aux enfants de sa soeur. «... une société matrilineaire n'est donc pas matriarcale, (...) (où) les femmes détiennent le pouvoir ou dominant les hommes.»*

On peut dire qu'une société à filiation matrilineaire est aussi patriarcale, «même si ce terme n'est plus guère utilisé par les anthropologues contemporains.» Il faut se garder aussi de confondre les termes «matrilineaire» et «patrilinéaire» avec ceux de «matrilatéral» et «patrilatéral» qui signifient tout simplement «du côté de la mère» et «du côté du père». (...) Les ethnologues ont longtemps affirmé que les différents modes de filiation constituaient l'essence même de l'organisation de la parenté. (Ils) considéraient (que) les systèmes de parenté différaient les uns des autres par la manière dont ils organisaient la filiation. Ils parlaient ainsi de «sociétés» matrilineaires et patrilinéaires. En avançant la théorie de

l'alliance, Lévi-Strauss contribua à ébranler cette position même si la filiation, même non considérée comme le principe essentiel régissant les sociétés, existe.

*«Un troisième groupe de sociétés s'est doté de ce que l'on a appelé un système de double filiation unilinéaire (...) : dans cette société (...) les biens meubles appartiennent (...) au groupe de la mère alors que les biens immeubles sont transmis de père en fils. (...) le système de double filiation unilinéaire n'est en fait qu'une juxtaposition de systèmes matrilineaire et patrilineaire. Il ne faut pas le confondre avec le système de filiation indifférenciée, aussi appelé filiation cognatique, dans lequel la filiation se fait à travers les fils et les filles, un peu comme dans notre société.*

*Les systèmes de filiation unilinéaire sont étroitement liés à des groupes de filiation. (...) tous les membres d'un même groupe sont censés, d'une manière putative ou réelle, descendre d'un ancêtre commun. La plupart de ces groupes «corporate» sont unilinéaires : l'idée centrale est que tous les gens qui sont les descendants d'un même ancêtre (par les hommes ou par les femmes) se considèrent, et sont considérés par les autres, comme formant un groupe distinct.»*

Comme les clans (groupes assez vastes sur de longs espaces), mais *«(le clan) n'est pas un groupe de coopération très efficace ; les segments localisés, appelés lignages le sont bien d'avantage»*. A la différence des membres d'un clan (dont le lien de parenté est fictif et mythologique), les membres d'un lignage sont

*«Parfaitement capables de retracer leur lien à un ancêtre commun.» « Dans une société ainsi divisée, le nombre de clans reste plus ou moins constant alors que le lignage est une unité par essence dynamique puisque tout homme marié est susceptible d'en former un nouveau. Les «sociétéslignagères» ont une nette tendance à la (...) segmentation des lignages.»*

Les études africaines des anthropologues britanniques ont longtemps conduit à penser qu'il existait partout des groupes de filiation tels que ceux que l'on rencontre en Afrique noire. Or tel n'est pas le cas. Même lorsque de tels groupes existent, ils ne revêtent pas nécessairement une véritable signification sociologique et peuvent être purement formels. Leur existence ne contredit pas non plus la vitalité de la famille conjugale et Elkin (1967) pour ainsi affirmer que parmi les aborigènes australiens, la famille composée d'un homme, de ses épouses et de leurs enfants constitue *«l'unité fondamentale de la société»*.

## **2.2. LES TYPES DE FAMILLES**

Décomposée, recomposée, monoparentale, éclatée, tendance *« bobos »* ou *« dinks »* ... la liste des qualificatifs utilisés pour décrire et dénommer les familles recouvre une diversité

extrêmement complexe. Depuis les années 90, l'on peut compter différents types de familles. A l'occasion de l'Année internationale de la famille (1994), l'Institut Vanier de la famille à décrit les familles comme suit :

### **2.2.1. La famille élargie**

Ce modèle très répandu en Afrique, comprend les parents, les enfants, les tantes, les oncles, les grands-parents et les autres parents vivant ou non sous un même toit. Dans ce type de famille il existe deux sous-types, l'un dit famille souche et l'autre dit famille communautaire.

#### **2.2.1.1. La famille souche**

Ce sous-type de famille élargie que l'on retrouve dans les régions du Centre de l'Est du Littoral et dans le sud-ouest du Cameroun est dit de type inégalitaire. Elle repose sur la cohabitation de plusieurs générations de la même famille (chacune représentée par un seul couple): Un couple de parents fait bénéficier un seul des ses enfants (généralement l'aîné) d'un héritage de leur patrimoine. La famille implique une hiérarchie avec un respect prononcé réservé aux parents et en particulier à la figure patriarcale qui accorde une importance particulière aux valeurs morales. Dans ce sous-type de famille élargie, les enfants sont généralement peu nombreux puisque les enfants qui n'héritent pas finissent par se retrouver en dehors de l'unité familiale que composent les membres de la famille vivant sous le même toit.

#### **2.2.1.2. La famille communautaire**

Ce sous-type Système familial dans lequel les relations parents-enfants sont de type autoritaire et les relations entre frères de type égalitaire. Il est dit patrilinéaire, c'est à dire qu'en son sein est accordée une importance particulière à la filiation dans laquelle les enfants sont inscrits dans le lignage de leur père. Tous les fils de ce type de famille peuvent se marier et s'installer avec leur épouse dans le domicile parental. Ils forment ainsi une communauté fraternelle égalitaire mais soumise à l'autorité du père.

Ce type de famille est surtout présent dans les communautés bantu. Elles se divisent selon trois types:

**Exogame:** Système de famille communautaire dans lequel le mariage a lieu de préférence entre deux personnes de familles différentes.

**Endogame:** Système de famille communautaire dans lequel le mariage a lieu de préférence entre cousins du premier degré, enfants de deux frères de la même famille.

**Asymétrique:** Système de famille communautaire dans lequel s'observe une relation qualifiée de primordiale entre les frères et soeurs. Cette relation particulière engendre un mariage ayant lieu de préférence entre des cousins du premier degré, enfants d'un frère et d'une sœur de la même famille (les cousins enfants de deux frères ne peuvent se marier).

Les familles élargies présentent plusieurs avantages comme la cohésion ou encore une solidarité dite spontanée et naturelle qui entrave le fait que les membres de la famille ne se retrouvent «*livrés à eux-même*». Toutefois ce type de famille a aussi des inconvénients. En effet, il implique une importante restriction de la liberté individuelle ainsi que de la mobilité géographique.

### **2.2.2. La famille nucléaire**

Elle comprend deux parents ayant un ou plusieurs enfants biologiques ou adoptés vivant tous sous le même toit. C'est le modèle normal des familles monogamiques, réduite aux parents et aux enfants non mariés. La famille nucléaire des années cinquante était dirigée par un seul salarié de sexe masculin. Ce genre de famille n'est plus aujourd'hui qu'un modèle parmi les autres.

### **2.2.3. La famille polygamique**

La polygamie est un type de mariage dans lequel une personne est unie à plus d'une autre. Pour une population essentiellement paysanne, on pourrait penser que c'est le besoin d'une main d'œuvre abondante qui pousse les hommes à prendre plusieurs femmes pour avoir beaucoup d'enfants. Pourtant ce ne sont pas toujours des raisons économiques qui justifient ce choix de vie. Hier, source d'équilibre social et de développement de la communauté, la polygamie est devenue aujourd'hui cause de discordes dans des familles, dont le chef assiste, de son vivant, à la dislocation de sa maison. La polygamie se veut aussi une manifestation de puissance, et d'abord de puissance sexuelle de la part du mâle qui la contrôle. Mais elle a été aussi, au long de sa très ancienne histoire un outil politique. La Bible en offre de clairs exemples. Prendre possession du harem du souverain, ou séduire une de ses concubines, c'est affirmer une prétention d'usurper son pouvoir. Si cette polygamie «*de prestige*» où que ce soit, est réservée aux puissants, les contraintes familiales, le besoin de s'assurer une descendance peuvent aussi susciter une polygamie «*utilitaire*». La fécondité, des «*maîtres de harem*» peut être une gloire mais aussi un danger potentiel avec le nombre parfois très élevé de descendants. Ceux-ci ne voient pas leurs droits clairement définis et peuvent se lancer dans des guerres de succession et des batailles incessantes. Les règles sur la polygamie peuvent différer fortement en fonction de la culture du groupe social. Dans les pays en voie de



développement, l'alphabétisation et le développement culturel de la femme font reculer la polygamie. Elle se révolte contre la surpuissance du mari et se libère progressivement.

#### **2.2.4. La famille monogamique**

Alors que, pour Morgan et les évolutionnistes, la monogamie est le dernier moment d'une longue évolution, qui a commencé dans la promiscuité primitive, et caractérise les «civilisés», en opposition aux «sauvages» et aux «barbares», pour Wilhem Schmidt(1931) et les tenants de l'école d'ethnographie historique, c'est la monogamie qui définit l'humanité primitive. Il faut distinguer en effet entre les «vrais» et les «faux» anciens. Les vrais primitifs, qui au moment de leur découverte en étaient encore à l'âge du Paléolithique du point de vue de leur outillage technique, et qui vivent uniquement de cueillette et de petite chasse, ne connaîtraient que la société conjugale fondée sur le mariage monogame: Semangs de Malacca, Négrilles d'Afrique, Négritos des Philippines, etc. Cependant, le père W. Schmidt est bien obligé de reconnaître qu'il existe chez ces peuples des cas de polygamie, si rares soient-ils; mais, pour lui, ces quelques cas ont nettement le caractère de dérogations à la pratique commune et, lorsqu'il arrive qu'un individu ait plusieurs femmes, ce n'est jamais dans le même campement, ce qui fait que l'école d'ethnographie historique se croit en droit de conclure que, chez les «vrais» anciens, il ne s'agit pas d'une monogamie de fait, mais bien de droit.

Il s'ensuit que la monogamie est le contraire de la polygamie, elle désigne l'union d'un seul homme et d'une seule femme. Dans le cas d'une famille de ce régime matrimonial, le père et la mère vivent avec leur progéniture.

#### **2.2.5. La famille recomposée ou reconstituée**

Ici, les parents divorcés, remariés, vivent avec les enfants d'un ou de deux mariages précédents et les enfants de leur union actuelle. Les familles reconstituées sont formées d'une combinaison de relations biologiques et par alliance entre les parents et les enfants. On distingue trois sortes de familles reconstituées: la famille avec la mère des enfants seulement (la plus courante), celle avec le père seulement, et la famille « *recomposée* ».

La famille recomposée ou reconstituée comprend des enfants issus d'unions précédentes que chaque parent avait amenés ou il s'agissait d'enfants issus d'unions précédentes et de l'actuelle union.

### **2.2.6. La famille monoparentale**

Par famille monoparentale, on entend un parent unique, en général une mère, avec un ou plusieurs enfants. Le concept de « *monoparentalité* » renvoie à la spécificité d'une approche francophone de la question, et s'est totalement substitué à d'autres dénominations (cellule matrifocale, matricentrique, etc.) plus proches du terme utilisé en anglais (matrifocality). La catégorie « *famille monoparentale* » a été créée dans la perspective de définir ce type d'unité familiale comme « *variante* » et non plus comme une forme « *déviante* » des unités domestiques dites « *normales* » ou « *complètes* » Lefaucheur (1991). Le concept a émergé en France au cours des années 70 dans le contexte de l'expansion du divorce, de l'union libre, de la désinstitutionnalisation et l'éclatement des noyaux familiaux.

Dans cette optique, la recherche française sur la monoparentalité, s'est attachée à des thèmes s'articulant autour de l'enjeu du partage institutionnel du poids économique de l'enfant : les politiques familiales, les questions de vulnérabilité et de transferts sociaux, les effets de la monoparentalité sur les enfants, le déclin du mariage et la définition de la famille «*légitime*» Lefaucheur (1991). Dans le contexte purement africain il est important de noter que la monoparentalité est un phénomène en émergence du fait des nouvelles contraintes liées à la modernisation, aux exigences économiques, et aux changements de paradigmes sur les considérations du Genre.

### **2.2.7. La cohabitation ou union de fait**

La cohabitation ou concubinage ou encore l'union de fait favorise une famille similaire aux autres modèles, mais sans mariage légal. Elle peut prendre l'une des différentes formes ci-dessous citées:

#### **2.2.7.1. Famille coparentale**

La notion de famille coparentale renvoie au type de famille où l'on observe une bipolarité d'autorité due à l'éclatement d'une famille nucléaire et dont les deux parents gardent une autorité égale en terme de pouvoir économique et de décision sur les enfants. Ce relativement nouveau est en voie de passer dans le langage populaire pour exprimer le fonctionnement bicephale des des les familles éclatées. Ici l'idée de coresponsabilité et le fait que la valeur des deux parents demeure intacte au-delà de la séparation, est relevée.

### **2.2.7.2. Famille déconstituée**

La famille déconstituée ressemble étrangement à la famille éclatée sauf que dans ce cas la déconstitution est souvent provoquée par une décision unilatérale et dont les conséquences sont généralement dévastatrices pour la cellule familiale. C'est le résultat d'une rupture de la cellule familiale traditionnelle.

### **2.2.7.3. Famille éclatée**

La famille nucléaire après la vie commune et avant qu'elle ne se recompose (si elle devait se recomposer). Dans cette optique, la famille éclatée qui ne se recompose pas avec une autre éclatée est condamnée à demeurer en mille morceaux pour la vie.

### **2.2.7.4. Famille mosaïque**

Celle dont on colle et recolle les morceaux et dont l'harmonie fragile peut se rompre à tout moment. Par exemple : union suivie d'une séparation, suivie d'une réconciliation, suivie d'une seconde séparation, etc. Actions infinies jusqu'à rupture définitive.

### **2.2.7.5. Famille parfaite**

Comme dans les comédies romantiques et les magazines de Martha Stewart. Autorisée à être dysfonctionnelle en privé mais doit toujours garder un vernis impeccable en société.

### **2.2.7.6. Famille recomposée ou reconstituée**

Se compose de plusieurs membres de familles nucléaires antérieures qui prennent le pari de s'engager à nouveau. On parle de famille de la 2<sup>ème</sup> chance, elle-même composée de couples de la 3<sup>e</sup> vague.

### **2.2.7.7. Famille traditionnelle**

Un papa, une maman, un ou plusieurs fil(s), une ou plusieurs fille(s). Parfois, un petit dernier pour la route. On dit traditionnelle, mais on pourrait dire mythique, chimérique ou menacée d'extinction. Dans quelques années, on parlera peut-être de cette famille comme d'un modèle de la préhistoire contemporaine.

#### **2.2.7.8. Famille vedettes**

Famille composée d'un couple de vedettes qui désire protéger sa vie privée sans négliger son capital sympathie auprès du public. Fait régulièrement des entorses à son propre code d'éthique en donnant force détails sur son désir d'enfant, grossesse, accouchement et vie de famille dans les magazines populaires que l'on retrouve juste avant de passer à la caisse à l'épicerie. Entretient l'illusion de la famille parfaite.

#### **2.2.7.9. La famille homoparentale**

La famille homoparentale s'entend comme celle dans laquelle les composantes du couple sont de même sexe. Les évolutions sociales et juridiques contemporaines de l'Occident (légalisation de l'homosexualité, lutte contre l'homophobie) sont allées de paire avec la tolérance de ménages formés par des personnes de même sexe. La légalisation du mariage homosexuel dans les pays où elle a eu lieu a renforcé l'institutionnalisation non seulement de couples dits homosexuels, mais aussi de familles homosexuelles.

Actuellement, officiellement, le type de famille homosexuelle demeure inconnu dans l'environnement africain où l'homosexualité n'est pas encore une forme reconnue de sexualité.

Le type de famille homosexuelle n'est pas pathologique, mais une famille « normale » comme toutes les autres familles. Ici, nous retrouvons les parents de même sexe qui peuvent adopter les enfants et assurer leur éducation.

### **2.3. FAMILLE ET INSTITUTIONS FAMILIALES**

La famille comme milieu primaire de socialisation de l'homme trouve son fondement dans l'union entre deux ou plusieurs individus liés par des liens formels ou informels de mariage regit en institution dans toutes les sociétés anciennes et modernes. Cet institution est ainsi codifiée et exprimée dans son sein par des interdits.

#### **2.3.1. Institution du mariage**

Le mariage constitue une institution fondamentale des sociétés qu'étudient les anthropologues : c'est le plus souvent à travers l'union matrimoniale que se forge l'alliance entre les groupes et que se noue la solidarité sociale. Celui-ci peut être monogame ou polygame. Dans ce dernier cas, on distingue le mariage polygamique du mariage, beaucoup plus rare, du mariage polyandrique.

*« Ces concepts ne sont cependant pas toujours adéquats : ainsi dans de nombreuses sociétés la polygamie est tolérée, voire valorisée, mais elle n'en demeure pas moins peu fréquente, et, dans ce cas, il devient difficile de parler de société polygame. »*

Il faut comprendre qu'avoir plusieurs femmes pour un homme représente un effort économique important (de la part de sa famille) et que, dans beaucoup de cas, ce sont surtout les classes supérieures les plus riches qui valorisent ce genre de mariage, plus le nombre de femmes étant important, plus bien entendu, le prestige de l'homme est étendu... Car le mariage s'accompagne, très souvent, d'une série de transactions matérielles.

Beaucoup d'écrits anglophones et francophones discutent des modalités de ces échanges, les barrières linguistiques ne favorisant pas beaucoup les compréhensions des différents concepts utilisés. On peut distinguer la dot, forme anticipée d'héritage, du « *prix de la fiancée* » qui désigne

*« La pratique selon laquelle les parents d'un garçon doivent donner une compensation matrimoniale aux parents de la jeune fille. » « ...il s'agit (non d'une transaction commerciale mais) d'une espèce de compensation pour la perte et d'un transfert subséquent de certains droits sur la jeune femme et sa progéniture à naître ».*

Robert Deliège (1992) nous indique que

*« on a souvent remarqué que le « prix de la fiancée » était caractéristique de sociétés égalitaires ou de mariages isogames (qui unit des conjoints de même statut social) comme les sociétés d'Afrique centrale, alors que la « dot » est au contraire plus fréquente dans les sociétés hiérarchisées et plus particulièrement des mariages hypergamiques (c'est-à-dire ceux dans lesquelles une femme est mariée à un jeune de statut supérieur en opposition au mariage hypogamique), comme par exemple, dans la société indienne ».*

### **2.3.2. Interdits universels**

Contrairement à ce que croyaient les anthropologues évolutionnistes du XIX<sup>e</sup> siècle, la promiscuité sexuelle n'existe pas dans les sociétés humaines. Toutes les sociétés déterminent donc certaines catégories de personnes que l'on ne peut épouser et avec lesquelles on ne peut pas avoir de relations sexuelles ; d'habitude, mariage et relations sexuelles sont associés, mais pas toujours (...).

L'interdit de l'inceste étant universel, toute société définit, d'une manière plus ou moins institutionnalisée, un groupe à l'intérieur duquel on ne peut pas se marier. Il est obligatoire de

se marier en dehors de ce groupe et McLennan, juriste écossais du XIXe siècle a appelé exogamie, cette obligation.

*« En général, les groupes de filiation unilinéaire (...) sont exogames puisqu'ils rassemblent des personnes considérées en tant que descendants d'un ancêtre commun. La règle d'exogamie a des conséquences sociales importantes (car) elle force en quelque sorte à épouser une personne qui est, d'une manière ou d'une autre, étrangère et parfois même issue d'un groupe hostile. (...) L'exogamie permet alors de créer ou de renforcer des liens entre groupes différents qui composent une même société. Sans ces alliances matrimoniales, ces groupes seraient bien plus isolés et bien moins solidaires. »*

Nous sommes bien là au coeur d'une institution centrale qui, en regard des nombreux conflits entre personnes et groupes, tend à les diluer pour en contrôler le degré de violence.

(Deliège, 2004)

*« L'exogamie a cependant des limites que l'on préfère ne pas franchir et les sociétés humaines ont, pour la plupart, défini des groupes à l'intérieur desquels on doit se marier : on parlera alors d'endogamie. Ainsi une tribu est généralement endogame dans le sens où ses membres ne sont pas autorisés à se marier en dehors de ces limites. L'endogamie est souvent associée à une certaine idée de pureté et c'est ainsi que la caste est le groupement endogame par excellence ; se marier en dehors du groupe risque de mettre en péril la pureté du groupe tout entier. »*

Concernant le lieu de résidence du nouveau couple, le « *patrilocal* » (ou virilocale) et le « *matrilocal* » (ou uxoricale), constituent des choix qui éloignent l'un des deux partenaires de son univers familial.

*« Dans l'échantillon de 250 sociétés étudiées par Murdock (1937), 146 sont virilocales, 38 uxoricales, et 17 néolocalles (établissement dans un autre lieu) ; le reste se divise entre solutions hybrides. (...) Les rapports entre une personne et sa famille/belle-famille varient considérablement selon le mode de résidence choisi. »*

La résidence néolocale favorise clairement le développement de la famille nucléaire. D'ailleurs les variations des conditions de vie engendrent automatiquement des changements de résidence : l'émigration, la surpopulation favorisent la néolocalité.

En adoptant l'agriculture, les peuples de chasseurs ont souvent préféré la résidence matrilocale car les activités agricoles étaient, chez eux, largement féminines. Tout changement culturel et économique renforçant l'influence des hommes par rapport aux

femmes est susceptible de conduire à la virilocalité ; ainsi le labourage ou le pastoralisme. De même, la polygynie s'accommode mal de la matrilocalité. Le passage à la néolocalité entraîne presque naturellement le démantèlement des groupes de filiation unilinéaire.

Cet effort de clarification reflète aussi un état de la réflexion sur la parenté, assez orientée dans le sens d'une certaine uniformisation des habitudes. Ainsi, l'accent mis sur l'unité de base, le couple mari-femme(s)-enfants - à contrario de celui mis en avant auparavant sur la parentèle élargie.

Au fur et à mesure que nous avançons dans le temps, le nombre de société « *non contaminées* », « *isolées* » plus proches des temps anciens que des nôtres, diminue, jusqu'à leur disparition. Non seulement par la diffusion des connaissances et le progrès de certains prosélytismes, mais aussi parce que d'anciens modes de vie sont condamnés à disparaître en même temps que leur milieu naturel. Aussi, même si nous pouvons voir plus clair dans l'influence des formes familiales sur la nature des conflits et leurs modalités d'expressions, le nombre de « *points de comparaison* » diminue inexorablement.

## **2.4. CONCEPTIONS DE LA FAMILLE**

Pour mieux appréhender ce concept il est important de relever quelques éléments de l'histoire de la famille, la conception africaine de cette unité fondamentale de la société et les rapports de domination ou de pouvoir entre les genres au sein de la famille.

### **2.4.1. Elements d'historicité de la famille**

La tragédie grecque du Vème siècle avant J.-C. (Sophocle, Eschyle et Euripide) puise son inspiration dans les conflits entre des familles maudites par les dieux, comme les Labdacides et les Atrides. Sophocle montre comment la malédiction d'Apollon sur Laïos, le père d'Œdipe, coupable d'aimer son jeune élève, Crisis, et de provoquer son suicide, va se transmettre à Œdipe et aux enfants qu'il a eus avec sa mère Jocaste. L'histoire de cette famille, outre l'interdit de l'inceste maternel morbide et le trouble induit sur la succession des générations, illustre également comment le secret sur ses origines est susceptible d'entraîner des traumatismes et de la honte sur soi pour les générations futures.

La tragédie Antigone, de Sophocle, est un conflit entre la loi traditionnelle, loi de la famille, loi sacrée d'ensevelir les morts, et la loi de la cité, où celui qui a trahi est jeté hors les murs et livré aux bêtes sans tombe. Antigone veut donner une sépulture à Polynice et sera punie de mort par le tyran Créon, l'oncle d'Antigone. Sophocle nous laisse remarquer que la loi de la famille est aussi importante et sacrée que celle de la cité: le fils de Créon, amoureux

d'Antigone, en fait le reproche à son père et va se tuer à son tour. L'Orestie d'Eschyle souligne l'importance de la loi du père et de son commandement sur la loi maternelle: Oreste venge son père Agamemnon en tuant Clytemnestre, sa mère, et sera absous par le tribunal des hommes et des dieux, à la fin de la trilogie.

Dans l'Antiquité romaine, le système familial est patriarcal et le mariage est décidé par les parents pour le choix du conjoint. Le père est celui qui présente l'enfant, le garçon, sur le seuil de sa demeure. Il le soulève et le montre au public en le nommant. Cela montre bien le rôle de la famille comme institution sous le regard de la société. Cette famille romaine recouvre trois formes, la famille proche, puis la gens (famille élargie, communauté de nom et de biens, qui comporte les personnes vivant sous le même toit) et enfin, l'agnat, qui réunit les membres d'une famille par les hommes. Le lien parental est un lien volontaire: il ne suffit pas de naître dans une famille pour en faire partie et l'adoption est courante.

Avec la chrétienté en Occident médiéval, l'Église impose le mariage, peu courant dans les mœurs, ainsi que le nom de famille à la population afin de fixer le groupe familial et d'en assurer la continuité religieuse. Elle encourage la famille nucléaire conjugale au sein de la population, plus aisée au contrôle. Les registres d'état civil sont tenus dans les paroisses. Le mariage devient prépondérant en France, en Allemagne, en Italie. Peu à peu, le nom patronymique devient le nom de baptême de l'homme accompagné du surnom. L'intégration de la femme à la maison de l'homme allait jusqu'à changer son nom personnel. Elle était donnée par son père, ou achetée par son mari ou encore enlevée par celui-ci sans dot. Cependant, dans certaines régions, c'est le surnom de la femme qui se transmet.

Dans la noblesse, la transmission des terres et du patrimoine donne la priorité au droit d'aînesse et au lignage. Le plus souvent, le nom de famille est celui de la terre. Dans les campagnes, les paysans essaient de limiter les naissances et le nombre de bouches à nourrir.

Dans les villes, le développement de l'artisanat, puis peu à peu de la bourgeoisie commercante à la Renaissance, conduit les familles à reconsidérer la place de l'enfant et de la filiation pour la transmission des biens ou des charges, tandis que pour les familles pauvres, les abandons d'enfants sont courants. Avec la croissance du commerce à l'époque moderne, le lignage et la transmission de «*la maison du père*» deviennent prépondérants et ce modèle qui vient de la féodalité se répand aussi dans la paysannerie de la France méridionale. Signalons en passant que cette thèse de Philippe Ariès, est contestée par R. Fossier (2005) qui écrit que le sentiment de la réalité propre de l'enfant apparaît dès l'an 1000, où les abandons d'enfants diminuent.



Dans la seconde moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, la structure familiale de la France du Nord est, selon la terminologie d'E. Todd, nucléaire et égalitaire, la famille allemande autoritaire et inégalitaire, la famille russe communautaire: le propos de l'auteur est de faire le lien entre la structure familiale et l'idéologie. La Révolution de 1789, par le vote de la Convention, proclame la liberté et l'égalité des hommes en droit. Elle refuse cependant d'adopter, sur le même modèle, l'égalité des hommes et des femmes, présentée par Olympe de Gouges. La femme va continuer à être considérée comme une mineure dans la famille et la société. C'est pourtant une période où va bouger quelque peu l'autorité du mari, quand celui-ci part au front défendre les couleurs de la République, et une autre répartition des rôles commence à se faire jour.

Le XIX<sup>e</sup> siècle va consacrer le triomphe des valeurs conservatrices de la bourgeoisie. On voit naître la famille conjugale au moment de la révolution industrielle et du déplacement des populations rurales vers les usines et les milieux urbains. Le mariage arrangé par les parents, plus que le mariage d'inclination, demeure en vigueur dans les familles. L'amour passion reste extraconjugal. La littérature romanesque de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> et du début du XX<sup>e</sup> siècle s'appuie sur les contradictions entre la famille patriarcale, où l'autorité du père reste prépondérante, et le début de la contestation de cette place. Balzac, dans *La comédie humaine*, en 1834, évoque un père Goriot bafoué et ruiné par ses filles. Goriot, dont le seul bonheur est la visite de ses filles, meurt seul et Balzac nous montre la mort du père comme la fin d'un certain idéalisme de la famille. Au père déchu va succéder un nouvel héros, Rastignac, initié à la dureté du monde et qui en jouera.

Zola, lui, va s'intéresser à la transformation de la vie sociale des membres d'une même famille: les Rougon-Macquart, sous le Second Empire, et les conséquences de la révolution industrielle sur le monde des ouvriers et des employés.

Le mariage et la famille sont considérés comme une aliénation par les philosophes – Schopenhauer, Kierkegaard, Nietzsche. Pour ces penseurs, la famille perturbe la faculté de penser. Marx va jusqu'à prescrire l'abolition de la famille pour substituer l'éducation par la société à celle de la famille sous l'influence de la classe dominante. Fourier (1829), socialiste utopique, dans sa critique de la société bourgeoise, propose en 1829 une communauté de travail, des phalanstères organisés comme une grande famille. La polygamie et le libertinage permettent l'optimisation du travail. Les enfants sont élevés en communauté.

C'est dans ce moment de grande transformation de la société et d'interrogation sur la famille que va naître la psychanalyse, avec la rencontre de Freud et les hystériques en «mal du

père». Freud, avec le complexe d'Œdipe et le refoulement, rend la famille responsable de bien des névroses, accentuées par les contraintes sociales et religieuses, thèses qu'il développe dans *L'avenir d'une illusion*, puis dans *Malaise dans la civilisation*. Dans «Le roman familial des névrosés», il souligne que le névrosé se plaît à penser que ses parents ne sont pas ses vrais parents et se construit une image de parents imaginaires, glorieux.

Le XXe siècle va connaître de grands bouleversements politiques et sociaux qui auront des conséquences sur le système familial. La guerre de 1914 a permis à beaucoup de femmes de remplacer les hommes au travail et d'avoir une place différente de celle de la femme au foyer. Après la Seconde Guerre mondiale, l'augmentation du travail des femmes ne cesse de croître, facilitée aussi par la fabrication des objets du confort ménager. Avec les changements économiques, l'institution mariage perd ses rituels et n'est plus au centre de la famille. Le mariage d'amour a profondément transformé la famille. On attend du mariage la plénitude, l'harmonie, ce qui rend insupportable l'impossible du rapport sexuel, et entraîne une multiplication des divorces. La liberté sexuelle des années 1970, dans le couple et hors du couple, ainsi que l'arrivée de la contraception entraînent d'autres conceptions de la famille. On parle de familles recomposées, de familles monoparentales. Le désir d'enfant est remplacé par l'enfant du désir. L'enfant est au centre, alors qu'avant la famille se construisait à partir du mariage, privilégiant le lien entre plusieurs familles. Ce mode d'organisation est encore présent en Asie et en Orient.

Au Cameroun, la loi consacre l'égalité des hommes et des femmes dans le couple ainsi que l'égalité des droits et des devoirs concernant l'éducation de leurs enfants. Les drames du conjugal, les échecs de l'amour dans la communication, le dialogue, la surveillance parentale, et le non-rapport sexuel, la famille réduite à la filiation directe ont pour conséquence un surinvestissement affectif pour l'enfant et/ou une démission parentale. Les parents n'opposent pas de limites aux demandes d'objets, demandes qui se transforment en besoins ou les parents qui ne font plus attention au développement psychoaffectif et psychosocial de leurs progénitures. La plupart des enfants, à l'adolescence, ont un ordinateur/téléphone et parfois un téléviseur.

#### **2.4.2. Conception africaine**

La famille est l'unité sociale de base au sein de laquelle sont, communiquées aux jeunes membres de la société les normes et les valeurs, les croyances et la connaissance, ainsi que les compétences utiles au quotidien. La famille est l'unité économique de base qui apporte les chances de survie aux nourrissons et aux enfants. Elle est encore l'unité biologique

où s'effectuent la reproduction et la continuité biologique. En Afrique, c'est au niveau de la famille que la société accuse le plus douloureusement le coup du sous-développement et du changement social : la famille souffre de mauvaises conditions de logement, d'un mauvais état de santé, des rationnements de nourriture, du manque d'eau potable, de déficience nutritionnelle, du chômage (Ocholla-Ayayo, 1985, 1991).

La famille désigne chez les peuples africains un cercle de membres bien plus large que ce que le mot signifie dans son usage américano-européen. Malgré les mutations qui ont eu lieu, le concept de famille n'a pas changé de manière significative en Afrique durant les cinquante dernières années. Traditionnellement, la famille comprend les parents, les enfants, les grands-parents, les oncles et tantes, les frères et sœurs, tous pouvant avoir leurs propres enfants et d'autres personnes à charge (Mbiti, 1969 ; Ocholla-Ayayo, 1970 ; Obunga, 1988). Ce qui est typique de nombreuses sociétés africaines est ce que les anthropologues appellent la « famille étendue », ce qui signifie que deux frères ou plus (dans les sociétés patrilocales) ou deux sœurs ou plus (dans les sociétés matrilocales) établissent leurs familles en un ensemble composé ou tout près les unes des autres. Cet élargissement de la famille africaine intègre de façon structurelle la notion de polygamie qui est une pratique qui remonte à très longtemps dans les communautés africaines.

La polygynie, pratique ancestrale africaine, qui consiste pour un homme à avoir plusieurs femmes, a pour objectif la création d'une famille nombreuse. En effet, dans la conception traditionnelle africaine, le fait d'avoir plusieurs femmes témoigne de la virilité de l'homme. Les différentes femmes représentent de nombreux bras pour l'autosubsistance de la famille : culture de champs, fourniture d'eau et cuisine sont leur domaine. Une femme doit obligatoirement faire des enfants. Si elle ne peut pas procréer, elle doit accepter que son mari aille chercher une autre femme plus jeune pour assumer cette fonction.

Dans certaines ethnies, la femme va chercher parmi ses sœurs ou ses cousines proches de la coépouse celle qui viendra donner des descendants à son mari. Elle pourra, ainsi, se charger de leur éducation. Ce choix de la femme, parfois au sein de sa propre famille nucléaire, a pour but d'empêcher le mari d'aller chercher dans une famille qui lui est extérieure. Elle conserve ainsi l'intégralité de la richesse ou du patrimoine de son mari et évite le morcellement ou le partage, avec une autre famille que la sienne. Le célibat de la femme étant très mal perçu en Afrique noire, la polygamie pourrait signifier, pour celui qui la pratique et certains adeptes, la mise de la femme à l'abri de la débauche.

L'autre objectif de la polygynie c'est la procréation de nombreux enfants. Dans une Afrique où les systèmes modernes de protection sociale n'existaient pas, avoir plusieurs enfants, c'était assurer ses vieux jours, une retraite garantie. Car, si la plupart des enfants réussissent, ils reprennent à charge une partie de leur fratrie, (c'est souvent les plus jeunes). Ils aident leur père à l'entretien du reste de la famille. Les aînés soulagent ainsi leurs pères de la charge des plus jeunes. Il s'agit d'une véritable solidarité familiale.

Depuis les indépendances, beaucoup de facteurs viennent remettre en cause ce type de famille. Ils ont pour noms : le système économique instauré après les années 1960, le système de protection sociale en place encore embryonnaire, le travail des femmes dû à une instruction galopante, l'exercice du commerce informel, le changement de mentalité vis-à-vis du célibat des femmes etc. Néanmoins le constat est clair. La polygynie, comme toute institution, suit les mutations. Dans les pays où la loi l'interdit, elle prend la forme de pratique extraconjugale (« *les bureaux* » ou, dans les pays occidentaux « *les maîtresses* »). La polygynie a beaucoup évolué avec la mutation des sociétés africaines. Un certain nombre de changements se produit au sein des familles : avec l'accentuation des difficultés économiques, l'aspiration à une famille de taille élevée diminue. La solidarité familiale étant la clé de voûte de la société, plus la taille de la famille est grande, plus ceux qui réussissent à s'en sortir ont des contraintes et des obligations envers ses membres. Cependant, abandonner la polygynie suppose un autre fonctionnement de la société et une remise en cause du pouvoir des hommes sur les femmes. Ce système matrimonial, en effet, est source d'inégalité : il donne plus de droit à l'homme qu'à la femme, plus de pouvoir au riche qu'au pauvre qui pourra avoir plus de femmes et tirer profit de leur travail et de celui de leurs enfants, surtout à la campagne.

### **2.4.3. Famille et rapport de genre**

Les études féministes, même si par tactique idéologique on les appelle plutôt études sociologiques du genre, ont remis en question un certain « *andocentrisme* » de la pensée scientifique en général et de la pensée anthropologique en particulier. Elles rééquilibrent une vision de la famille trop centrée sur le père ou le chef de famille, non pas forcément pour contester la réalité de la domination masculine, mais pour en contester la légitimité, surtout lorsqu'elle tend vouloir se faire sur des bases biologiques.

L'impulsion de départ de ces études, comme le rappelle Nicole-Claude Mathieu (1991)

*« est objectivement liée à la (re)naissance et à l'impact des mouvements de libération des femmes dans les pays occidentaux comme dans le tiers-*

*monde. De même que l'analyse par Marx du rapport prolétariat/capital, suscitée par une vision critique de l'organisation sociale, diffère des descriptions de Villermé ou de Le Play sur la « condition ouvrière », les études féministes diffèrent des travaux antérieurs sur la « condition féminine ».*

Depuis les années 1960 dans les sciences humaines, s'introduit une nouvelle critique, et singulièrement en ce qui concerne la famille. Critiques à la fois sur le fond et militantes, multitudes d'essais de luttes féministes qui ne font pas toujours le partage clair entre propositions politiques et réinterprétations de l'histoire des familles de l'espèce humaine.

C'est ce que mentionne entre autres Nicole-Claude Mathieu : « *Que l'on voie entre féminisme et anthropologie une relation difficile* » M. Strathern (1987), ou une alliance possible H. Dagenais (1987), il existe, au-delà du consensus sur l'andocentrisme, une diversité de positions théoriques dans la réinterprétation des données et l'orientation des recherches nouvelles.

Cette diversité reflète les différents niveaux de critique de l'andocentrisme et les tendances internes aux mouvements de femmes, mais rappelle aussi les divergences d'analyse de l'anthropologie précédente :

- Certains études, d'inspiration fonctionnaliste et encore traditionnelle, voient l'idéologie andocentrée de la plupart des sociétés plutôt comme un effet de surface, et insistent sur le pouvoir « *réel* » quelquefois moins visible, des femmes dans la complémentarité des sexes (conçue comme symétrique ou asymétrique). Ici sont en cause les définitions du pouvoir, du statut, de l'autonomie, etc. Mais la question est-elle de savoir si les femmes ont « *du pouvoir* », ou de la valeur, dans le domaine qui leur est assigné, ou si elles ont, sur les hommes et la société, le pouvoir de décision finale et globale qu'ils ont sur les femmes et la société.

- Une autre tendance, prolongeant les travaux d'Engels, et qui se nomme elle-même féministe-marxiste aux États-Unis, s'attache aux conditions d'apparition de l'inégalité entre les sexes selon les contextes socio-historiques : changements de modes de production, formation des classes, de l'État, déstructurations dues à la colonisation, au capitalisme, etc. Sous nier la domination masculine dans nombre de sociétés, elle affirme l'existence de sociétés égalitaires du point de vue des sexes, surtout parmi les chasseurs-cueilleurs, ce qui est contesté. E. Leacock (1978).

- Si les deux premières tendances tentent de rendre visible les femmes dans l'analyse des relations « *entre* » les sexes, une troisième orientation tente plutôt de rendre visible l'oppression des femmes à travers la construction même de la différence sociale des sexes. D'inspiration « *radicale* », matérialiste ou marxienne (plutôt que marxiste), elle souligne la nécessité de dépasser la vision fixiste des sexes fondée sur une conceptualisation naturaliste des femmes et sur l'idée d'une « *naturalité* » de la procréation et de la division sexuelle du travail. Elle ne voit pas « *l'universalité* » (en l'état actuel des connaissances) de la subordination des femmes comme inéluctable, mais s'attache aux mécanismes sociaux, matériels et idéels, de la différenciation, qui définissent dialectiquement les deux catégories ou « *classes* » de sexe : notamment les modes de contrôle masculin sur le travail, la sexualité et la conscience des femmes.

D'une manière générale, et au-delà des oppositions entre auteurs, y compris à l'intérieur des tendances ici simplifiées, les études féministes ont problématisé le concept de sexe en systématisant ceux de genre et de sexe social, ce qui a aussi entraîné de nouvelles recherches en anthropologie symbolique quant à la variabilité des agencements cognitifs de la catégorie de sexe selon les sociétés.

## **2.5. QUELQUES PERSPECTIVES EN PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA FAMILLE**

La problématique de la consommation des substances psychoactives par les adolescents vivant au sein des familles sous l'autorité totale ou partielle des parents, qui de leur côté vivent parfois de façon impuissante la dépendance de leurs progénitures à ces drogues, et sous le regard de la fratrie, peut conduire la famille à sombrer dans des pathologies dites familiales.

### **2.5.1. La famille et la délinquance juvénile**

La famille est un système complet. Elle comprend une anatomie (cellules, sous-groupes, satellites, structure hiérarchique du pouvoir), une physiologie (moyens de communications avec signaux, codes, symboles, langage verbal ou gestuel), une psychopathologie (mécanismes de défense, modes de neutralisation des conflits, symptômes et pathogénie). Il existe aussi une forme de thérapie appropriée au cas de la famille.

Selon Cattell (1950), on peut compter jusqu'à quatorze types de relations fondamentales dans la famille. Si nous y ajoutons les différentes modalités secondaires qui relient entre eux les membres, nous pouvons nous faire une idée approximative de la richesse

des interactions au sein de la famille. Tout individu est le produit final de ce réseau relationnel diffus et complexe.

Lieu privilégié de rencontre entre le domaine du personnel et celui du socio-culturel, la famille initie à l'apprentissage et à la pratique de valeurs essentielles telle la tolérance à la frustration, l'identité personnelle, le sens de la propriété, de la solidarité, de la hiérarchie. D'un nourrisson polymorphe et asocial, elle en fait un « *candidat à l'humanité* ». Pour que la famille joue pleinement son rôle d'agent socialisateur et de matrice d'identification, il est impératif qu'elle forme un cadre de référence stable et une source de sécurité pour l'enfant.

Au mythe de la famille unie fonctionnant comme un bloc sans fissures, Jules Renard a opposé dans « *Poils de Carotte* » une image sensiblement plus réaliste à certains égards pour un crimi- nologue. La famille serait plutôt cette « *réunion forcée, sous le même toit, de quelques personnes qui ne peuvent pas se sentir* ». (Cité par Porot 1963). D'un foyer irradiant l'amour elle peut se transformer en un « *nœud de vipères* » ou en une structure aliénatrice d'invalidation. Dans ce cas la famille, loin d'engendrer un sentiment d'appartenance et une image consistante de soi, diffuse plutôt une impression obsédante d'aliénation. Vie de famille ou avenue royale vers la déviance, telle est la problématique.

### **2.5.2. Solution ou crise de la famille occidentale**

La famille, selon Philippe Ariès (1962, 1969) était autrefois une grande communauté intégrée, sans clivage marqué entre les adultes et les jeunes. Au cours de l'histoire, l'écart entre les parents et les enfants s'est considérablement élargi au point de créer ces « classes d'âges » qui souffrent de plus en plus d'un sentiment d'aliénation au sein de la structure familiale.

D'autre part, l'emprise de la famille sur la quotidienneté de l'existence semble relativement récente. L'intervention de la famille jadis limitée aux périodes de crise interne devient davantage généralisée. Depuis la deuxième moitié du dix-huitième siècle, la famille se fait envahissante et annexe de nouveaux domaines dans la société capitaliste occidentale.

Les plus pessimistes comme David Cooper (1972) pensent que c'est une structure appelée à disparaître et à être remplacée par d'autres « *structures d'élevage* », comme les Kibboutz en Israël ou les nouvelles « *communautés* » en Occident. On cherche de plus en plus des alternatives à la famille nucléaire patricentrique. On veut renoncer à « *fétichiser la consanguinité* » selon le mot de Cooper. Ce qu'on reproche essentiellement à la famille traditionnelle de l'occident, c'est d'être le prototype des institutions totalitaires. Au lieu que ce

soit la Société qui agit sur la famille, c'est plutôt l'organisation familiale qui tend à se reproduire aux différents niveaux de la structure sociale, tels les écoles, l'université, le monde du travail.

On a coutume de dresser un parallèle entre l'aliénation mentale, l'aliénation familiale et l'aliénation sociale. Et on pense que c'est la famille qui est à la source de ces trois formes d'aliénation. On met en particulier l'accent sur l'aspect endoctrinement de la famille. Celle-ci est un « *système colloïdal* » qui étouffe à ce point l'autonomie, l'initiative, la créativité et la spontanéité, que dès la fin de l'enfance, l'individu y atteint un point de stagnation (Cooper 1972). Au lieu de se développer selon sa ligne à lui, celui-ci se trouve enfermé dans un certain nombre de rôles selon des scénarios fixés à l'avance. Dans cette même perspective, Ronald Laing (1972) a institué une sévère critique de la politique de la famille. Celle-ci lui apparaît en effet comme une suite de drames qui tendent à reproduire des situations passées. Telle structure qui a prévalu dans la famille d'origine vise à se répéter dans la famille élective. Ainsi va le processus sur plusieurs générations. D'où un « *échafaudage tubulaire répété à l'infini* » (Hochmann, 1971). Sous prétexte que le fils tient du père qui ressemble au grand-père lequel était tout le portrait de l'arrière grand-père, on projette sur les jeunes de vieux rôles déjà assumés par des morts. Et progressivement chacun se trouve pris dans un nœud dont il parvient difficilement à se dégager.

### **2.5.3. Rôle criminogène de la famille**

La famille peut être perturbée dans sa structure ou dans son fonctionnement. Les vicissitudes de la vie familiale hypothèquent alors l'évolution affective de l'enfant. Entre la famille et le déviant, il existe une relation dialectique. Nous allons d'abord expliciter cette relation dans le cas de la délinquance et en référence au contexte Occidental et Québécois, (Garigue, 1970).

D'un point de vue structural, les recherches sur le rôle criminogène de la famille fournissent des résultats apparemment contradictoires. Le rapport classique des Glueck (1968) sur les familles des délinquants en Amérique du Nord indique dans quatrevingt-dix pour cent des cas étudiés la présence de valeurs déviantes au sein de ces familles. Les délinquants proviennent aussi deux fois plus souvent de familles dissociées que les non-délinquants.

La question de la dissociation familiale a été particulièrement soulignée dans la genèse de la délinquance. La rupture des liens familiaux causée par la mort, l'abandon, le divorce ou une forme quelconque de carence parentale, outre qu'elle provoque un effondrement de la structure d'autorité et des cadres de référence, peut également orienter vers la recherche de



contact avec les agents criminogènes du milieu. La conduite délictuelle peut se présenter alors comme un exutoire aux tensions familiales.

Toutefois d'autres enquêtes comme celles de Christie, de Nye et Short (voir Muchielli, 1968), affirment respectivement soit que la majorité des délinquants viennent de familles normalement constituées, soit que ces familles gardent leur unité malgré leurs « *dissensions* » cachées. La désintégration familiale ouverte, publique, consacrée par le divorce par exemple, ne serait pas directement en cause dans le développement d'une personnalité dissociale.

À cet égard, il faut citer le témoignage autorisé de Louise Despert (1957) qui a dressé le tableau clinique des « enfants du divorce ». On y retrouve parmi les symptômes le sentiment de culpabilité, la réaction d'apathie, les difficultés scolaires, la régression émotionnelle, le refuge dans la maladie, les délits de compensation affective tels que fugue, prostitution, vol.

Le « *divorce émotionnel* » qui a précédé la rupture légale serait le principal facteur de trouble. Car souvent un divorce légal peut jouer un rôle libérateur quant à une tension devenue insupportable pour les enfants. Le divorce n'exerce son effet dissolvant que lorsqu'il y a absence totale de compensation comme dans le cas d'un placement institutionnel. L'enfant peut alors se percevoir comme « *un être de trop* ». Le divorce devient un alibi pour rationaliser les échecs et les troubles d'adaptation.

Il est possible cependant que les perturbations attribuées au divorce aient été la conséquence des réactions sociales d'autrefois. Puisque le divorce devient une institution normale au même titre que le mariage dans notre société, son acceptation par des secteurs de plus en plus étendus de la population en diminue « *l'impact* » sur la personnalité des enfants. C'est à la lumière de toutes ces considérations qu'il faut réévaluer les apparentes contradictions des enquêtes statistiques et des rapports cliniques sur le rôle de la dissociation familiale dans la genèse de la délinquance.

Si l'on se place maintenant dans une perspective fonctionnelle pour expliquer les rapports entre la famille et la délinquance, on comprend mieux pourquoi la famille de type occidental est source d'aliénation et de déviance.

Ce qu'il faut d'abord retenir de cette structure, c'est que la famille constitue un milieu ambigu. La meilleure illustration de ce fait est celle du « *dessin de la famille* ». On sait que le dessin enfantin n'est pas une copie ou une reproduction pure et simple de la réalité, mais la projection d'un modèle intérieur. Or lorsqu'on demande aux frères et sœurs de représenter la

famille, chacun projette son image intériorisée de la famille. Cette « *structure fantasmatique* » peut être une fleur, une tombe, une prison ou un château, selon Laing (1972).

On voit donc qu'à côté de la famille objective, réelle, telle que perçue par les autres, il y a la famille subjective ou ce groupement intériorisé, tel que saisi et interprété par celui qui y a vécu. Dès lors ce n'est pas tant l'aspect objectif de la famille que certaines attitudes des parents telles que senties par l'enfant qu'il convient de retenir dans une explication causale de la délinquance.

Ces attitudes peuvent s'articuler autour de deux concepts de base, qui nous paraissent particulièrement éclairants pour comprendre les relations entre la famille et la délinquance.

Le premier de ces concepts est celui du « *postulat fusionnel* » qui gouverne le fonctionnement familial pathologique. Ce postulat tel que défini par Jacques Hochmann (1971) énonce que « nous, membres de la famille, sommes tous identiques, pensons, sentons de même et sommes parfaitement transparents les uns aux autres ».

Le postulat fusionnel pose la famille comme une unité symbiotique où il est interdit à un membre de se différencier de l'ensemble. La famille est un bloc qui doit s'efforcer de masquer ses lézards. En dépit des apparences contraires, elle doit fonctionner comme un mécanisme d'uniformisation et de « conformisation ».

Un exemple de ce postulat est la personnification des rôles. « La mère personnifie en l'un de ses enfants une partie d'elle-même, lui fait jouer un des rôles de son théâtre intime », dit Hochmann (1971, p. 168). Elle souhaite que chacun soit le prolongement des autres. Si tous les enfants étaient pareils et réalisaient les désirs ou idéaux des parents, ce serait tellement plus facile !

La délinquance figure une révolte contre cette tendance fusionnelle de la famille. Elle représente une tentative pour se différencier ou pour sortir de la confusion. Comme l'exprimait si bien un jeune de Boscoville à qui l'on venait d'apprendre qu'un autre membre de la famille commence à tourner mal. « Un délinquant dans la famille, c'est assez... Il veillera à ce qu'il n'y ait pas deux ». (Mailloux, 1972). Il veut à tout prix se différencier des autres et n'entend nullement devenir à son tour un pôle de fusion.

Le second concept auquel nous faisons allusion est celui de l'« *identité négative* » ou du « *mouton noir de la famille* ». Selon Noël Mailloux (1972) au Québec, comme ailleurs en occident, les parents se font un portrait anticipé de l'enfant et de son identité future.

Cette attente peut être négative, c'est-à-dire, caractérisée par un manque de confiance. L'enfant est sans cesse confronté à une image dévalorisante de lui-même qu'il est amené progressivement à intérioriser. Il devient peu à peu le méchant, l'incapable, le mouton noir de la famille.

Une telle image projetée par les parents et de plus en plus assumée par l'enfant est cause d'angoisse. Pour se défendre contre cette angoisse existentielle, le jeune aura tendance à répéter de façon compulsive le comportement négatif attendu de lui.

L'identité négative sera diffusée plus tard aux autres milieux. À l'école l'enfant en retirera des bénéfices secondaires grâce à un début de réputation comme dur. Il se retire de la compétition, refusera de changer et aura tendance à interpréter tous ses échecs en fonction d'une constitution perverse précoce. Il deviendra le mauvais garçon exactement tel qu'on le lui avait souvent répété.

On peut suggérer à un enfant soit un idéal du moi négatif (Mon Dieu, ça commence mal ! J'espère que tu ne seras pas un vagabond), soit une conduite déviante (fais tes bagages et tâche de trouver mieux ailleurs). Beaucoup de vols et de fugues font suite à de pareilles interprétations ou invitations. Il arrive aussi qu'à l'occasion de la moindre faute, l'enfant se voit menacé d'une mauvaise fin comme son oncle, ou son cousin un tel qui jadis a fait la honte de la famille. Comment peut-on espérer qu'un enfant fasse quelque chose de bon après qu'on lui a répété : tu n'es bon à rien. Par leurs pronostics optimistes ou pessimistes, les parents conditionnent notre avenir. Comme l'a justement souligné un psychanalyste, nous devenons bons ou mauvais selon les fantasmes de nos parents à notre égard.

Ronald Laing (1972) a systématisé ces différents schémas explicatifs de la délinquance de la manière suivante. On peut amener quelqu'un à incarner ses projections. Il suffit, comme dans l'hypnose, d'indiquer à l'enfant ce qu'il est et il prend place dans l'espace ainsi défini. On l'induit à être méchant en définissant comme méchant ce qu'il fait. « *Les parents sont surpris par un enfant qui fait x quand ils lui disent de faire y tout en lui suggérant qu'il est x* » (Laing, 1972, p. 101). Cette induction hypnotique conditionne l'apprentissage de la délinquance au sein de la famille.

#### **2.5.4. Famille, modèles culturels et déviance**

Dans le développement de toute société, la famille a toujours été considérée comme une modalité significative. Cependant il n'y a qu'en Occident où l'on entend parler d'une crise de la famille. Celle-ci serait responsable de toutes les formes d'aliénation et de révolte qui sont

diffusées ensuite dans la société globale. Lorsque Cooper (1972) prétend que nous n'avons besoin ni de mère, ni de père, mais d'attention maternelle ou paternelle, il évoque sans doute, par-delà ce paradoxe apparent, la possibilité d'autres « structures d'élevage » qui compenseraient les ratages des fonctions parentales. À côté de la famille nucléaire, urbanisée, techniquement sophistiquée, compétitive, hiérarchisée, fondée sur la puissance paternelle et la politique du mâle au détriment du « *Droit de la mère* », telle que la société québécoise nous en offre un échantillon occidental parfait, il existe d'autres archétypes de la famille comme dans certains pays socialistes et l'Afrique. Nous nous limiterons aux modèles du Kibboutz Israélien et du lignage africain pour fins de comparaison.

### **2.5.5. La famille selon Sigmund Freud**

Découvrir que des développements aussi importants pour l'homme que ceux de la répression sexuelle et du sexe psychique étaient soumis à la régulation et aux accidents d'un drame psychique de la famille, c'était fournir la plus précieuse contribution à l'anthropologie du groupe familial, spécialement à l'étude des prohibitions que ce groupe formule universellement et qui ont pour objet le commerce sexuel entre certains de ses membres. Aussi bien, Freud en vint-il vite à émettre une théorie de la famille. Elle était fondée sur une dissymétrie, apparue dès les premières recherches, dans la situation des deux sexes par rapport à l'Œdipe. Aussi est-ce ce dernier qui est pris constamment pour sujet dans les exposés didactiques du complexe.

L'aspiration œdipien apparaît, en effet, beaucoup plus intense chez le garçon et donc pour la mère. D'autre part, la répression révèle, dans son mécanisme, des traits qui ne paraissent d'abord justifiables que si, dans sa forme typique, elle s'exerce du père au fils. C'est là le fait du complexe de castration.

Le complexe de castration. Cette répression s'opère par un double mouvement affectif du sujet : agressivité contre le parent à l'égard duquel son désir sexuel le met en posture de rival ; crainte secondaire, éprouvée en retour, d'une agression semblable. Or un fantasme soutient ces deux mouvements, si remarquable qu'il a été individualisé avec eux en un complexe dit de castration. Si ce terme se justifie par les fins agressives et répressives qui apparaissent à ce moment de l'Œdipe, il est pourtant peu conforme au fantasme qui en constitue le fait original.

Ce fantasme consiste essentiellement dans l'amputation d'un membre, c'est-à-dire dans un sévices qui ne peut servir qu'à castrer un mâle. Mais la réalité apparente de ce danger, jointe au fait que la menace en est réellement formulée par une tradition éducative, devait

emmener S.Freud à le concevoir comme ressenti d'abord pour sa valeur réelle et à reconnaître dans une crainte inspirée de mâle à mâle, en fait par le père, le prototype du châtiment œdipienne.

Dans cette voie, S. Freud recevait un appui d'une donnée sociologique : non seulement l'interdiction de l'inceste avec la mère a un caractère universel, à travers les relations de parenté infiniment diverses et souvent paradoxales que les cultures primitives frappent du tabou de l'inceste, mais encore, quel que soit dans une culture le niveau de la conscience morale, cette interdiction est toujours expressément formulée et la transgression en est frappée d'une réprobation constante.

Le mythe du parricide originel. C'est ainsi que S.Freud fait le saut théorique de la famille conjugale qu'il observait chez ses sujets, à une hypothétique famille primitive conçue comme une horde qu'un mâle domine par sa supériorité biologique en accaparant les femelles nubiles. Freud se fonde sur le lien que l'on constate entre les tabous et les observances à l'égard du totem, tour à tour objet d'inviolabilité et d'orgie sacrificielle. Il imagine un drame de meurtre du père par les fils, suivi d'une consécration posthume de sa puissance sur les femmes par les meurtriers prisonniers d'une insoluble rivalité, d'où, avec le tabou de la mère, serait sorti toute tradition morale et culturelle.

Même si cette construction n'était ruinée par les seules pétitions de principe qu'elle comporte, (attribuer à un groupe biologique la possibilité, qu'il s'agit justement de fonder, de la reconnaissance d'une loi) ses prémisses prétendues biologiques elles-mêmes, à savoir la dictature perpétuelle exercée par le chef de la horde, se réduiraient à un esprit de plus en plus contingent à mesure qu'avance notre connaissance des Anthroïdes. Mais surtout les traces universellement présentes et la survivance étendue d'une structure matriarcale de la famille, l'existence dans son aire de toutes les formes fondamentales de la culture, et singulièrement d'une répression souvent très impérative de la sexualité manifestent que l'ordre de la famille humaine à des fondements soustraits à la force du mâle.

Il apparaît toutefois que l'immense moisson des faits que le complexe d'Œdipe a permis d'exprimer depuis quelque cinquante ans, peut éclairer la structure psychologique de la famille.

Le complexe d'Œdipe marque tous les niveaux du psychisme. Si le complexe apparaît en effet comme l'axe selon lequel l'évolution de la sexualité se projette dans la constitution de la réalité, ces deux plans divergents chez l'homme d'une incidence spécifique, qui est certes

reconnue comme répression de la sexualité et sublimation de la réalité, mais doit être intégrée dans une conception plus rigoureuse de ces rapports de structure.

### **2.5.6. Les complexes familiaux en pathologie**

Les complexes familiaux remplissent dans les psychoses, une fonction formelle : thèmes familiaux qui prévalent dans les délires pour leur conformité avec l'arrêt que les psychoses constituent dans le moi et dans la réalité ; dans les névroses, les complexes remplissent une fonction causale : incidences et constellations familiales qui déterminent les symptômes et les structures, selon lesquels les névroses divisent, introvertissent ou invertissent la personnalité. Il va de soi que cette réflexion s'emploie à définir en même temps qu'à le justifier par sa fécondité objective : ainsi ce qui relève de la seule transmission biologique doit-il être désigné comme « *héréditaire* » et non pas comme « *familial* », au sens strict de ce terme, même s'il s'agit d'une affection psychique, et cela malgré l'usage courant dans le vocabulaire neurologique.

### **2.5.7. Les psychoses à thème familial**

C'est dans un souci d'objectivité psychologique que nous développons les psychoses et quand, nous nous efforçons à les comprendre dans leur rapport avec la personnalité : point de vue auquel nous amenait la notion, dès lors de plus en plus reconnue, que le tout du psychisme est intéressé par la lésion ou le déficit de quelque élément de ses appareils ou de ses fonctions. Cette notion, que démontraient les troubles psychiques causés par des lésions localisables, ne nous paraît que plus applicable aux productions mentales et aux réactions sociales des psychoses, à savoir à ces délires et à ces pulsions qui, pour être prétendus partiels, évoquaient pourtant par leur typicité la cohérence d'un moi archaïque, et dans leur discordance même devaient en trahir la loi interne.

Une psychose, considérée comme une paranoïa d'autopunition, n'exclut pas l'existence d'une semblable personnalité, qui est constituée non seulement par les rapports du moi, mais du surmoi et de l'idéal du moi, mais le surmoi lui impose ses effets punitifs les plus extrêmes, et l'idéal du moi s'y affirme dans une objectivation ambiguë, propice aux projections réitérées.

Il est remarquable que ces objets manifestent les caractères constitutifs primordiaux de la connaissance humaine : identité formelle, équivalence affective, reproduction récurrente et symbolisme anthropomorphique, sous des formes figées, certes, mais accentuées par

l'absence ou l'effacement des intégrations secondaires, que sont pour l'objet sa mouvance et son individualité, sa relativité et sa réalité.

La limite de la réalité de l'objet dans la psychose, le point de rebroussement de la sublimation nous paraît précisément donné par ce moment, qui marque pour nous l'aura de la réalisation œdipienne, à savoir cette construction de l'objet qui se produit. C'est ce moment que reproduit cette phase, que nous tenons pour constante et désignons comme phase féconde du délire : phase où les objets, transformés par une excentricité inexplicable, se révèlent comme chocs, énigmes, significations. C'est dans cette reproduction que s'effondre le conformisme, superficiellement assumé, au moyen duquel le sujet masquait jusque là le narcissisme de sa relation à la réalité.

Ce narcissisme se traduit dans la forme de l'objet. Celle-ci peut se produire en progrès sur la crise révélatrice, comme l'objet œdipien se réduit en une structure de narcissisme secondaire – mais ici l'objet reste irréductible à aucune équivalence et le prix de sa possession, sa vertu de préjudice prévaudront sur toute possibilité de compensation ou de compromis : c'est le délire de revendication. Ou bien la forme de l'objet peut rester suspendue à l'acmé de la crise, comme si l'imgo de l'idéal œdipien se fixait au moment de sa transfiguration – mais ici l'imgo ne se subjective pas par identification au double, et l'idéal du moi se projette itérativement en objets d'exemple, certes, mais dont l'action est tout externe, plutôt reproches vivants dont la censure tend à la surveillance omniprésente : c'est le délire sensitif de relations. Enfin, l'objet peut retrouver en deçà de la crise la structure de narcissisme primaire où sa formation s'est arrêtée.

On peut voir dans ce dernier cas le surmoi, qui n'a pas subi le refoulement, non seulement se traduire dans le sujet en intention répressive, mais encore y surgir comme objet appréhendé par le moi, réfléchi sous les traits décomposés de ses incidences formatrices, et, au gré des menaces réelles ou des intrusions imaginaires, représenté par l'adulte castrateur ou le frère pénétrateur : c'est le syndrome de la persécution interprétative, avec son objet à sens homosexuel latent.

À un degré de plus, le moi archaïque manifeste sa désagrégation dans le sentiment d'être épié, deviné, dévoilé, sentiment fondamental de la psychose hallucinatoire, et le double où il s'identifiait s'oppose au sujet, soit comme écho de la pensée et des actes dans les formes auditives verbales de l'hallucination, dont les contenus autodiffamateurs marquent l'affinité évolutive avec la répression morale, soit comme fantôme spéculaire du corps dans certaines formes d'hallucination visuelle, dont les réactions-suicides révèlent la cohérence archaïque

avec le masochisme primordial. Enfin, c'est la structure foncièrement anthropomorphique et organomorphique de l'objet qui vient au jour dans la participation mégalomane, où le sujet, dans la paraphrénie, incorpore à son moi le monde, affirmant qu'il inclut le tout, que son corps se compose des matières les plus précieuses, que sa vie et ses fonctions soutiennent l'ordre et l'existence de l'Univers.

### **2.5.8. Fonction des complexes dans les délires**

Les complexes familiaux jouent dans le moi, à ces divers stades où l'arrête la psychose, un rôle remarquable, soit comme motifs des réactions du sujet, soit comme thèmes de son délire. On peut même ordonner sous ces deux registres l'intégration de ces complexes au moi selon la série régressive que nous venons d'établir pour les formes de l'objet dans les psychoses.

Réactions familiales. Les réactions morbides, dans les psychoses, sont provoquées par les objets familiaux en fonction décroissante de la réalité de ces objets au profit de leur portée imaginaire : on le mesure, si l'on part des conflits qui mettent aux prises électivement le revendicateur avec le cercle de sa famille ou avec son conjoint (en passant par la signification de substituts du père, du frère ou de la sœur que l'observateur reconnaît aux persécuteurs du paranoïaque) pour aboutir à ces filiations secrètes, à ces généalogies de Trinités ou d'Olympes fantastiques, où jouent les mythes du paraphrénique. L'objet constitué par la relation familiale montre ainsi une altération progressive : dans sa valeur affective, quand il se réduit à n'être que prétexte à l'exaltation passionnelle, puis dans son individualité quand il est méconnu dans sa réitération délirante, enfin dans son identité elle-même, quand on ne le reconnaît plus dans le sujet que comme une entité qui échappe au principe de contradiction.

Thèmes familiaux. – Pour le thème familial, sa portée expressive de la conscience délirante se montre fonction, dans la série des psychoses, d'une croissante identification du moi à un objet familial, aux dépens de la distance que le sujet maintient entre lui et sa conviction délirante : on le mesure, si l'on part de la contingence relative, dans le monde du revendicateur, des griefs qu'il allègue contre les siens – en passant par la portée de plus en plus existentielle que prennent les thèmes de spoliation, d'usurpation, de filiation, dans la conception qu'a de soi le paranoïaque.

Cette affirmation du moi devient au reste plus incertain à mesure qu'ainsi elle s'intègre plus au thème délirant : d'une sthénie remarquablement communicative dans la revendication, elle se réduit de façon tout à fait frappante à une intention démonstrative dans



les réactions et les interprétations du paranoïaque, pour se perdre chez le paraphrénique dans une discordance déconcertante entre la croyance et la conduite.

Ainsi, selon que les réactions sont plus relatives aux fantasmes et que s'objective plus le thème du délire, le moi tend à se confondre avec l'expression du complexe et le complexe à s'exprimer dans l'intentionnalité du moi. Les psychanalystes disent donc communément que dans les psychoses les complexes sont conscients, tandis qu'ils sont inconscients dans les névroses. Ceci n'est pas rigoureux, car, par exemple, le sens homosexuel des tendances dans la psychose est méconnu par le sujet, encore que traduit en intention persécutive. Mais la formule approximative permet de s'étonner que ce soit dans les névroses où ils sont latents, que les complexes aient été découverts, avant d'être reconnus dans les psychoses, où ils sont patents. C'est que les thèmes familiaux que nous isolons dans les psychoses ne sont que des effets virtuels et statiques de leur structure, des représentations où se stabilise le moi ; ils ne présentent donc que la morphologie du complexe sans révéler son organisation, ni par conséquent la hiérarchie de ses caractères.

D'où l'évident artifice qui marquait la classification des psychoses par les thèmes délirants, et le discrédit où était tombée l'étude de ces thèmes, avant que les psychiatres y fussent ramenés par cette impulsion vers le concret donné par la psychanalyse. C'est ainsi que d'aucuns, qui ont pu se croire les moins affectés par cette influence, rénovèrent la portée clinique de certains thèmes, comme l'érotomanie ou le délire de filiation, en reportant l'attention de l'ensemble sur les détails de leur romancement, pour y découvrir les caractères d'une structure. Mais seule la connaissance des complexes peut apporter à une telle recherche, avec une direction systématique, une sûreté et une avance qui dépasse de beaucoup les moyens de l'observation pure.

Prenons par exemple la structure du thème des interpréteurs filiaux, telle que Sérieux et Capgras l'ont définie en entité nosologique. En la caractérisant par le ressort de la privation affective, manifeste dans l'illégitimité fréquente du sujet, et par une formation mentale du type du « *roman de grandeur* » d'apparition normale entre 8 et 13 ans, les auteurs réuniront la fable, mûrie depuis cet âge, de substitution d'enfant, fable par laquelle telle vieille fille de village s'identifie à quelque doublure plus favorisée, et les prétentions, dont la justification paraît équivalente, de quelque « *faux dauphin* ». Mais que celui-ci pense appuyer ses droits par la description minutieuse d'une machine d'apparence animale, dans le ventre de laquelle il aurait fallu le cacher pour réaliser l'enlèvement initial (histoire de Richemont et de son « cheval extraordinaire », citée par ces auteurs), nous croyons pour nous que cette fantaisie,

qu'on peut certes tenir pour superfétatoire et mettre au compte de la débilité mentale, révèle, autant par son symbolisme de gestation que par la place que lui donne le sujet dans son délire, une structure plus archaïque de sa psychose.

### **2.5.9. Déterminisme de la psychose**

Il reste à établir si les complexes qui jouent ces rôles de motivation et de thème dans les symptômes de la psychose, ont aussi un rôle de cause dans son déterminisme ; et cette question est obscure.

**Facteurs familiaux.** La simple clinique montre dans beaucoup de cas la corrélation d'une anomalie de la situation familiale. La psychanalyse, d'autre part, soit par l'interprétation des données cliniques, soit par une exploration du sujet qui, pour ne savoir être ici curative, doit rester prudente, montre que l'idéal du moi s'est formé, souvent en raison de cette situation, d'après l'objet du frère. Cet objet, en virant la libido destinée à l'Œdipe sur l'imgo de l'homosexualité primitive, donne un idéal trop narcissique pour ne pas abâtardir la structure de la sublimation. En outre, une disposition « *en vase clos* » du groupe familial tend à intensifier les effets de sommation, caractéristiques de la transmission de l'idéal du moi; mais alors qu'il s'exerce là normalement dans un sens sélectif, ces effets jouent ici dans un sens dégénératif.

Si l'avortement de la réalité dans les psychoses tient en dernier ressort à une déficience biologique de la libido, il révèle aussi une dérivation de la sublimation où le rôle du complexe familial est corroboré par le concours de nombreux faits cliniques.

Il faut noter en effet ces anomalies de la personnalité dont la constance dans la parenté du paranoïaque est sanctionnée par l'appellation familière de « *nids de paranoïaques* » que les psychiatres appliquent à ces milieux ; la fréquence de la transmission de la paranoïa en ligne familiale directe, avec souvent aggravation de sa forme vers la paraphrénie et précession temporelle, relative ou même absolue, de son apparition chez le descendant ; enfin l'électivité presque exclusivement familiale des cas de délires à deux, bien mise en évidence dans des collections anciennes, comme celle de Legrand du Saulle dans son ouvrage sur le « *délire des persécutions* », où l'ampleur du choix compense le défaut de la systématisation par l'absence de partialité.

### **2.5.10. Les névroses familiales**

Selon Bergeret (1995), il y a névrose familiale lorsque le désir incestueux de l'enfant est repris en miroir par les parents qui deviennent partie prenante dans ce désir. Aussi est-

possible de dire que s'il existe un noyau névrotique typique, il existe aussi des situations incestueuses symboliques typiques liées le plus souvent aux dépressions parentales. Tout se passe en somme comme si dans ces cas « *incestueux* », l'emprise sur autrui n'avait pas pu s'exercer autrement c'est-à-dire d'une manière plus œdipienne. En ce sens, on peut considérer le conflit œdipien comme expression d'un inceste « *ouvert* » qui se déplace essentiellement par des identifications complexes par opposition à l'inceste « *fermé* » des formations décrites dont le système d'identification apparaît beaucoup plus figé, passant par des identifications les plus idéalisées aux plus mortifères sans beaucoup d'intermédiaires.

Aussi, les complexes familiaux se révèlent dans les névroses par un abord tout différent : c'est qu'ici les symptômes ne manifestent aucun rapport, sinon contingent, à quelque objet familial. Les complexes y remplissent pourtant une fonction causale, dont la réalité et le dynamisme s'opposent diamétralement au rôle que jouent les thèmes familiaux dans les psychoses.

#### **2.5.10.1. Symptôme névrotique et drame individuel**

Si Freud, par la découverte des complexes, fit œuvre révolutionnaire, c'est qu'en thérapeute, plus soucieux du malade que de la maladie, il chercha à le comprendre pour le guérir, et qu'il s'attacha à ce qu'on négligeait sous le titre de « contenu » des symptômes, et qui est le plus concret de leur réalité : à savoir à l'objet qui provoque une phobie, à l'appareil ou à la fonction somatique intéressés dans une hystérie, à la représentation ou à l'affect qui occupent le sujet dans une obsession.

C'est de cette manière qu'il vint à déchiffrer dans ce contenu même les causes de ces symptômes : quoique ces causes, avec les progrès de l'expérience, soient apparues plus complexes, il importe de ne point les réduire à l'abstraction, mais d'approfondir ce sens dramatique, qui, dans leur première formule, saisissait comme une réponse à l'inspiration de leur recherche.

Freud accusa d'abord, à l'origine des symptômes, soit une séduction sexuelle que le sujet a précocement subie par des manœuvres plus ou moins perverses, soit une scène qui, dans sa petite enfance, l'a initié par le spectacle ou par l'audition aux relations sexuelles des adultes. Or si d'une part ces faits se révélaient comme traumatiques pour dévier la sexualité en tendances anormales, ils démontraient du même coup comme propres à la petite enfance une évolution régulière de ces diverses tendances et leur normale satisfaction par voie auto-érotique. C'est pourquoi, si d'autre part ces traumatismes se montraient être le fait le plus

commun soit de l'initiative d'un frère, soit de l'inadvertance des parents, la participation de l'enfant s'y avéra toujours plus active, à mesure que s'affirmaient la sexualité infantile et ses motifs de plaisir ou d'investigation. Dès lors, ces tendances apparaissent formées en complexes typiques par la structure normale de la famille qui leur offrait leurs premiers objets. C'est ainsi que nul fait plus que la naissance d'un frère ne précipite une telle formation, en exaltant par son énigme la curiosité de l'enfant, en réactivant les émois primordiaux de son attachement à la mère par les signes de sa grossesse et par le spectacle des soins qu'elle donne au nouveau-né, en cristallisant enfin, dans la présence du père auprès d'elle, ce que l'enfant devine du mystère de la sexualité, ce qu'il ressent de ses élans précoces et ce qu'il redoute des menaces qui lui en interdisent la satisfaction masturbatoire. Telle est du moins, définie par son groupe et par son moment, la constellation familiale qui, pour Freud, forme le complexe d'Œdipe.

Concluons ici qu'une double instance de causes se définit par le complexe : les traumatismes précités qui reçoivent leur portée de leur incidence dans son évolution, les relations du groupe familial qui peuvent déterminer des atypies dans sa constitution. Si la pratique des névroses manifeste en effet la fréquence des anomalies de la situation familiale, il nous faut, pour définir leur effet, revenir sur la production du symptôme.

#### **2.5.10.2. Expression du refoulé à la défense contre l'angoisse**

Les impressions issues du traumatisme semblent de prime abord déterminer le symptôme par une relation simple : une part diverse de leur souvenir, sinon sa forme représentative, au moins ses corrélations affectives, ayant été refoulée dans l'inconscient, et le symptôme, encore que sa production prenne des voies non moins diverses, se laisse ramener à une fonction d'expression du refoulé, lequel manifeste ainsi sa permanence dans le psychisme. Non seulement en effet l'origine du symptôme se comprend par une interprétation selon une clef qui, parmi d'autres, symbolisme, déplacement, etc., convient à sa forme, mais le symptôme cède à mesure que cette compréhension est communiquée au sujet. Une telle induction retrouve dans l'esprit les voies frayées par l'idée socratique que l'homme se délivre à se connaître par les intuitions de la raison. Mais il faut apporter à la simplicité comme à l'optimisme de cette conception des corrections toujours plus lourdes, depuis que l'expérience a montré qu'une *résistance* est opposée par le sujet à l'élucidation du symptôme et qu'un *transfert* affectif qui pour objet, est la force qui dans la cure vient à prévaloir.

Il reste de cette étape la notion que le symptôme névrotique représente dans le sujet un moment de son expérience où il ne sait pas se reconnaître, une forme de division de la personnalité. Mais à mesure que l'analyse a serré de plus près la production du symptôme, sa compréhension a reculé de la claire fonction d'expression de l'inconscient à une plus obscure fonction de défense contre l'angoisse. Cette angoisse, S. Freud, dans ses vues les plus récentes, la considère comme le signal qui, pour être détaché d'une situation primordiale de séparation, se réveille à la similitude d'un danger de castration. La défense du sujet, s'il est vrai que le symptôme fragmente la personnalité, consiste donc à faire sa part à ce danger en s'interdisant tel accès à la réalité, sous une forme symbolique ou sublimée. La forme que l'on reconnaît dans cette conception du symptôme ne laisse en principe pas plus de résidu que son contenu à être comprise par une dynamique des tendances, mais elle tend à transformer en termes de structure la référence du symptôme au sujet en déplaçant l'intérêt sur la fonction du symptôme quant aux rapports à la réalité.

### **2.5.10.3. Déformations spécifiques de la réalité humaine**

Les effets d'interdiction dont il s'agit constituent des relations qui, pour être inaccessibles au contrôle conscient et ne se manifester qu'en négatif dans le comportement, révèlent clairement leur forme intentionnelle à la lumière de la psychanalyse ; montrant l'unité d'une organisation depuis l'apparent hasard des achoppements des fonctions et la fatalité des « sorts » qui font échouer l'action jusqu'à la contrainte, propre à l'espèce, du sentiment de culpabilité. La psychologie classique se trompait donc en croyant que le moi, à savoir cet objet où le sujet se réfléchit comme coordonné à la matérialité qu'il reconnaît pour extérieure à soi, comprend la totalité des relations qui conduisent le psychisme du sujet. Erreur corrélative à une impasse dans la théorie de la connaissance et à l'échec d'une conception vertueuse.

S. Freud conçoit le moi, en conformité avec cette psychologie qu'il qualifie de rationaliste, comme le système des relations psychiques selon lequel le sujet subordonne la réalité à la perception consciente ; à cause de quoi il doit lui opposer d'abord sous le terme de surmoi le système, défini à l'instant, des interdictions inconscientes. Mais il nous paraît important d'équilibrer théoriquement ce système en lui conjoignant celui des projections idéales qui, des images de grandeur de la « folle du logis » aux fantasmes qui polarisent le désir sexuel et à l'illusion individuelle de la volonté de puissance, manifeste dans les formes imaginaires du moi une condition non moins structurale de la réalité humaine. Si ce système

est assez mal défini par un usage du terme d' « idéal du moi » qu'on confond encore avec le surmoi, il suffit pourtant pour en saisir l'originalité d'indiquer qu'il constitue comme secret de la conscience la prise même qu'a l'analyste sur le mystère de l'inconscient ; mais c'est précisément pour être trop immanent à l'expérience qu'il doit être isolé en dernier lieu par la doctrine : c'est à quoi cet exposé contribue.

Le drame existentiel de l'individu. Si les instances psychiques qui échappent au moi apparaissent d'abord comme l'effet du refoulement de la sexualité dans l'enfance, leur formation se révèle, à l'expérience, toujours plus voisine, quant au temps et à la structure, de la situation de séparation que l'analyse de l'angoisse fait reconnaître pour primordiale et qui est celle de la naissance.

La référence de tels effets psychiques à une situation si originelle ne va pas sans obscurité. Il nous semble que notre conception du stade du miroir peut contribuer à l'éclairer : elle étend le traumatisme supposé de cette situation à tout un stade de morcelage fonctionnel, déterminé par le spécial inachèvement du système nerveux ; elle reconnaît dès ce stade l'intentionalisation de cette situation dans deux manifestations psychiques du sujet : l'assomption du déchirement originel sous le jeu qui consiste à rejeter l'objet, et l'affirmation de l'unité du corps propre sous l'identification à l'image spéculaire. Il y a là un nœud phénoménologique qui, en manifestant sous leur forme originelle ces propriétés inhérentes au sujet humain de mimer sa mutilation et de se voir autre qu'il n'est, laisse saisir aussi leur raison essentielle dans les servitudes, propres à la vie de l'homme, de surmonter une menace spécifique et de devoir son salut à l'intérêt de son congénère.

C'est en effet, à partir d'une identification ambivalente à son semblable que, par la participation jalouse et la concurrence sympathique, le moi se différencie dans un commun progrès de l'autrui et de l'objet. La réalité qu'inaugure ce jeu dialectique gardera la déformation structurale du drame existentiel qui la conditionne et qu'on peut appeler le drame de l'individu, avec l'accent que reçoit ce terme de l'idée de la prématuration spécifique.

Mais cette structure ne se différencie pleinement que là où on l'a reconnue tout d'abord, dans le conflit de la sexualité infantile, ce qui se conçoit pour ce qu'elle n'accomplit qu'alors sa fonction quant à l'espèce : en assurant la correction psychique de la prématuration sexuelle, le surmoi, par le refoulement de l'objet biologiquement inadéquat que propose au désir sa première maturation, l'idéal du moi par l'identification imaginaire qui orientera le choix sur l'objet biologiquement adéquat à la maturation pubérale.

Moment que sanctionne l'achèvement consécutif de la synthèse spécifique du moi à l'âge dit de raison ; comme personnalité, par l'avènement des caractères de compréhensibilité et de responsabilité, comme conscience individuelle par un certain virage qu'opère le sujet de la nostalgie de la mère à l'affirmation mentale de son autonomie. Moment que marque surtout ce *pas affectif* dans la réalité, qui est lié à l'intégration de la sexualité dans le sujet. Il y a là un second nœud du drame existentiel que le complexe d'Œdipe amorce en même temps qu'il résout le premier. Les sociétés primitives, qui apportent une régulation plus positive à la sexualité de l'individu, manifestent le sens de cette intégration irrationnelle dans la fonction initiatique du totem, pour autant que l'individu y identifie son essence vitale et se l'assimile rituellement : le sens du totem, réduit par S. Freud à celui de l'Œdipe, nous paraît plutôt équivaloir à l'une de ses fonctions : celle de l'idéal du moi.

La forme dégradée de l'Œdipe. Ayant ainsi rapporté à leur portée concrète c'est-à-dire existentielle les termes les plus abstraits qu'a élaborés l'analyse des névroses, nous pouvons mieux définir maintenant le rôle de la famille dans la genèse de ces affections. Il tient à la double charge du complexe d'Œdipe. Par son incidence occasionnelle dans le progrès narcissique, il intéresse l'achèvement structural du moi. Par les images qu'il introduit dans cette structure, il détermine une certaine animation affective de la réalité. La régulation de ces effets se concentre dans le complexe, à mesure que se rationalisent les formes de communion sociale dans notre culture, rationalisation qu'il détermine réciproquement en humanisant l'idéal du moi. D'autre part, le dérèglement de ces effets apparaît en raison des exigences croissantes qu'impose au moi cette culture même quant à la cohérence et à l'élan créateur.

Or les aléas et les caprices de cette régulation s'accroissent à mesure que le même progrès social, en faisant évoluer la famille vers la forme conjugale, la soumet plus aux variations individuelles. De cette désintégration des normes qui a favorisé la découverte du complexe, dépend la forme de dégradation sous laquelle le connaissent les analystes : forme que nous considérons comme un refoulement incomplet du désir pour la mère, avec réactivation de l'angoisse et de l'investigation, inhérentes à la relation de la naissance ; par un abâtardissement narcissique de l'idéalisation du père, qui fait ressortir dans l'identification œdipienne l'ambivalence agressive immanente à la primordiale relation au semblable. Cette forme est l'effet commun tant des incidences traumatiques du complexe que de l'anomalie des rapports entre ses objets. Mais à ces deux ordres de causes répondent respectivement deux ordres de névroses, celles dites de transfert et celles dites de caractère.

### **2.5.11. Névroses de transfert**

Il faut mettre à part la plus simple de ces névroses, c'est-à-dire la phobie sous la forme où on l'observe le plus fréquemment chez l'enfant : celle qui a pour objet l'animal.

Elle n'est qu'une forme substitutive de la dégradation de l'Œdipe, pour autant que l'animal grand y représente immédiatement la mère comme gestatrice, le père comme menaçant, le petit-frère comme intrus. Mais elle mérite une remarque, parce que l'individu y retrouve, pour sa défense contre l'angoisse, la forme même de l'idéal du moi, que nous reconnaissons dans le totem et par laquelle les sociétés primitives assurent à la formation sexuelle du sujet un confort moins fragile. Le névrosé ne suit pourtant la trace d'aucun souvenir héréditaire, mais seulement le sentiment immédiat, et non sans profonde raison, que l'homme a de l'animal comme du modèle de la relation naturelle.

Ce sont les incidences occasionnelles du complexe d'Œdipe dans le progrès narcissique, qui déterminent les autres névroses de transfert : l'hystérie et la névrose obsessionnelle. Il faut en voir le type dans les accidents que S. Freud a d'emblée et magistralement précisés comme l'origine de ces névroses. Leur action manifeste que la sexualité, comme tout le développement psychique de l'homme, est assujettie à la loi de communication qui le spécifie. Séduction ou révélation, ces accidents jouent leur rôle, en tant que le sujet, comme surpris précocement par eux en quelque processus de son recollement narcissique, les y compose par l'identification. Ce processus, tendance ou forme, selon le versant de l'activité existentielle du sujet qu'il intéresse (assomption de la séparation ou affirmation de son identité) sera érotisé en sadomasochisme ou en scatophilie (désir de voir ou d'être vu). Comme tel, il tendra à subir le refoulement corrélatif de la maturation normale de la sexualité, et il y entraînera une part de la structure narcissique. Cette structure fera défaut à la synthèse du moi et le retour du refoulé répond à l'effort constitutif du moi pour s'unifier. Le symptôme exprime à la fois ce défaut et cet effort, ou plutôt leur composition dans la nécessité primordiale de fuir l'angoisse.

En montrant ainsi la genèse de la division qui introduit le symptôme dans la personnalité, après avoir révélé les tendances qu'il représente, l'interprétation freudienne, rejoignant l'analyse clinique de Janet, la dépasse en une compréhension dramatique de la névrose, comme lutte spécifique contre l'angoisse.



### **2.5.11.1. L'hystérie**

Le symptôme hystérique, qui est une désintégration d'une fonction somatiquement localisée : paralysie, anesthésie, algie, inhibition, scotomisation, prend son sens du symbolisme organomorphique, structure fondamentale du psychisme humain selon Freud, manifestant par une sorte de mutilation le refoulement de la satisfaction génitale.

Ce symbolisme, pour être cette structure mentale par où l'objet participe aux formes du corps propre, doit être conçu comme la forme spécifique des données psychiques du stade du corps morcelé ; par ailleurs certains phénomènes moteurs caractéristiques du stade du développement que nous désignons ainsi, se rapprochent trop de certains symptômes hystériques, pour qu'on ne cherche pas à ce stade l'origine de la fameuse complaisance somatique qu'il faut admettre comme condition constitutionnelle de l'hystérie. C'est par un sacrifice mutilateur que l'angoisse est ici occultée ; et l'effort de restauration du moi se marque dans la destinée de l'hystérique par une reproduction répétitive du refoulé. On comprend ainsi que ces sujets montrent dans leurs personnes les images pathétiques du drame existentiel de l'homme.

### **2.5.11.2. La névrose obsessionnelle**

Pour le symptôme obsessionnel, où Janet a bien reconnu la dissociation des conduites organisatrices du moi (appréhension obsédante, obsession-impulsion, cérémoniaux, conduites coercitives, obsession ruminatrice, scrupuleuse, ou doute obsessionnel) il prend son sens du déplacement de l'affect dans la représentation ; processus dont la découverte est due aussi à Freud.

S. Freud montre en outre par quels détours, dans la répression même, que le symptôme manifeste ici sous la forme la plus fréquente de la culpabilité, vient à se composer la tendance agressive qui a subi le déplacement. Cette composition ressemble trop aux effets de la sublimation, et les formes que l'analyse démontre dans la pensée obsessionnelle (isolement de l'objet, déconnexion causale du fait, annulation rétrospective de l'événement) se manifestent trop comme la caricature des formes mêmes de la connaissance, pour qu'on ne cherche pas l'origine de cette névrose dans les premières activités d'identification du moi, ce que beaucoup d'analystes reconnaissent en insistant sur un déploiement précoce du moi chez ces sujets ; au reste les symptômes en viennent à être si peu désintégrés du moi que Freud a introduit pour les désigner le terme de pensée compulsive. Ce sont donc les superstructures de la personnalité qui sont utilisées ici pour *mystifier* l'angoisse. L'effort de

restauration du moi se traduit dans le destin de l'obsédé par une poursuite tantalissante du sentiment de son unité. Et l'on comprend la raison pour laquelle ces sujets, que distinguent fréquemment des facultés spéculatives, montrent dans beaucoup de leurs symptômes le reflet naïf des problèmes existentiels de l'homme.

### **2.5.11.3. La névrose d'autopunition**

Une première atypie se définit ainsi en raison du conflit qu'implique le complexe d'Œdipe spécialement dans les rapports du fils au père. La fécondité de ce conflit tient à la sélection psychologique qu'il assure en faisant de l'opposition de chaque génération à la précédente la condition dialectique même de la tradition du type paternaliste. Mais à toute rupture de cette tension, à une génération donnée, soit en raison de quelque débilité individuelle, soit par quelque excès de la domination paternelle, l'individu dont le moi fléchit recevra en outre le fait d'un surmoi excessif. On s'est livré à des considérations divergentes sur la notion d'un surmoi familial ; assurément elle répond à une intuition de la réalité. Pour nous, le renforcement pathogène du surmoi dans l'individu se fait en fonction double : et de la rigueur de la domination patriarcale, et de la forme tyrannique des interdictions qui resurgissent avec la structure matriarcale de toute stagnation dans les liens domestiques. Les idéaux religieux et leurs équivalents sociaux jouent ici facilement le rôle de véhicules de cette oppression psychologique, en tant qu'ils sont utilisés à des fins exclusivistes par le corps familial et réduits à signifier les exigences du nom ou de la race.

C'est dans ces conjonctures que se produisent les cas les plus frappants de ces névroses, qu'on appelle d'autopunition pour la prépondérance souvent univoque qu'y prend le mécanisme psychique de ce nom ; ces névroses, qu'en raison de l'extension très générale de ce mécanisme, on différencierait mieux comme névroses de destinée, se manifestent par toute la gamme des conduites d'échec, d'inhibition, de déchéance, où les psychanalystes ont su reconnaître une intention inconsciente ; l'expérience analytique suggère d'étendre toujours plus loin, et jusqu'à la détermination de maladies organiques, les effets de l'autopunition. Ils éclairent la reproduction de certains accidents vitaux plus ou moins graves au même âge où ils sont apparus chez un parent, certains virages de l'activité et du caractère, passé le cap d'échéances analogues, l'âge de la mort du père par exemple, et toutes sortes de comportements d'identification, y compris sans doute beaucoup de ces cas de suicide, qui posent un problème singulier d'hérédité psychologique.

### **2.5.12. Névroses de caractère**

Les névroses dites de caractère, au contraire, laissent voir certains rapports constants entre leurs formes typiques et la structure de la famille où a grandi le sujet. C'est la recherche psychanalytique qui a permis de reconnaître comme névrose des troubles du comportement et de l'intérêt qu'on ne savait rapporter qu'à l'idiosyncrasie du caractère ; elle y a retrouvé le même effet paradoxal d'intentions inconscientes et d'objets imaginaires qui s'est révélé dans les symptômes des névroses classiques ; et elle a constaté la même action de la cure psychanalytique, substituant pour la théorie comme pour la pratique une conception dynamique à la notion inerte de constitution.

Le surmoi et l'idéal du moi sont, en effet, des conditions de structure du sujet. S'ils manifestent dans des symptômes la désintégration produite par leur interférence dans la genèse du moi, ils peuvent aussi se traduire par un déséquilibre de leur instance propre dans la personnalité ceci par une variation de ce qu'on pourrait appeler la formule personnelle du sujet. Cette conception peut s'étendre à toute l'étude du caractère, où, pour être relationnelle, elle apporte une base psychologique pure à la classification de ses variétés, c'est-à-dire un autre avantage sur l'incertitude des données auxquelles se réfèrent les conceptions constitutionnelles en ce champ prédestiné à leur épanouissement.

La névrose de caractère se traduit donc par des entraves diffuses dans les activités de la personne, par des impasses imaginaires dans les rapports avec la réalité. Elle est d'autant plus pure qu'entraves et impasses sont subjectivement plus intégrées au sentiment de l'autonomie personnelle. Ce n'est pas dire qu'elle soit exclusive des symptômes de désintégration, puisqu'on la rencontre de plus en plus comme fonds dans les névroses de transfert. Les rapports de la névrose de caractère à la structure familiale tiennent au rôle des objets parentaux dans la formation du surmoi et de l'idéal du moi. Tout le développement de cette étude est pour démontrer que le complexe d'Édipe suppose une certaine typicité dans les relations psychologiques entre les parents, et nous avons spécialement insisté sur le double rôle que joue le père, en tant qu'il représente l'autorité et qu'il est le centre de la révélation sexuelle ; c'est à l'ambiguïté même de son imago, incarnation de la répression et catalyseur d'un accès essentiel à la réalité, typique d'une culture, d'un certain tempérament du surmoi et d'une orientation éminemment évolutive de la personnalité.

Or, il s'avère à l'expérience que le sujet forme son surmoi et son idéal du moi, non pas tant d'après le moi du parent, que d'après les instances homologues de sa personnalité : ce qui veut dire que dans le processus d'identification qui résout le complexe œdipien, l'enfant est

bien plus sensible aux intentions, qui lui sont affectivement communiquées de la personne parentale, qu'à ce qu'on peut objectiver de son comportement.

C'est là ce qui met au premier rang des causes de névrose la névrose parentale. La contingence essentielle au déterminisme psychologique de la névrose impliquent une grande diversité dans la forme de la névrose induite, la transmission tendra à être similaire, en raison de la pénétration affective qui ouvre le psychisme enfantin au sens le plus caché du comportement parental.

Réduite à la forme globale du déséquilibre, cette transmission est patente cliniquement, mais on ne peut la distinguer de la donnée anthropologique brute de la dégénérescence. Seule l'analyse en discerne le mécanisme psychologique, tout en rapportant certains effets constants à une atypie de la situation familiale.

### **2.5.13. Introversion de la personnalité et schizonoïa**

Une seconde atypie de la situation familiale se définit dans la dimension des effets psychiques qu'assume l'Œdipe en tant qu'il préside à la sublimation de la sexualité : effets que nous nous sommes efforcés de faire saisir comme d'une animation imaginative de la réalité. Tout un ordre d'anomalies des intérêts s'y réfère, qui justifie pour l'intuition immédiate l'usage systématisé dans la psychanalyse du terme de libido. Nulle autre en effet que l'éternelle entité du désir ne paraît convenir pour désigner les variations que la clinique manifeste dans l'intérêt que porte le sujet à la réalité, dans l'élan qui soutient sa conquête ou sa création. Il n'est pas moins frappant d'observer qu'à mesure que cet élan s'amortit, l'intérêt que le sujet réfléchit sur sa propre personne se traduit en un jeu plus imaginaire, qu'il se rapporte à son intégrité physique, à sa valeur morale ou à sa représentation sociale.

Ainsi un rythme biologique règle-t-il sans doute certains troubles affectifs, dits cyclothymiques, sans que leur manifestation soit séparable d'une inhérente expressivité de défaite et de triomphe. Aussi bien toutes les intégrations du désir humain se font-elles en des formes dérivées du narcissisme primordial.

## **2.6. INCIDENCE INDIVIDUELLE DES CAUSES FAMILIALES**

On peut relever que c'est l'incidence du traumatisme dans le progrès narcissique qui détermine la forme du symptôme avec son contenu. Certes, d'être exogène, le traumatisme intéressera au moins passagèrement le versant passif avant le versant actif de ce progrès, et toute division de l'identification consciente du moi paraît impliquer la base d'un morcelage fonctionnel : ce que confirme en effet le soubassement hystérique que l'analyse rencontre

chaque fois qu'on peut reconstituer l'évolution archaïque d'une névrose obsessionnelle. Mais une fois que les premiers effets du traumatisme ont creusé leur lit selon l'un des versants du drame existentiel (accroissement de la désagrégation ou exploration du moi, le type de la névrose va en s'accusant).

Cette conception n'a pas seulement l'avantage d'inciter à saisir de plus haut le développement de la névrose, en reculant quelque peu le recours aux données de la constitution où l'on se repose toujours trop vite, elle rend compte du caractère essentiellement individuel des déterminations de l'affection. Si les névroses montrent, en effet, par la nature des complications qu'y apporte le sujet à l'âge adulte (par adaptation secondaire à sa forme et aussi par défense secondaire contre le symptôme lui-même, en tant que porteur du refoulé), une variété de formes telle que le catalogue en est encore à faire après plus d'un tiers de siècle d'analyse, la même variété s'observe dans ses causes. Il faut voir les comptes rendus de cures analytiques et spécialement les admirables cas publiés par S. Freud pour comprendre quelle gamme infinie d'événements peuvent inscrire leurs effets dans une névrose, comme traumatisme initial ou comme occasions de sa réactivation, avec quelle subtilité les détours du complexe œdipien sont utilisés par l'incidence sexuelle : la tendresse excessive d'un parent ou une sévérité inopportune peuvent jouer le rôle de séduction comme la crainte éveillée de la perte de l'objet parental, une chute de prestige frappant son image peuvent être des expériences révélatrices. Aucune atypie du complexe ne peut être définie par des effets constants. Tout au plus peut-on noter globalement une composante homosexuelle dans les tendances refoulées par l'hystérie, et la marque générale de l'ambivalence agressive à l'égard du père dans la névrose obsessionnelle ; ce sont au reste là des formes manifestes de la subversion narcissique qui caractérise les tendances déterminantes des névroses.

C'est aussi en fonction du progrès narcissique qu'il faut concevoir l'importance si constante de la naissance d'un frère : si le mouvement compréhensif de l'analyse en exprime le retentissement dans le sujet sous quelque motif : investigation, rivalité, agressivité, culpabilité, il convient de ne pas prendre ces motifs pour homogènes à ce qu'ils représentent chez l'adulte, mais d'en corriger la teneur en se souvenant de l'hétérogénéité de la structure du moi au premier âge ; ainsi l'importance de cet événement se mesure-t-elle à ses effets dans le processus d'identification : il précipite souvent la formation du moi et fixe sa structure à une défense susceptible de se manifester en traits de caractère, avaricieux ou autoscopique. Et c'est de même comme une menace, intimement ressentie dans l'identification à l'autre, que peut être vécue la mort d'un frère.

Après cette analyse on constatera que si la somme des cas ainsi repertoriés peut être versée au dossier des causes familiales de ces névroses, il est impossible de rapporter chaque entité à quelque anomalie constante des instances familiales. Ceci du moins est vrai des névroses de transfert ; Il n'est point ici de diminuer l'importance du complexe familial dans la genèse de ces névroses, mais de faire reconnaître leur portée d'expressions existentielles du drame de l'individu.

### **2.6.1. Dysharmonie du couple parental**

Les analystes ont insisté sur les causes de névroses que constituent les troubles de la libido chez la mère, et la moindre expérience révèle en effet dans de nombreux cas de névrose une mère frigide, dont on saisit que la sexualité, en se dérivant dans les relations à l'enfant, en ait subvertit la nature : mère qui couve et choie, par une tendresse excessive où s'exprime plus ou moins consciemment un élan refoulé ; ou mère d'une sécheresse paradoxale aux rigueurs muettes, par une cruauté inconsciente où se traduit une fixation bien plus profonde de la libido.

Une juste appréciation de ces cas ne peut éviter de tenir compte d'une anomalie corrélative chez le père. C'est dans le cercle vicieux de déséquilibres libidinaux, que constitue en ces cas le cercle de famille, qu'il faut comprendre la frigidité maternelle pour mesurer ses effets. Nous pensons que le sort psychologique de l'enfant dépend avant tout du rapport que montrent entre elles les images parentales. C'est par là que la mésentente des parents est toujours nuisible à l'enfant, et que, si nul souvenir ne demeure plus sensible en sa mémoire que l'aveu formulé du caractère mal assorti de leur union, les formes les plus secrètes de cette mésentente ne sont pas moins pernicieuses. Nulle conjoncture n'est en effet plus favorable à l'identification plus haut invoquée comme névrosante, que la perception, très sûre chez l'enfant, dans les relations des parents entre eux, du sens névrotique des barrières qui les séparent, et tout spécialement chez le père en raison de la fonction révélatrice de son image dans le processus de sublimation sexuelle.

### **2.6.2. Prévalence du complexe du sevrage**

C'est à la dysharmonie sexuelle entre les parents qu'il faut rapporter la prévalence que gardera le complexe du sevrage dans un développement qu'il pourra marquer sous plusieurs modes névrotiques.

Le sujet sera condamné à répéter indéfiniment l'effort du détachement de la mère – et c'est là qu'on trouve le sens de toutes sortes de conduites forcées, allant de telles fugues de

l'enfant aux impulsions vagabondes et aux ruptures chaotiques qui singularisent la conduite d'un âge plus avancé ; ou bien, le sujet reste prisonnier des images du complexe, et soumis tant à leur instance létale qu'à leur forme narcissique – c'est le cas de la consommation plus ou moins intentionnalisée où, sous le terme de suicide non violent, nous avons marqué le sens de certaines névroses orales ou digestives ; c'est le cas également de cet investissement libidinal que trahissent dans l'hypocondrie les endoscopies les plus singulières, comme le souci, plus compréhensible mais non moins curieux, de l'équilibre imaginaire des gains alimentaires et des pertes excrétoires. Aussi bien cette stagnation psychique peut-elle manifester son corollaire social dans une stagnation des liens domestiques, les membres du groupe familial restant agglutinés par leurs maladies imaginaires en un noyau isolé dans la société, nous voulons dire aussi stérile pour son commerce qu'inutile à son architecture.

### **2.6.3. Inversion de la sexualité.**

Il faut distinguer enfin une troisième atypie de la situation familiale, qui, intéressant aussi la sublimation sexuelle, atteint électivement sa fonction la plus délicate, qui est d'assurer la sexualisation psychique, c'est-à-dire un certain rapport de conformité entre la personnalité imaginaire du sujet et son sexe biologique : ce rapport se trouve inversé à des niveaux divers de la structure psychique, y compris la détermination psychologique d'une patente homosexualité.

Les analystes n'ont pas eu besoin de creuser bien loin les données évidentes de la clinique pour incriminer ici encore le rôle de la mère, à savoir tant les excès de sa tendresse à l'endroit de l'enfant que les traits de virilité de son propre caractère. C'est par un triple mécanisme que, au moins pour le sujet mâle, se réalise l'inversion : parfois à fleur de conscience, presque toujours à fleur d'observation, une fixation affective à la mère, fixation dont on conçoit qu'elle entraîne l'exclusion d'une autre femme ; plus profonde, mais encore pénétrable, fût-ce à la seule intuition poétique, l'ambivalence narcissique selon laquelle le sujet s'identifie à sa mère et identifie l'objet d'amour à sa propre image spéculaire, la relation de sa mère à lui-même donnant la forme où s'encastrent à jamais le mode de son désir et le choix de son objet, désir motivé de tendresse et d'éducation, objet qui reproduit un moment de son double ; enfin, au fond du psychisme, l'intervention très proprement castrative par où la mère a donné issue à sa propre revendication virile.

Ici s'avère bien plus clairement le rôle essentiel de la relation entre les parents ; et les analystes soulignent comment le caractère de la mère s'exprime aussi sur le plan conjugal par une tyrannie domestique, dont les formes larvées ou patentes, de la revendication sentimentale

à la confiscation de l'autorité familiale, trahissent toutes leur sens foncier de protestation virile, celle-ci trouvant une expression éminente, à la fois symbolique, morale et matérielle, dans la satisfaction de tenir les « cordons de la bourse ». Les dispositions qui, chez le mari, assurent régulièrement une sorte d'harmonie à ce couple, ne font que rendre manifestes les harmonies plus obscures qui font de la carrière du mariage le lieu élu de la culture des névroses, après avoir guidé l'un des conjoints ou les deux dans un choix divinatoire de son complémentaire, les avertissements de l'inconscient chez un sujet répondant sans relais aux signes par où se trahit l'inconscient de l'autre.

#### **2.6.4. Prévalence du principe mâle**

Là encore une considération supplémentaire nous semble s'imposer, qui rapporte cette fois le processus familial à ses conditions culturelles. On peut voir dans le fait de la protestation virile de la femme la conséquence ultime du complexe d'Œdipe. Dans la hiérarchie des valeurs qui, intégrées aux formes mêmes de la réalité, constituent une culture, c'est une des plus caractéristiques que l'harmonie qu'elle définit entre les principes mâle et femelle de la vie. Les origines de notre culture sont trop liées à ce que nous appellerions volontiers l'aventure de la famille paternaliste, pour qu'elle n'impose pas, dans toutes les formes dont elle a enrichi le développement psychique, une prévalence du principe mâle, dont la portée morale conférée au terme de virilité suffit à mesurer la partialité.

Il tombe sous le sens de l'équilibre, qui est le fondement de toute pensée, que cette préférence a un envers : fondamentalement c'est l'occultation du principe féminin sous l'idéal masculin, dont la vierge, par son mystère, est à travers les âges de cette culture le signe vivant. Mais c'est le propre de l'esprit, qu'il développe en mystification les antinomies de l'être qui le constituent, et le poids même de ces superstructures peut venir à en renverser la base. Il n'est pas de lien plus clair au moraliste que celui qui unit le progrès social de l'inversion psychique à un virage utopique des idéaux d'une culture. Ce lien, l'analyste en saisit la détermination individuelle dans les formes de sublimité morale, sous lesquelles la mère de l'inverti exerce son action la plus catégoriquement émasculante.

#### **2.7. ENFANCE ET ADOLESCENCE**

Pour comprendre l'enfance et l'adolescence, il importe de revenir sur les stades du développement psychosexuel chez S. Freud. Ce qui est particulier à travers l'approche théorique de cet auteur est que les tendances sexuelles jouent un rôle particulier dans la construction de la personnalité de l'individu.



### **2.7.1. Les stades psychosexuels**

Selon la perspective freudienne, le développement psychosexuel de l'individu se fait en cinq stades progressifs. Ce qui est particulier à travers l'approche théorique de S. Freud c'est que les tendances sexuelles jouent un rôle particulier dans la construction de la personnalité de l'individu. Un aspect biologique se dégage aussi de cette approche.

#### **2.7.1.1. Stade oral (0 - 1 an)**

Cette phase couvre la première année de vie de l'individu. Comme son nom l'indique la bouche est conçue comme la principale source du plaisir pour l'enfant au cours de cette période. Sucrer, mâchouiller, mordre et manger sont autant d'activités qui apportent à l'enfant du plaisir. Au cours de cette période l'enfant développe une relation serrée avec la mère. D'ailleurs c'est elle qui lui procure du sein ou du biberon. Ces objets ne se perçoivent pas seulement comme source de satisfaction des besoins de faim de l'enfant. Mais ils jouent aussi un rôle d'apaisement des pulsions sexuelles de celui-ci. Pour ce qui concerne l'allaitement il est interprété comme l'occasion d'un contact étroit entre l'enfant avec la mère, à la fois physique et affectif, qui ajoute à la satisfaction du besoin et au plaisir oral diverses autres gratifications.

Par conséquent dans la perspective de Freud, l'individu commence par vivre sa sexualité dès le sein maternel. La zone orale avec ses différents organes (la langue, les lèvres et la bouche) qui jouera un rôle important plus tard dans la vie de l'adolescent et de l'adulte dans la satisfaction de ses besoins sexuels, se trouve déjà investie au cours de cette période d'énergie libidinale.

#### **2.7.1.2. Stade anal (1 - 3 ans)**

Lors de cette période la source du plaisir va se transposer. Elle laisse la région buccale pour se concentrer à la région anale. L'anus et ses périphéries deviennent donc les principaux éléments fonctionnels de la sexualité de l'enfant de cet âge. La rétention et l'expulsion volontaire de ses selles et de ses urines procurent d'énormes plaisirs à l'enfant. Il tire un double plaisir dans le contrôle de ses sphincters. D'une part, la rétention procure en elle-même une excitation agréable de la muqueuse anale, d'autre part le plaisir de l'expulsion se trouve augmenté.

Au cours de cette période l'enfant maintient encore un très bon contact avec sa mère. Cet âge coïncide avec l'apprentissage de la propreté. Car les parents exercent une certaine

pression sur l'enfant juste pour le forcer à se conformer à des principes d'hygiène. Pour mieux développer sa sexualité, l'enfant a besoin d'un soutien bien dosé de son entourage. Même lorsqu'on doit lui inculquer des principes de propreté, on doit éviter d'être trop contraignant à son égard, sinon, on risque de favoriser chez lui des prédispositions à des comportements sexuels déviants.

### **2.7.1.3. Stade phallique (3 - 5 ans)**

A trois ans, l'individu aborde une phase extrêmement importante de son développement de manière générale et notamment de celui de ses fonctions sexuelles. Comme le nom l'indique, phallus qui signifie l'organe viril, soit le pénis, l'enfant perçoit en celui-ci le symbole de l'autorité. D'ailleurs c'est cette perception de l'autorité qui va occasionner une certaine tension dans la relation de l'enfant avec ses parents. D'où le fameux conflit dénommé le complexe d'Œdipe qui se traduit par l'amour que l'enfant éprouve pour le parent du sexe opposé accompagné de la haine pour le parent du même sexe.

Tout l'objet de ce conflit se réside dans des interprétations d'ordre sexuel. Le petit garçon qui se rend compte qu'à l'instar de son père, il est en possession du pénis, se compare avec celui-ci et en veut sa mère pour femme. Son père devient automatiquement son rival. Il lui serait mieux de procéder à son élimination afin d'avoir à lui seul la mère. Tandis que chez la fillette c'est un autre scénario qui se produit. Celle-ci en réalisant qu'elle est privée du pénis reproche à la mère de ne pas lui en donner, par conséquent elle veut posséder son père et éliminer sa mère, sa rivale. Cloutier stipule pour sa part que « *L'enfant recherche des gratifications érotiques de la part du parent constituant l'objet d'amour et élabore des fantasmes érotiques lui conférant l'exclusivité de l'amour du parent en question* ».

C'est dès lors que les différenciations sexuelles commencent par s'imposer. Le pénis et le clitoris deviennent les principales zones qui procurent du plaisir à l'enfant. Normalement à cette période, les pulsions libidinales se trouvent à un degré très élevé. Erikson pour sa part qualifie cette période comme le stade de la curiosité infantile, de l'excitabilité génitale et de préoccupations variées et d'un surcroît d'intérêt pour les sujets sexuels.

La bonne résolution de la crise œdipienne demande à l'enfant d'atteindre la maturité, de pouvoir s'identifier au parent du même sexe. Cette identification se fera en fonction des normes établies par la société. D'où la question des stéréotypes, car on attend à ce que l'individu développe des compétences et des aptitudes propres à des gens de son genre.

L'importance de ce stade réside dans le fait que l'enfant commence effectivement par faire face à des interdits et réalise par là qu'il ne lui est pas permis de réaliser tout ce qu'il veut. Donc les principes de la morale commencent par s'établir. On a même fait remonter l'origine du surmoi à cette phase du développement de l'individu.

#### **2.7.1.4. Stade de latence (6 - 12 ans)**

Cette période est considérée comme une période d'arrêt du développement des pulsions libidinales. Apparemment les énergies sexuelles de l'enfant cessent de s'accroître. C'est dans cette perspective que l'on parle de la sublimation. Donc au lieu de concentrer ses énergies vers la poursuite des objectifs strictement d'ordre sexuel, l'enfant se lance en des aventures relatives à ses études. Bref, les pulsions libidinales sont investies en des domaines créatifs. A ce moment crucial de son développement psychosexuel, l'enfant canalise ses intérêts vers le milieu extra-familial, les groupes de pairs et les apprentissages scolaires et sociaux.

C'est bien le moment pour l'individu de commencer à intérioriser les valeurs et les normes véhiculées par ses groupes d'appartenance. Ceci est rendu possible grâce à la résolution du complexe d'Edipe qui lui a permis de se rendre compte d'un ensemble d'obstacles pouvant l'empêcher de combler toutes ses attentes. Les trois instances de l'appareil psychique - le ça, le moi et le surmoi - s'établissent normalement. A côté de la nécessité de trouver de la satisfaction à ses besoins, le principe de la réalité s'impose de manière automatique à l'individu. C'est l'intériorisation de ce principe qui a obligé l'individu à laisser de côté la poursuite de ses désirs sexuels afin de se lancer à des activités valorisées par des gens de son âge. C'est ce qui explique la compétition chez les enfants de 6 à 12 ans, notamment sur le plan académique.

#### **2.7.1.5. Adolescence et ses particularités**

Dans la perspective freudienne c'est la dernière phase du développement de l'individu, disons mieux du développement psychosexuel. Freud attribue à cette période le nom de stade génital. Ceci sous-entend que les quatre autres stades quoique faisant partie du cours du développement psychosexuel de l'individu ont eu une connotation de stades pré-génitaux. C'est au cours de l'adolescence que les expressions de la sexualité vont se manifester concrètement, en dépit du fait que certains enfants ont déjà eu des pratiques sexuelles où il y avait l'implication des organes génitaux. Car c'est au cours de l'adolescence que la maturation des organes génitaux se fait à la dimension de l'adulte. Par exemple chez la fille, il y a une

augmentation de la taille du vagin et du clitoris et chez le garçon le même phénomène se produit au niveau du pénis et des testicules.

Cette période est considérée pour beaucoup de théoriciens comme une transition entre l'enfance et l'âge adulte. D'ailleurs l'adolescence n'a pas toujours existé. Elle résulte de la mutation de la société à l'issue de la révolution industrielle. Brièvement, on peut dire qu'un adolescent c'est un individu qui n'est plus enfant, mais qui n'a pas encore atteint la maturité de l'adulte. Pour ce qui se rapporte à la tranche d'âge de cette période, on est presque unanime à accepter qu'elle commence à la puberté - entre 10 à 13 ans pour les filles et 12 à 15 ans pour les garçons - mais les auteurs ne s'accordent pas toujours à situer sa fin. Pour certains elle se termine vers 18 - 20 ans et pour d'autres, elle va jusqu'à 25 ans. Erikson, pour sa part se situe dans la première position, tandis que Cattell, lui, il abonde dans la deuxième option. Pour situer l'adolescence, on privilégie quelquefois une composante économique. Ceci a permis de parler de l'adolescence prolongée, car elle peut s'étendre même au-delà de 25 ans.

Pratiquement, la puberté apporte de sérieuses modifications au niveau de l'apparence physique de l'individu. C'est en ce sens que Godhalber a reproduit trois composantes importantes à la puberté en s'inspirant des travaux de Katchadourian. Dans un premier temps, la puberté apporte un changement de la taille, de la masse, des proportions corporelles et de la composition corporelle. Parallèlement, on aboutit à un développement accéléré des appareils circulatoires et respiratoires. La composante la plus importante c'est surtout le développement des caractères sexuels primaire et secondaire. D'où cette période est marquée par le retour des pulsions libidinales.

Les pulsions sexuelles de l'individu qui restaient pendant un certain temps à l'état latent se réactivent et ceci avec de nouvelles intensités et de manière beaucoup plus concrète. Contrairement aux autres périodes de son développement psychosexuel où l'individu se contentait de trouver de la satisfaction par la manipulation des zones érogènes comme la bouche, l'anus et le pénis et à travers le parent du sexe opposé, à l'adolescence, il y a un renversement de la tendance, l'individu devient de plus en plus attiré par d'autres individus du sexe opposé qui ne font pas partie de la dyade familiale. Grâce à la maturation de son intelligence, l'individu à l'adolescence parvient à une meilleure compréhension de la réalité.

Dolto, F. (1994) avance à cet effet cette idée : « *Le fait capital qui marque la rupture avec l'état d'enfance c'est la possibilité de dissocier la vie imaginaire et la réalité, le rêve et les relations réelles.* » Si au cours de l'enfance l'amour était conçu comme un jeu pour l'individu, à l'adolescence, l'amour commence par prendre son vrai sens. S'agit-il des jeunes

filles ou des jeunes garçons, à cet âge, l'individu a tendance à chercher la compagnie de ce qu'il aime et éprouve des difficultés à supporter des liens virtuels. Voilà ce qui explique l'intolérance des adolescents à faire des jeux à connotation amoureuse.

Dans la société où nous vivons, où l'adolescence semble prendre place de plus en plus tôt, nous pouvons nous demander ce que signifie réellement ce concept de l'adolescence.

Pour le sociologue Pierre Bourdieu (1980) « *la jeunesse n'est qu'un mot* », remettant ainsi en question tous les préjugés que l'on se fait sur les jeunes. Selon lui,

*« quand je dis jeunes/vieux, je prends la relation dans sa forme la plus vide. On est toujours le vieux ou le jeune de quelqu'un. C'est pourquoi les coupures, soit en classes d'âge, soit en générations, sont tout à fait variables et sont un enjeu de manipulations ».*

Effectivement, il est impossible de réduire l'adolescence, phénomène très complexe, à une seule définition. Il semblerait que l'adolescence n'est que l'âge qui succède à l'enfance et précède l'âge adulte, immédiatement après la puberté.

Si l'on en croit le vocabulaire britannique, l'adolescence irait de l'âge de 13 ans (« *thirteen* ») à 19 ans (« *nineteen* »). Et pourtant, cela reste très dur de donner une tranche d'âge exacte valable pour tout le monde. Serait-ce déterminé par le seuil pubertaire et puis par l'arrivée à l'âge légal de 18 ans. Ou alors l'adolescence serait-elle simplement la seconde partie de la jeunesse, étape du cycle de vie où le sujet est encore dans toutes les dépendances : civique, résidentielle, économique. Il semble que cela dépend énormément de la personne et de sa situation socio-économique et psychologique. Il est donc impossible de délimiter l'adolescence à un âge qui serait valable pour tout le monde.

Le Robert (2006) qualifie tout simplement le nom féminin adolescence d'« *âge qui suit la puberté et précède l'âge adulte* ». Même si cela est incontestablement vrai, l'adolescence n'est certainement pas limitée à cette seule définition et ne peut pas être réduite et assimilée à une crise pubertaire seulement. L'adolescent va fortement être influencé par plusieurs facteurs, que ce soit ses entourages socio-économiques ou alors sa situation psychologique, qui vont jouer un grand rôle dans l'évolution de sa vie. D'un point de vue étymologique, « adolescence » vient du mot latin « *adolescere* » qui signifie « *grandir vers* ». Il s'agit donc d'un processus et non d'un état. L'adolescence correspond à une période de changement identitaire intense en raison de toutes les transformations corporelles, mentales, sexuelles et sociales.

### 2.7.2. Evolution du concept de l'adolescence au cours de l'histoire

Pendant le processus de maturation de l'être humain depuis des générations, les aînés pensent toujours que leur époque est meilleure que celle des générations présentes. Cette façon de percevoir les différences intergénérationnelles se traduit dans cette expression courante « *Quand j'avais ton âge* » de la part des aînés, parents, ou de grands-parents, précédant un long discours sur le changement de la jeunesse de leurs jours à ceux des plus jeunes. Effectivement, l'adolescence n'a pas toujours été telle qu'elle l'est maintenant. On observe une évolution des mentalités et des mœurs au cours du temps qui influence la perception qu'ont les sociétés des adolescents.

Le concept de l'adolescence est un concept qui a fortement évolué au cours du temps, autant que la perception que l'on se fait des adolescents. La logique voudrait que l'adolescence ait toujours existé. Pourtant, cet âge de la vie a longtemps été ignoré : on passait directement de l'enfance à l'âge adulte.

L'origine du mot « adolescence » est romaine : *adelescens* signifie « *entrain de grandir* » et *adultus* « *fini de grandir* ». L'adolescence concernerait alors la tranche d'âge uniquement masculine des 17-30 ans. L'adolescent romain correspond plus au jeune adulte qu'à notre adolescent moderne. Cette confusion reste de mise durant toute cette époque, ou le mot « adolescent » est moins utilisé que celui d'« *enfant* » ou de « *jeune* ».

Même si les opinions à ce propos varient, il semblerait qu'au Moyen-Age apparut « *l'âge des responsabilités* » vers l'âge de 10-11 ans. A l'âge de 12 ans se pose la question délicate de la sexualité ; contrairement à l'enfance, à laquelle les lettrés attribuent la vertu de pureté, l'adolescence est très mal perçue car elle est considérée comme l'âge de l'impureté. Ainsi, ce mot reste très peu utilisé.

Mais selon Philippe Ariès (1914-1984), l'enfance est un concept assez nouveau qui n'existait pas concrètement lors du Moyen-Age, apparaissant plutôt aux 16<sup>ème</sup> et 17<sup>ème</sup> siècles dans les classes aisées, puis qui s'étendit lors du 18<sup>ème</sup> siècle et qui se répandit complètement à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et au 20<sup>ème</sup> siècle dans les classes aisées autant que dans les classes ouvrières. Pour la première fois dans l'histoire occidentale des millions de jeunes personnes étaient forcées hors du travail. Ces jeunes devinrent alors des problèmes sociaux (sans grande différence avec les jeunes de nos jours) et la société demanda la protection de ses jeunes « *délinquants* ». La société ne leur donna aucun travail et puis les nomma des délinquants car ils n'utilisèrent pas correctement leurs heures libres. La solution à tous ces problèmes était l'école obligatoire : c'est la naissance du système scolaire, basé sur le concept

qu'il faut obliger les jeunes à aller à l'école afin de les contrôler. C'est donc la Troisième République qui fera de l'adolescence une classe d'âge à part entière. Les adolescents forment un groupe distinct du monde adulte. A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle le mot prend donc toute sa considération et sera entériné dans le dictionnaire au XX<sup>e</sup> siècle.

Lorsqu'on s'interroge à propos de l'adolescence, une série de stéréotypes apparaissent spontanément, venant ainsi brouiller notre conception réelle de celle-ci, pourtant si complexe. Parmi eux, subsistent ceux selon lesquels il existerait une crise de l'adolescence ou alors selon lesquels les jeunes sont insouciants et irresponsables.

### **2.7.3. Crise d'adolescence**

Lorsqu'on entend parler de crise d'adolescence, de nombreuses appellations nous viennent à l'esprit. « *Age bête* » et « *âge ingrat* » ne sont que deux parmi plusieurs.

L'adolescence a acquis une fâcheuse réputation depuis quelques siècles, et on la perçoit comme un danger. Non seulement pour la société mais aussi pour l'adolescent lui-même. Cette perception négative de l'adolescence remonte jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, lorsque Rousseau écrit dans le livre IV de *L'Emile* (1762) « *Comme le mugissement de la mer précède de loin la tempête, cette orageuse évolution s'annonce par le murmure des passions naissantes : une fermentation sourde avertit de l'approche du danger.* ».

Le fait est qu'on ne peut pas véritablement parler de « *crise* » pour tous. Effectivement, selon les psychiatres de l'adolescence, une grande majorité des adolescents (c'est à dire 80% d'entre eux), traversent l'adolescence sans crise majeure et atteignent l'âge adulte avec une relative tranquillité. Les 20% restant, traversent une période de crise plus ou moins ample, mais des études montrent que ces crises ne sont pas directement liées à l'adolescence elle-même. Pour la plupart, elles sont le résultat direct d'un trouble présent dès l'enfance, se manifestant seulement plus tard dans cette période de fragilité.

Même si la plupart des adolescents ne traversent pas de crise à proprement parler, tous passent par des moments difficiles, surtout à cette époque délicate. La plus commune est la dépression. Tous traversent une période de déprime, d'ampleur plus ou moins grande, que ce soit pour une mauvaise note à l'école ou pour la mort d'un proche. Le fait est qu'il n'y a pas à s'inquiéter de ceci, c'est un phénomène absolument normal. Le problème est quand cette dépression dégénère, pouvant engendrer la consommation excessive des substances psychoactives, l'anorexie, la boulimie, l'automutilation, le suicide ou la violence etc.

C'est dans ces cas-là que l'on parle de crise d'adolescence. De plus, il faut toujours faire attention car les troubles développés durant l'adolescence perdurent jusqu'à l'âge adulte et peuvent avoir de graves conséquences sur l'avenir de l'enfant.

On accuse souvent les adolescents d'être insouciant et irresponsables. Arthur Rimbaud (1873) dit dans ses Poésies, « *On n'est pas sérieux quand on a dix-sept ans* ». La période de l'adolescence c'est le moment dans la vie où l'on tente de nouvelles expériences, tout afin d'atteindre son but ultime, se découvrir soi-même.

Plus précisément, l'adolescent est instable. Tout dans sa vie peut basculer du jour au lendemain et ce désordre lui est troublant. Une mauvaise note, un conflit familial, un échec amoureux, un nouvel ami, un nouveau passe-temps, son humeur peut changer en un instant. Les adolescents sont impatient. Attendre est pour eux le pire des maux. Tout doit avoir un but, visible dès le départ.

Quant à leur soi-disant insouciance, les adolescents de nos jours vivent avec des inquiétudes constantes qu'on ne trouvait pas il y a quelques années. Avec le chômage et la précarité qui ne cessent d'augmenter, ces derniers sont concernés par leur avenir de plus en plus tôt. Ils reçoivent la pression d'avoir de bons résultats scolaires, afin de faire de bonnes études et échapper au chômage. Tous côtoient au moins un adulte dans le douloureux état d'inactivité professionnelle, les pressant à ne pas faire de même. Et ce n'est pas tout, mis à part la réussite scolaire, ils sont aussi confrontés au stress de la réussite de leur vie affective ou de leur santé, toutes ces tensions pouvant entraîner l'adolescent vers la dépression.

C'est pour éviter ce stress constant que les jeunes tentent d'occuper chaque moment de leur vie, leur valant la réputation d'être irresponsables. Comme dit Barrès dans *Le culte de moi*, « *Ils ont le délire d'animer toutes les minutes de leur vie* ». Que ce soit chez soi dans sa chambre, avec des activités extra scolaires, à la récréation entre les cours, en soirée ou en boîte de nuit, les adolescents savent qu'il faut se délasser du stress journalier. L'ennui est aussi un problème très présent chez l'adolescent, l'ennui de la vie quotidienne. Celui-ci règne partout, que ce soit dans les zones rurales ou dans les zones urbaines. Afin de changer ce quotidien monotone, ils tentent de se divertir le plus possible. Malheureusement, ces sorties coïncident souvent avec la réussite scolaire, et les adolescents ont tendance à choisir l'option la plus intéressante, c'est à dire les sorties qui passent devant les études et les formations professionnelles.

Mais une sous-culture en part entière des jeunes persiste tout de même, au-delà des préjugés existants. En effet on retrouve certains motifs qui réapparaissent bien souvent chez



les adolescents. Nous allons ainsi analyser la survenue de la culture jeune, et puis certains aspects de celle-ci : usage fréquent des réseaux sociaux, consommation de produits toxiques et apparition de maladies mentales graves.

#### **2.7.4. Apparition d'une culture propre aux jeunes**

Dans les années 1950-60 apparaît un nouveau phénomène : la culture jeune. Aux Etats-Unis et en Europe les jeunes commencent à se démarquer du monde des adultes par leurs convictions, leur langage et leur comportement. Se retrouvant dans la façon de s'habiller et leurs goûts musicaux, ils sont intimidants voire menaçants pour la société traditionnelle. La culture adolescente est très dynamique, créative et inventive. Elle fut le résultat de la révolution adolescente des années soixante et d'une volonté de prendre ses distances avec la génération aînée. Effectivement, on observe alors une nouvelle libération des adolescents, ce qui est visible avec les révoltes ayant pris place en Mai 1968 qui traduisent un fort désir des jeunes de se faire remarquer. Comme en Mai 1968 en France, les jeunes en Afrique ont traversé dans les années 90 en vent de revendication et de désir de plus de liberté.

Les adolescents sont plus extravertis que les apparences qu'ils veulent bien donner. Ils cherchent bien souvent leur véritable identité, afin de pouvoir trouver une place dans la société et se créer un futur stable et fructueux. Contrairement à ce que tout le monde semble penser, les adolescents sont souvent très ouverts d'esprit, recherchant la nouveauté à tout prix afin de casser les barrières de l'habitude qui sont imposées sur eux lors dès leur enfance. Ils sont effectivement à la recherche d'eux-mêmes aussi bien que d'un monde meilleur.

De plus, les adolescents montrent beaucoup d'intérêt pour la musique ou alors pour la mode vestimentaire, qui leur permettent de s'exprimer. Un certain style adolescent distinct apparaît spontanément. L'adolescence est une période où l'on cherche à connaître quels sont son style et ses goûts personnels et c'est pour cela que l'on remarque que les adolescents donnent une grande importance à la manière dont ils s'habillent, mais aussi qu'ils tentent de se découvrir à travers la musique par exemple.

Mais les adolescents, qui cherchent à montrer leur identité propre, sont tout de même très influencés par leurs pairs, avec qui ils tentent de s'intégrer, et auxquels ils donnent aussi une importance majeure. Ainsi, ils cherchent à s'imprégner des valeurs et des normes de ceux-ci. C'est la socialisation horizontale. Effectivement, les adolescents ont tendance à se regrouper en bandes, c'est-à-dire en groupes plus-ou-moins concis d'amis proches. Ceux-ci ont un rôle vital dans la vie d'un adolescent, lui servant de seconde famille sur laquelle il peut compter lorsqu'il essaye de créer une distance entre sa véritable famille et lui ou alors

lorsqu'il rencontre un problème quelconque avec elle. Cette socialisation horizontale est le résultat de la massification scolaire, qui encourage les contacts durables entre les jeunes, mais aussi de l'apparition de nouvelles technologies de l'information et de la communication, telles que les réseaux sociaux. On assiste donc à une territorialisation de l'espace de vie des jeunes grâce aux univers virtuels qui excluent souvent les parents.

On remarque une consommation plutôt fréquente de produits toxiques, illicites ou illégaux chez les adolescents aussi bien qu'une présence d'insécurité et de vulnérabilité personnelle chez eux. C'est cette vulnérabilité qui peut conduire à des comportements parfois dangereux, tels que la consommation de ces produits par exemple. Effectivement, une enquête HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) datant de 2010 montre que, toutes classes confondues, environ un collégien sur six dit avoir déjà connu une ivresse alcoolique avec des taux qui se multiplient par cinq entre la sixième et la troisième (passant de 6,8 % à 34,0 %). Et l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense), datant de 2011 et portant sur les jeunes de 17 ans, révèle que l'alcool demeure de très loin la substance psychoactive la plus consommée au cours des 30 derniers jours. En effet, huit jeunes de cet âge sur dix (74,2 % des filles et 79,7 % des garçons) en déclarent au moins un usage au cours de cette période. Mais le cannabis est la première substance illicite consommée par les adolescents. En 2010, l'expérimentation du cannabis concerne un collégien sur dix, alors qu'en 2011, 41,5 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir fumé du cannabis au cours de leur vie. 22,4 % d'entre eux déclarent avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois (ces consommations ayant principalement lieu le week-end).

La grande majorité du temps, ces consommations sont générées par une recherche de plaisir chez l'adolescent qui veut tout simplement passer un bon moment avec ses amis. Mais parfois, ces consommations dévoilent des motifs plus complexes que cela : envie de s'intégrer avec ses pairs, d'oublier ses problèmes quotidiens, de submerger un mal-être personnel ou une montée de stress...

Pour ce qui est du Cameroun, cette consommation aurait pris de l'ampleur au plus fort de la crise économique dans les années 90. On observe alors que différents produits, depuis l'alcool et les produits psychotropes jusqu'aux drogues très dures comme l'héroïne, se répandent chez les adolescents des milieux scolaires et des quartiers défavorisés. Les réseaux de distribution se multiplient, les actes de délinquance aussi, pour financer cette nouvelle consommation. De ces années-là date le deal. Une « nouvelle société » s'installe dans les

quartiers en grande difficulté socioéconomique : c'est le temps des « *économies parallèles* » dont nous ne sommes plus sortis.

La consommation de produits toxiques, tels que l'alcool ou les drogues, reflète un incontestable mal-être de jeunes qui ont de plus en plus de difficultés à s'intégrer et à trouver une place dans cette société. Effectivement, le système scolaire actuel, la pression autour de l'échec ou de la réussite, les difficultés familiales et le manque de perspective d'avenir peuvent expliquer l'enthousiasme pour ces substances dangereuses, qui offrent l'évasion d'un réel peu encourageant. Les produits toxiques se présentent donc d'abord comme des dérivatifs, expliquant ainsi pourquoi les jeunes s'y tournent le plus souvent en temps de crise - que ça soit une crise familiale, ou sentimentale.

## CHAPITRE 3 : FAMILLE ET PATHOLOGIE

Ici nous nous intéresserons aux liens familiaux, et plus particulièrement à la balance entre les liens narcissiques et les liens objectaux. Dans la famille, ceux-ci s'entrecroisent sans cesse (G. Decherf parle de cohabitation « narcissico-œdipienne »). Ils sont en articulation et contribuent à la solidité de la relation dans la famille. Le « soi familial » (Alberto Eiguer, 1984) c'est l'image que la famille en tant que groupe a d'elle-même. Le narcissisme familial permet à chaque membre de la famille de construire son propre narcissisme en assise sur ses liens d'appartenance. De ce point de vue, nous articulerons ce chapitre autour de deux principaux axes : famille et lien ; famille et échange relationnelle entre membres.

### 3.1. FAMILLE ET LIEN

#### 3.1.1. Quelques perspectives psychanalytiques sur les liens

Lorsque les liens narcissiques et les liens libidinaux sont en déséquilibre, cela correspond à une fragilité familiale. Le fonctionnement prévalent des liens narcissiques dans la famille provoque une tendance vers l'indifférenciation des liens et une grande souffrance. Nous faisons l'hypothèse que les deuils non faits dans les lignées entraînent cette dominance des liens narcissiques. De ce fait, souffrance groupale et souffrance généalogique sont très imbriquées.

La famille, premier groupe d'appartenance, est régie par des liens spécifiques : de couple (d'alliance) ; de consanguinités ; de filiation ; lien de la mère à sa famille d'origine (donc le lien de l'enfant à la famille de la mère) : généalogiques ; liens du groupe familial avec l'extérieur.

Un petit détour par la notion du narcissisme primaire chez Freud s'impose. Cette notion désigne un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même et par le narcissisme secondaire, désigne un retournement de la libido sur le moi, lorsqu'elle se retire de ses investissements objectaux.

Déjà Mélanie Klein (1927) montrait que des relations objectales s'instituaient dès l'origine et que l'on ne pouvait pas parler véritablement de stade narcissique, mais plutôt « d'état narcissique », défini par un retour de la libido sur des objets intériorisés (ce qui est confirmé actuellement par les observations de nourrissons (avec Stern, Pickler, Brazelton, etc.) : on sait que le bébé entre en relation avec l'entourage bien avant de parler et que l'éveil

à la vie psychique dépend de la rencontre avec l'autre. Le lien se construit à partir du miroir de l'autre (conceptions actuelles autour du lien primaire, cf. R. Roussillon (2002): pour le bébé, il y a un contact avec la sensation de l'objet qui lui signifie qu'il donne ce reflet ; on parle aussi de séduction narcissique primaire).

Le narcissisme normal est l'investissement libidinal du soi. Toute notre vie, l'énergie libidinale entretient « un double commerce », objectal avec les autres, et narcissique avec soi-même. Il y a donc une balance énergétique au sein de l'appareil psychique individuel.

Il nous paraît important de nous arrêter également sur ce point. W.R. Bion a développé en 1959 une théorie du lien. Par lien, il entend la relation du sujet avec une fonction plutôt qu'avec l'objet qui le favorise. Il distingue le lien intrapsychique (entre la pulsion et la représentation, entre des représentations différentes, entre la pensée et l'affect, entre le sujet et sa propre capacité de penser) et le lien interpersonnel.

E. Pichon-Rivière a développé aussi, en 1971 en Argentine, une théorie du lien. Il conclut : « Il n'y a pas de psychisme en dehors du lien à l'autre. » Pour E. Pichon-Rivière, le lien est une « structure complexe qui inclut le sujet, l'objet et leur mutuelle interaction, à travers des processus de communication et d'apprentissage, dans un cadre intersubjectif », ceci dans une relation dialectique qui permet l'internalisation de la structure du lien, qui acquiert ainsi une dimension intrasubjective. Selon cet auteur, l'individu se constitue à l'intérieur d'une structure triadique du lien (bicorporelle et tripersonnelle) : il fait l'hypothèse que, dès le début, pour l'enfant, il s'agit d'une situation triangulaire ; au sein de la dyade mère-enfant, le tiers est là et agit dès le premier instant, du moins dans l'esprit de la mère. L'individu naît donc à l'intérieur d'un réseau de liens et appartient à celui-ci. En référence à la théorie kleinienne, il parle de bon lien (qui prend origine dans les expériences gratifiantes), et de mauvais lien (produit par des expériences frustrantes). Pour E. Pichon-Rivière, la famille est une structure intermédiaire entre l'individu et la société. (R. Losso, 2000)

R. Kaës (1993), dans un article sur « *La transmission psychique intergénérationnelle et intra-groupale* », distingue à propos du lien, d'une part les états du lien, et d'autre part les structures du lien : les états du lien correspondent à ces liens immédiats et « supposent un état d'indifférenciation primaire nécessaire à la transmission directe des états émotionnels inconscients » à travers le soin, le bain sonore et langagier, le soutien et le maintien (prodigués au nourrisson et prodigués par le nourrisson à l'ensemble du groupe immédiat).

Nous sommes là dans le registre du sensoriel (cf. le registre de l'originaire, P. Aulagnier). Cette recherche de la dépendance originaire se manifeste ensuite dans les groupes

et donc dans le groupe familial, nous dit R. Kaës (1993), par la quête impérieuse de l'ambiance. Lors des séances de thérapie familiale, des affects, des émotions, du sensoriel, circulent aussi en deçà du langage.

Les structures du lien correspondent à une différenciation, (à des relations différenciées), des membres les uns par rapport aux autres, assurant l'écart nécessaire à la transmission et permettant la séparation. C'est ce vers quoi nous tendons dans le travail analytique avec la famille, afin que les pensées, les émotions deviennent de plus en plus verbalisable et dicible. Toujours d'après R. Kaës (1993) le pacte dénégatif est un organisateur du lien, à l'œuvre dans la famille avec sa première polarité qui organise le lien sur des représentations inconscientes visant à satisfaire les désirs, et son autre polarité, défensive, par laquelle le lien s'organise sur ce qui sera refoulé, dénié ou rejeté.

A. Eiguer (2002, p. 46) propose une image forte, en référence à P. Sieca : « Pour utiliser une image bien rodée, mais néanmoins fort éclairante, le lien peut s'entendre comme de multiples cordons ombilicaux reliant l'enfant et les parents. » Selon A. Eiguer, le lien suppose une dimension intra et intersubjective, il est le fruit d'une interaction comportementale et fantasmatique entre deux psychés qui s'influencent réciproquement.

Nous retiendrons simplement que le lien met en jeu la rencontre entre deux psychismes, qu'il met en jeu l'identification réciproque (miroir), qu'il renvoie au narcissisme, et qu'il représente aussi un investissement objectal.

### **3.1.2. Théories du lien appliquées aux relations couples**

Considérant les liens au sein du groupe familial tout entier, J.-P. Caillot et G. Decherf (1989), dans leur ouvrage *Psychanalyse du couple et de la famille* proposent la notion d'appareil psychique de couple, de famille, et de groupe en se référant aux travaux de R. Kaës, à propos de l'appareil psychique groupal, en 1976, et de A. Ruffiot, à propos de l'appareil psychique familial, en 1981. Ils disent : « L'appareil psychique du couple, par le biais de la résonance fantasmatique, se construit en articulant entre eux les appareils psychiques individuels. » Ils précisent que la résonance fantasmatique dans le couple met évidemment aussi en jeu la fantasmatisation entre les générations. Ils remarquent, autour du fantasme d'autoengendrement du couple, que différentes représentations se menacent, car elles sont paradoxales et dans l'ambiguïté (le couple anti-famille, la famille anti-couple, le couple anti-couple). Le travail psychique consiste alors à permettre la coexistence de ces instances. Ils sont amenés à proposer le concept de position narcissique paradoxale : position

très primitive, archaïque, basée sur la paradoxalité, antérieure à la position schizo-paranoïde de Mélanie Klein. Au sein de cette position, la relation à l'objet est paradoxale, les angoisses sont vitales, catastrophiques (liquéfaction, absence de contenant, agonies primitives) de D. W. Winnicott (1965) ; il s'agit d'une « organisation autistique et symbiotique simultanée ». Le mode de défense de cette position est l'oscillation ; le type de transfert est paradoxal. C'est une position en cercle vicieux que les auteurs résumant en cette célèbre phrase « vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel ». La position schizo-paranoïde de M. Klein (1927) en serait ensuite l'héritière.

Ces auteurs parlent de positions narcissiques : suite à la position schizo-paranoïde, ils proposent la position narcissique phallique, décrivant par là un monde de toute-puissance phallique, mettant en scène des stratégies perverses confusiogènes, confusionnantes, de séduction narcissique mensongère, on entend par là l'emprise perverse et les perversions narcissiques que l'on rencontre si souvent. Il est fréquent dans ces familles que l'un fasse vivre à l'autre les angoisses catastrophiques dont il se défend. C'est ainsi que dans les cadre des clinique conjugales l'on entend : « je viens pour mon mari » ou « pour ma femme », ou « pour mon enfant » (en tout cas pour un autre) ; on entend des attitudes de dénigrement ou d'idéalisation réciproques. Le transfert est de type pervers, tentative d'alliance d'un membre de la famille avec le thérapeute, contre un autre. Tentative d'alliance des uns contre les autres au sein du groupe thérapeutique. Enfin, le passage par la position dépressive, position clé dans le psychisme (M. Klein), permet l'accès de la famille à la position œdipienne.

G. Decherf (2003), dans son article « Le parent narcissique et ses complices », dit que la naissance d'un enfant va venir réveiller le narcissisme des parents : tous seront complices, la mère, le père, les grands parents. Le dépassement de ces complicités permettra à l'enfant d'accéder à l'autonomie. Mais pour cela, il faudra que chacun puisse faire le deuil de cet état originaire.

P. Aulagnier (1975), quant à elle, parle de contrat narcissique qui sera aussi à l'œuvre dans la famille lorsqu'il est question de donner une place à l'enfant au sein de la lignée et de le faire reconnaître comme appartenant au groupe socioculturel (exister parmi ses semblables).

Lorsqu'il y a dans la famille une prédominance des liens narcissiques on observe souvent une grande excitation qui dénote un vécu incestuel au sens de P.-C. Racamier (1993).

D. Pilorge et B. Brégère, dans leur article (2001) « Du narcissique à l'œdipien », posent la question de cette alliance entre l'aspect narcissique et la composante d'excitation. Sur le plan technique, ils s'interrogent au sujet du registre d'intervention qui est à privilégier : travailler l'axe narcissique est proche du modèle théorique qui va du plus archaïque au plus évolué. De notre point de vue, il peut également s'agir d'une excitation sexuelle, régressive, infantile (perverse polymorphe) entraînant la confusion des liens et l'indifférenciation familiale. On l'observe souvent entre les enfants qui peuvent être très agités en séance et même au foyer. La sensorialité est au premier plan, des affects, des émotions circulent, souvent en deçà du langage, et le contre-transfert est envahi par des co-évalués. Nous pensons là aux états du lien de R. Kaës. Le sexuel régressif, mobilisé dans ces cas-là, ne peut être analysé sous peine de « faire flamber » les relations incestuelles, alors qu'il est parfois donné à voir au premier plan. La blessure narcissique peut être « entretenue » par un objet intrusif, dans des relations d'emprise (cf. la position narcissique phallique). C'est dans ce type de fonctionnement familial que l'on portera une indication de thérapie familiale, et que la contenance du cadre avec la dynamique transféro-contre-transférentielle et intertransférentielle sera un levier thérapeutique essentiel.

Lorsque l'on est dans la prédominance des liens œdipiens, les émois sexuels confusionnels de l'enfance apparaissent dans des mouvements régressifs occasionnels (en effet, la famille est le lieu privilégié du sensoriel) mais sont généralement intégrés sous le primat de la reproduction dans les relations objectales qui tiennent compte de toutes les différences (sexuelle, générationnelle, etc.) l'autre étant pris en compte dans ses désirs, son plaisir, ses états émotionnels. L'interdit de l'inceste est respecté (structures du lien de R. Kaës).

A. Eigner (1984) propose d'appliquer les idées sur le lien aux relations du couple. C'est alors qu'il va distinguer : des liens narcissiques « dominés par l'investissement narcissique commun à toute liaison humaine et à laquelle contribueraient mari et femme ». Le narcissisme tend au syncrétisme (J. Bleger, 1981), à la fusion, effaçant la limite entre les individus, il est le résidu du narcissisme primaire, toujours en quête du semblable. A. Eigner suggère que ses composantes sont : « l'appartenance ou l'identité conjugale, l'investissement d'un espace habitable, la trajectoire de l'histoire qui est peuplée de souvenirs et de signes matériels, l'idéal du moi groupal des conjoints » ; des liens libidinaux dominés par l'investissement libidinal d'objet qui contiennent les « avatars de l'interaction de la sexualité



conjointe et de la loi. » Ces deux types de liens sont en articulation et contribuent à la solidité et à la permanence de l'alliance.

A. Eiguer dit que la fragilité d'un couple peut s'exprimer par le déséquilibre entre les liens narcissiques et les liens libidinaux d'objet. Il en vient à proposer une typologie du couple :

- ✓ le couple normal ou névrotique ;
- ✓ le couple anaclitique ou dépressif ;
- ✓ le couple narcissique ;
- ✓ le couple pervers (A. Eiguer, 2001).

Chaque type de couple présente un équilibre plus ou moins stabilisé entre les liens narcissiques et les liens libidinaux d'objet. Il y a différentes modalités de relations d'objet accompagnant chaque type.

Dans son ouvrage *L'éveil de la conscience féminine* A. Eiguer (2002 : 46-49), dit que les membres de tout lien, pour se tenir à l'abri du monde, établissent des accords inconscients (pacte dénégatif, secrets) ; ces accords les rendent proches et solidaires, les partenaires s'enrichissent constamment. La circulation psychique entre les membres du couple, selon l'auteur, permet au féminin d'être conforté et alimenté par le masculin de l'homme et vice versa.

A. Eiguer parle aussi de formes pathologiques du choix d'objet (en référence à S. Freud et ses deux modèles de relation d'objet) :

*le choix narcissique*, on cherche un objet qui ressemble à ce que l'on est soi-même, à ce que l'on a été ou à ce que l'on voudrait être, ou qui ressemble à la personne qui a été une partie de son soi propre.

*le choix anaclitique*, l'homme ou la femme cherche un partenaire lui permettant de trouver un étayage (père ou mère de l'enfance), l'autre représentant une image parentale. L'un est l'enfant de l'autre, et réciproquement.

*le choix œdipien*, plus adulte, propre aux structures névrotiques et normales. Ce qui explique que le lien d'alliance est riche fantasmatiquement et complexe, car il fait intervenir aussi la *bisexualité psychique* des deux partenaires.

### **3.1.3. Transmission psychique entre les générations et impacte sur les liens familiaux**

La clinique psychanalytique familiale permet d'intégrer le pulsionnel et les quatre points de vue de la construction de la psyché selon S. Freud (économique, dynamique, topique, historique), la relation d'objet développée ensuite par M. Klein, les problématiques narcissiques, le monde extérieur cher à D. W. Winnicott (comme l'a souligné R. Roussillon en 2002, dans les multiples approches), et enfin la transmission psychique chère aux thérapeutes familiaux. Cette clinique se définit plus comme une clinique des contenants psychiques, mobilisant spécifiquement le lien intersubjectif et transsubjectif. La thérapie familiale psychanalytique, c'est la psychanalyse du lien. La souffrance familiale est une souffrance groupale narcissique, de type syncrétique fusionnel J. Bleger, (1981) et transgénérationnelle. Le cadre de la thérapie familiale est spécifiquement adapté pour mobiliser le « contrat narcissique » de P. Aulagnier (1975) permettant de penser le pacte passé entre les membres du groupe familial dans son insertion sociale, et l'enfant à naître, ce qui autorise l'ancrage de ce dernier dans la lignée.

Selon S. Freud (1914) dans « Pour introduire le narcissisme », tout individu mène effectivement une double existence : en tant qu'il est à lui-même sa propre fin, et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté ou, du moins, sans l'intervention de celle-ci. L'enfant, en tant que maillon de la chaîne, aura une place à prendre, une charge à assumer dans la lignée généalogique, et comme disait Goethe, « ce que tu as hérité de tes pères, afin de le posséder, conquiers-le ». C'est de cette place-là, et dans une position active, que l'enfant deviendra sujet, appartenant à la chaîne des générations et de ses contemporains. Mais il sera également porteur de cette part du lien familial scellé dans ce que R. Kaës a nommé le pacte dénégatif dans son rapport à la filiation. Dans Antigone, il est dit qu'« aucune génération, jamais ne libère la suivante ». Les enfants sont dépositaires d'une partie de l'impensé, du refoulé et de l'impensable familial. Ce qui nous amène à distinguer dans la transmission psychique entre les générations ce qui est de l'ordre de l'intergénérationnel, ce qui se transmet en se transformant (venant tisser les relations intragroupales au travers du langage de sa fonction symbolique et prenant en compte les différences), ce dont chacun sera dépositaire, choisira ou non d'acquérir et de transformer à son tour, et ce qui est de l'ordre du transgénérationnel, inintégré psychiquement, ce qui est envoyé au-delà, à travers, et qui traverse, faisant fantôme dans la lignée. À ce sujet, l'article d'A. Eiguier (1984), à propos des objets transgénérationnels, et l'article de C. Nachin (1993) à

propos du travail du fantôme dans l'inconscient sont fort illustratifs. E. Granjon (2002) parle quant à elle d'« héritage négatif » et de « négatif transgénérationnel », destructeur des liens.

Les travaux de S. Tisseron à propos de la transmission psychique et des secrets de famille sont également tout à propos. L'impact de la transmission du traumatique dans les lignées a des effets sur le fonctionnement familial actuel dans lequel prédominent alors les liens narcissiques.

À propos du traumatique, nous rappelons spécifiquement ici la théorie freudienne du traumatisme après 1920, qui souligne le point de vue économique central, l'effraction étendue du pare-excitation, et le débordement économique : le moi ne peut se protéger de l'effraction quantitative, qu'elle soit d'origine interne ou externe. Nous citons S. Freud à propos des « *impressions éprouvées de la petite enfance, puis oubliées* », qui n'acquièrent le caractère traumatique qu'à la suite d'un « *facteur quantitatif* » se « *situant dans la période d'amnésie infantile* » et pouvant se rattacher aussi bien à des « *impressions de nature sexuelle et agressive, qu'à des atteintes précoces du moi* » dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste*). Il n'y a traumatisme que s'il se produit un bouleversement important de l'homéostasie de l'appareil psychique. Autour de l'événement, viennent se greffer les fantasmes originaires, les mécanismes de défense, les symptômes. Nous pensons à la métaphore de la perle de S. Viderman (1977) formée à partir du grain de sable : le grain de sable en psychanalyse, c'est l'événement ou sa trace autour duquel vont se développer des fantasmes comme les concrétions perlières. C. Janin (1999) rappelle que devenir perle est un destin incertain et que certains grains de sable iront peut-être même s'inscrire chez quelqu'un d'autre. Le grain de sable de l'événement non devenu perle est le « *noyau traumatique de tout processus psychique* » dit-il. Il expose alors les trois temps du trauma :

**Le noyau froid** : premier temps précoce du traumatisme, qui correspond au non-respect des besoins de l'enfant et au défaut de la fonction encadrante de la mère. Nous mettons cela en relation avec les expériences du traumatisme précoce et le défaut fondamental dont parle M. Balint (1967) à propos du désaccordage, manque d'ajustement dans la relation primaire. C'est ce premier temps du traumatisme qui préoccupe les thérapeutes familiaux. nous feront encore référence à M. Balint qui dit que c'est à ce moment traumatique que le patient peut régresser dans le transfert et reprendre une autre évolution. Bien sûr, il nous signifie que l'on ne peut que cicatriser cette blessure, et le *setting* analytique qui consiste alors à porter langagièrement le patient, à respecter son narcissisme, à être présent, discret,

permettra à celui-ci de retrouver confiance en l'autre. Ce sera aussi une des fonctions étayantes du cadre analytique en thérapie familiale.

**Le noyau chaud** : deuxième temps du traumatisme, en après-coup, correspond à la sexualisation du premier temps traumatique. Lorsqu'il y a dans la famille une relation incestueuse, elle fait évidemment vivre à l'enfant quelque chose d'un investissement objectal libidinalisé. Le pulsionnel de l'enfant n'étant pas respecté, il sera atteint dans sa sexualité.

**Le troisième temps** : après la puberté, le trauma paradoxal est constitué de ces deux noyaux, « *la situation traumatique est vécue à la fois sur le registre de la blessure narcissique et de l'excitation libidinale* ».

Enfin, G. Bayle (1996) rappelle quant à lui qu'il n'existe pas de traumatisme sexuel sans remaniement narcissique, et qu'il ne peut y avoir de blessure narcissique sans excitation sexuelle secondaire : « À la douleur de la blessure succède alors l'excitation et l'angoisse du trauma. »

Dans le générationnel nous pouvons aussi rencontrer des traumatismes cumulatifs (intrusions, empiétements, communications paradoxales, dans la relation mère enfant) et des traumatismes chocs (décès, maltraitance, trahisons, etc.) qui n'ont pas été symbolisés (cf. M. Kahn). Traumatismes choc (c'est le cas des deuils non faits), mais aussi traumatismes cumulatifs, font que prévalent des liens narcissiques dans le fonctionnement familial. Ce qui nous fait dire que la souffrance groupale serait d'essence généalogique.

Au regard de ce que nous venons de développer, il paraît très important de mettre en place un cadre solide et fiable pour contenir les angoisses de la famille et l'excitation qui les accompagne ; la dynamique transféro-contre-transférentielle et intertransférentielle jouera un rôle déterminant de restauration narcissique (chaque membre étant écouté, respecté, dans la neutralité bienveillante). Le cadre analytique groupal, pour reprendre l'expression d'une famille, est « comme un miroir à facettes ». Nous pensons là à l'importance du cadre psychanalytique de la thérapie familiale mis en évidence par A. Ruffiot (1981). Nous sommes en accord avec D. Pilorge et B. Brégégère (2001) qui centrent le travail sur trois axes :

- mise en place d'un cadre solide pour contenir les angoisses du groupe ;
- mise au jour des demandes infantiles (besoin de protection, angoisses de séparation, dépendances à un objet vécu comme tout-puissant, etc.) ;

- laisser au transfert le temps de jouer son rôle de restauration narcissique par le sentiment qu'il peut donner à chacun d'être écouté, respecté (prise en compte de ses angoisses et de ses demandes).

Quant à nous, nous soulignons également l'importance du travail autour de la transmission psychique et de ses avatars, et de son impact dans la dynamique transféro-contre-transférentielle et intertransférentielle. Enfin, nous insisterons particulièrement avec R. Losso (2000), sur l'importance du contre-transfert, avec parfois ses manifestations corporelles inconscientes, et les interactions entre les mythes familiaux des patients et ceux des thérapeutes.

### **3.1.4. Economie socio-politique des liens familiaux**

Tout en reconnaissant l'importance et la spécificité des dynamiques interindividuelles au sein de l'espace familial, les sciences sociales ont pour mission de situer ces dynamiques dans les contextes socio-culturels et politiques qui les influencent. Ce travail de connaissance est d'autant plus important en la matière qu'au cours des dernières décennies se sont produits des changements de grande ampleur dont on mesure les effets sur les statuts respectifs de chacun des membres de la sphère domestique et sur l'économie de leurs relations, ceci en observant notamment les évolutions du droit et des politiques dans le domaine.

Certes, l'histoire contemporaine de la famille est d'abord celle d'une autonomisation dans l'organisation des liens familiaux par rapport aux logiques de régulation du public, de l'État et de ses expressions institutionnelles, de la sphère politique, ce que nous qualifierons d'un mot comme une privatisation des liens familiaux. Auparavant, l'économie des liens familiaux était mise en œuvre par des individus inscrits dans des statuts et des rôles en grande partie déterminés par des injonctions politiques. De plus en plus, il apparaît une volonté des individus de concevoir cette économie des liens familiaux de façon autodéterminée en fonction des aspirations de chacun et du souci de l'autre. Dans le cadre d'une inversion étonnante, et comme l'illustrent particulièrement les mobilisations collectives autour du genre puis de l'homosexualité, c'est de la sphère privée elle-même que viendraient des injonctions adressées au public et au politique.

Mais une fois admise cette tendance lourde, les choses apparaissent beaucoup plus complexes. D'abord, derrière l'« *universalisme* » de la famille, il apparaît, suivant d'ailleurs un schéma d'analyse somme toute classique en sociologie, que les interactions familiales restent mises en œuvre par des individus dont les comportements dans leur univers privé sont aussi inspirés par leur inscription dans le social (par leur rapport au travail, par leurs

implications dans l'espace public, par ce qui les construits socialement comme personne, en référence au genre par exemple, etc.). Il convient alors d'apprécier les expressions actuelles de ces influences du social sur les liens familiaux et notamment de prendre en compte ce qui continue à s'affirmer comme des différenciations, comme ce que nous pourrions qualifier de stratification sociale des liens familiaux. Ce constat des déterminations sociales des interactions familiales doit nous conduire logiquement à revenir sur la tendance lourde à une privatisation de la sphère privée. D'abord il n'est pas évident que la sphère intime ne fasse plus l'objet d'une régulation au prétexte que les individus revendiquent la liberté dans l'économie de leurs liens familiaux. Il existe en fait de nouvelles normes susceptibles de constituer sinon des contraintes fortes au moins des pressions à la conformité. Mais surtout, compte tenu de l'indissociabilité d'une stratification sociale en-dehors et au-dedans de la sphère intime, il apparaît que tous les individus et tous les couples ne disposent pas tous des mêmes ressources pour entrer dans cette évolution qu'on a pu qualifier de « *démocratisation de la vie personnelle* » (Giddens, 1992, 2004). Ainsi, l'exigence de protection de « *risques familiaux* » (Schultheis, 1997) susceptibles de devenir pour les individus les plus vulnérables des risques sociaux expose à l'éventualité d'une politique duale où l'autonomisation des uns s'accompagnerait d'un retour à un « *gouvernement des populations* » (Foucault, 1978) pour les autres.

#### **3.1.4.1. Régulation sociale des liens familiaux**

Rappeler que la famille était d'abord une institution, c'est souligner que les façons dont les individus y étaient inscrits relevaient moins de leurs choix personnels que des attentes de la société tout entière à leur égard en référence à des considérations de reproduction biologique (le souci démographique), de socialisation des enfants, de préservation de l'ordre social (la famille comme instance de base de l'organisation sociale comme le confirmera a contrario la crainte exprimée face aux transformations de la famille que soit en jeu la « *viabilité* » de notre société – Roussel, 1989) et de célébration de l'ordre politique (comme l'illustrent si bien l'usage des métaphores familiales dans la rhétorique politique. Commaille, (1991). La conception de la famille est bien ici conforme au modèle de la «  *cité domestique* » où « *le lien entre les êtres est conçu comme une génération du lien familial : chacun est un père pour ses subordonnés et entretient des relations filiales avec l'autorité* » (Boltanski et Thévenot, 1991).

De tels enjeux pesant sur la famille expliquent que le droit ait été mobilisé pour exercer un contrôle étroit sur les modes de constitution et de fonctionnement de l'univers privé des individus. Dans la même logique, l'État a été appelé à mettre en place des politiques publiques spécifiques pour promouvoir l'idée de famille, orienter les comportements de ses membres, éventuellement suppléer ses défaillances. Les incertitudes s'affirmant sur la définition même de la famille compte tenu de ses transformations, les mobilisations publiques ne disparaîtront pas mais se concentreront plus sur des individus membres de la famille que sur l'entité famille elle-même. Ainsi l'enfant peut alors être établi comme individu éventuellement pensé en dehors de la famille ou distinctement par rapport à la famille, ce qui rompt avec la situation antérieure d'indifférenciation des individus à l'intérieur de la famille. De même, la reconnaissance de la position d'inégalité dans laquelle se trouvent les femmes et les mobilisations sociales qu'elle provoque va susciter un volontarisme étatique prenant la forme d'une nouvelle intrusion dans la sphère privée où ce n'est plus seulement celle-ci qui est en soi d'ordre public mais la situation d'individus qui la composent. L'intime n'a pas véritablement cessé d'être une affaire publique, une affaire politique.

Pourtant, les transformations de la famille convergent pour signifier une volonté d'émancipation des individus par rapport à toutes les logiques d'assignation auxquelles ils étaient exposés dans leur sphère privée : pour ce qui concerne la constitution du couple (c'est non seulement le mariage comme mode d'entrée obligé dans le couple et la famille qui est relativisé mais le fondement même de l'union puisque celle-ci peut être conçue autrement que sur la différence des sexes) ; pour ce qui concerne la vocation du couple qui peut ne pas être associée à la procréation, pour ce qui concerne la distribution des rôles conjugaux et parentaux compte tenu de l'évolution du statut de la femme. La question qui mérite alors d'être posée, c'est ce qui provoque cette émancipation de la sphère privée par rapport aux injonctions publiques dont elle faisait l'objet et le sens qu'on peut lui donner.

Au-delà du constat d'une incapacité croissante de l'État d'exprimer sa volonté et de l'imposer (Duran, 1999), de celui d'un changement des valeurs et de l'avènement d'une société « post-matérialiste » (Inglehart, 1977, 1993), les analyses convergent pour souligner l'influence prééminente des femmes dans cette évolution des comportements privés. Comme le considère Anthony Giddens,

*« les femmes sont les instigatrices de l'évolution vers une démocratisation de la vie personnelle, porteuses d'une revendication d'égalité sexuelle et émotionnelle, moteur d'une révolution dans la sphère intime, donc d'une*

*mutation qui ne peut que retentir sur l'ensemble des institutions sociales »*  
(Giddens, 1992, 2004).

Immanuel Wallerstein lui-même considère que parmi les six grands défis auxquelles sont confrontées nos sociétés et qui obligent notamment à reconsidérer l'organisation des sciences sociales, il y a celui résultant de l'avènement du féminisme (Wallerstein, 1999). Ce qui nous paraît significatif ici, c'est le renversement de perspective entre la sphère privée et le politique que suggère cette influence majeure des femmes dans les transformations de la famille. Jusqu'ici, la dimension politique du privé était affirmée et cultivée par un pouvoir politique et un État qui prétendaient ainsi défendre les intérêts supérieurs de la société, ce qui justifiait une soumission des individus dans l'accomplissement de leur vie privée. Désormais, à partir des mouvements sociaux qu'elles ont mis en œuvre, les femmes ont imposé l'idée que la dimension politique de l'espace privé pouvait être réaffirmée non pas « d'en haut » mais à partir des aspirations des individus qui s'y meuvent. Les femmes, en revendiquant le caractère politique de la sphère privée (« *Personal is political* »), ont ouvert cette extraordinaire possibilité de provoquer une inversion dans le statut de l'intime qui pourrait n'être plus déterminé par le politique mais institué à l'initiative des individus eux-mêmes comme politique.

Ainsi les femmes ont ouvert cette perspective suivant laquelle l'espace privé est susceptible de développer un modèle d'être et un modèle d'interactions sociales qui est simultanément investi comme modèle politique : celui qui autoriserait la réalisation du projet démocratique. Cette perspective a été rendue possible grâce à un mouvement social où les revendications d'égalité impliquaient indissociablement l'univers privé et la société pour autoriser une expression politique de nature nouvelle. La volonté d'émancipation telle qu'elle a été exprimée par les femmes et associée par elles à la revendication de liberté a conduit à lier de façon radicalement nouvelle l'univers privé et les univers professionnels, sociaux et politiques. Il est significatif qu'il puisse être question de « *régimes de citoyenneté* » Jenson, (2004) pour évoquer des contextes macro-sociaux, culturels, économiques et politiques dans lesquelles la situation des femmes est observée dans ses différents univers en référence à l'avènement d'un « *régime de citoyenneté* » qui serait caractérisé par une véritable égalité se manifestant indissociablement par l'autonomie politique, la parité en politique, l'individualisation des droits et la bilatéralisation des statuts dans l'univers privé. C'est bien ce processus engagé par les femmes qui va contribuer à faire de l'économie des liens



familiaux une question éminemment politique où seront de plus en plus sollicités les principes fondateurs de la démocratie.

Cette exaltation politique du privé développée par les femmes va inspirer de nouveaux mouvements sociaux comme ceux mobilisés par les homosexuels en quête de reconnaissance sociale et politique d'un couple et d'une famille avec enfants non fondés sur la différence des sexes. Ceux-ci vont concevoir une logique d'assimilation du privé à une question politique en associant le rejet du racisme, de l'antisémitisme ou de la xénophobie à celui des discriminations fondées sur l'orientation sexuelle.

Dans un contexte historique où les mobilisations collectives sont susceptibles de concerner indifféremment ce qui les justifiait déjà au moment de la révolution industrielle, c'est-à-dire le travail et la question sociale, et les valeurs fondatrices de la société « *post-matérialiste* » dont celles susceptibles de s'appliquer à l'univers privé, rien ne s'oppose plus à ce que le privé soit aussi une question centrale du politique mais cette fois-ci à partir de ce que revendiquent les citoyens : une auto-détermination de leur univers privé qui soit reconnue par les autorités publiques.

Bien entendu, il resterait à examiner les effets de cette nouvelle économie des relations entre privé et public au plan de la régulation sociale des liens familiaux. Si, comme on a pu le dire, la métaphore du contrat occupe de plus en plus l'espace public, elle s'impose également dans la gestion des liens familiaux. De ce point de vue, le contrat apparaît à la fois comme l'instrument revendiqué par des individus autonomes pour gérer le système d'interactions sociales dont ils tentent d'avoir la maîtrise et comme le moyen le plus adéquat pour les autorités publiques de métamorphoser une régulation des liens familiaux privé qui ne saurait plus s'exercer sur le mode de l'imposé.

On pourra toutefois se demander ici s'il s'agit bien d'une nouveauté ou s'il ne s'agit pas d'un retour aux principes fondateurs du Code civil tel qu'il s'adressait aux catégories sociales pour lesquelles la famille était indissociable du patrimoine (Commaille, 2004), ceci à l'opposé des familles populaires suivant le principe d'une gestion dichotomique dans l'ordre juridique de la fin du XIXe siècle, début du XXe siècle avec un Code civil pour la famille bourgeoise et un droit social pour la famille ouvrière lié au souci de moralisation de cette dernière (Lenoir, 2003).

La médiation, et la mythification dont elle fait l'objet, nous paraît illustratif de ce nouveau régime de régulation des liens familiaux. En effet, elle est ajustée à la nature contractuelle des interactions au sein de la sphère privée en même temps qu'elle porte

symboliquement la signification d'une nouvelle fusion entre l'ordre de l'intime et l'ordre politique. C'est bien ce qu'exprime l'auteur d'un ouvrage récent sur la médiation pour qui celle-ci est une des expressions d'un

*« refus des décisions qui viennent “en haut” dans la vie privée » et s'inscrit « dans cette évolution qui conduit les individus à devenir acteurs des solutions à rechercher, au lieu de subir des logiques institutionnelles fondées sur le “prêt à penser” ».*

Sans que soit pourtant clair ce qui revient dans cette conception de la médiation aux aspirations des citoyens par rapport à la gestion de leur vie privée et ce qui voudrait s'affirmer comme un nouveau modèle de régulation sociale du privé, la médiation est présentée comme une mise en valeur de la liberté de choisir et de la responsabilité individuelle pour participer finalement de cette *« démocratie de l'accompagnement que ses promoteurs appellent de leurs vœux »* (Sassier, 2001).

#### **3.1.4.2. Stratification sociale des liens familiaux**

Les évolutions que nous venons de rappeler à grands traits sont souvent présentées de telle sorte, y compris parfois par des analyses sociologiques qui ne font qu'écho ou qui alimentent des représentations de la sphère privée par les médias, qu'elles seraient générales et s'imposeraient comme modèle *« universel »* suivant une conception faisant de la sphère privée un *« en soi »* dont il ne resterait qu'à étudier l'économie interne. Or, cet univers reste fortement déterminé par le social dans lequel il s'inscrit. C'est ce que nous voudrions souligner maintenant à partir de quelques exemples en considérant notamment que l'économie des liens familiaux est aussi déterminée par les inégalités sociales et que celles-ci se développent dans un espace, l'espace de la sphère privée, qui est susceptible d'être lui-même involontairement reproducteur de ces inégalités dans la mesure où il y est lui-même soumis.

Faut-il rappeler que dans une période historique où le capital scolaire est devenu un enjeu crucial dans les esprits sinon toujours dans la réalité de la mobilité sociale ou du maintien d'un niveau social, la famille constitue l'instance stratégique de reproduction sociale et, par conséquent, pour certaines catégories sociales, de reproduction des inégalités. De même, on observe des mobilisations différentielles des solidarités au sein de la parenté, ceci en relation, non seulement avec des pratiques culturellement différenciées, mais avec des inégalités de ressources dont disposent effectivement les familles (Attias-Donfut, 1995). Dans la mesure où la tendance semble être dans beaucoup de pays, celle d'un désengagement relatif de l'État et celle de l'affirmation d'une politique de subsidiarité, le risque est bien que

l'assignation faite ainsi aux familles d'assumer de plus en plus largement la solidarité entre ses membres aboutisse en fait à demander à certaines familles de gérer les conséquences des inégalités sociales qu'elles subissent.

Mais la famille n'est reproductrice des inégalités sociales que dans la mesure où elle en est victime. Elle est susceptible de l'être en particulier parce que la « démocratisation de la vie personnelle » dans laquelle elle s'inscrit rend plus probable la survenance de risques familiaux d'où découlent des risques sociaux (Schultheis, 1997). On sait la vulnérabilité sociale plus grande des familles dites « *monoparentales* » qui s'illustre par la proportion importante qu'elles représentent des familles considérées comme pauvres (Thélot et Villac, 1998) et par la place qu'elles occupent dans les mobilisations des ressources publiques dont elles sont dans certains pays les cibles principales. De même, rien ne révèle mieux l'inscription de la famille dans le social que les effets que produisent les situations de chômage, non seulement sur les comportements des individus par rapport à leur sphère privée (par exemple en ce qui concerne la constitution de leur couple ou le choix d'avoir ou non des enfants...), mais sur l'économie des liens familiaux en termes de tensions, de bouleversements des statuts et des rôles entre les partenaires du couple mais aussi entre les parents et les enfants (Haut Conseil de la population et de la famille, 1999).

C'est ainsi qu'il peut être question de phénomènes de « *disqualification parentale* » quand le père ou la mère se retrouvent au chômage et voient leur image aux yeux de leurs enfants se dégrader et leur autorité remise en cause ; par exemple dans les familles immigrés où le père au chômage représente, par la condition qui lui est faite, un démenti par rapport à ce qu'il tente de prôner auprès de ses enfants, c'est-à-dire la promotion des valeurs de la société d'accueil. Comme le note un auteur dans une analyse récente sur les nouvelles formes d'intervention de la justice des mineurs :

*« Si le contrôle parental est parfois “défaillant”, c'est moins en raison d'un éventuel “laxisme” que du fait des conditions de vie : les transformations du marché du travail (notamment la flexibilité et la précarité accrues) ne sont pas sans incidence sur le “métier de parent” » (Coutant, 2005).*

Ce bouleversement des interactions au sein de la sphère privée provoqué par les dérèglements du marché du travail n'est d'ailleurs pas indépendant de celui des interactions avec l'environnement social au-delà de la sphère privée. En effet, le chômage provoque à la fois une tendance au retrait et à l'isolement par rapport à la parenté et par rapport à

l'environnement social, non seulement de la part du chômeur mais aussi des autres membres de la famille.

L'influence des inégalités sociales sur la sphère privée se mesure enfin aux situations différentielles dans lesquelles se retrouvent dans beaucoup de cas les hommes et les femmes. Celles-ci sont en fait exposées à une double inégalité. Le fait qu'elles restent les « *gardiennes de la famille* » (Commaille, Martin, 1998) les met potentiellement non seulement dans une situation de fragilité plus grande en cas de déstructuration familiale, comme nous l'avons vu avec les familles dites « *monoparentales* », mais les contraint dans leur engagement dans une activité professionnelle salariée. C'est ce qui explique par exemple la proportion sensiblement plus forte des femmes dans les emplois précaires ou dans des emplois à temps partiel. Ainsi, au monde souvent annoncé comme enchanté de liens familiaux activés par des partenaires de plus en plus égaux et gérés de façon contractuelle s'oppose la réalité d'inégalités de statut à l'extérieur et à l'intérieur de la sphère privée qui restent structurellement fortes.

## **3.2. FAMILLE ET ATTACHEMENT**

### **3.2.1. L'histoire d'une découverte**

Bowlby (1978) en préambule à la présentation de sa conception, rappelle les quatre théories connues qui concernent la nature et l'origine du lien de l'enfant à sa mère :

- la théorie de la tendance secondaire ou théorie de l'apprentissage ou théorie des relations d'amour de l'objet nourricier : le bébé s'intéresse et s'attache à une figure humaine, spécialement sa mère car cette dernière assouvit ses besoins de nourriture et de chaleur, apprenant ainsi qu'elle est source de gratification.
- la théorie de la succion primaire de l'objet : l'enfant a un besoin inné du sein , de le sucer; ce sein fait partie de la mère ; ainsi il établit une relation avec elle.
- la théorie de l'agrippement primaire à l'objet : l'enfant a tendance à être en contact avec un être humain et à s'y accrocher ; ceci de façon indépendante de la nourriture.
- la théorie du désir primaire de retour au ventre maternel : l'enfant regrette l'expulsion du ventre maternel et désire y retourner.

L'hypothèse proposée par Bowlby (1978), est différente de toutes celles-ci et repose sur la théorie du comportement instinctif : « Elle postule que le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à sa mère ». Le système d'attachement

apparaît donc comme un système motivationnel comportemental. Le comportement d'attachement a pour fonction la protection à l'égard des prédateurs. C'est aussi l'occasion d'apprendre de la mère des activités variées nécessaires à la survie. Ce système comportemental a pour but premier et principal la régulation de la sécurité et la survie de l'enfant, dans une perspective évolutionniste d'adaptation.

Bowlby (1978) adopte une approche définie par quatre caractéristiques :

- une méthode prospective par opposition à la reconstruction rétrospective psychanalytique ;
- une focalisation sur un agent pathogène et ses séquelles : la séparation d'avec la mère peut être traumatique ;
- l'observation directe de jeunes enfants ;
- l'utilisation de données de l'espèce animale.

Il définit un comportement comme instinctif quand :

- il se conforme à un schème qui apparaît analogue et prévisible chez presque tous les membres d'une espèce ou tous les membres d'un même sexe ;
- ce n'est pas une simple réponse à un stimulus mais c'est une séquence de comportement qui suit habituellement un cours prévisible ;
- certaines de ses conséquences habituelles sont d'une utilité évidente puisqu'elles contribuent à la préservation d'un individu ou à la continuité d'une espèce ;
- il en apparaît de nombreux exemples même quand toutes les occasions d'apprentissage habituelles sont restreintes ou même absentes.

Sa théorie fait appel à un nouveau type de théorie des instincts : « A la place des notions d'énergie psychique et de sa décharge, les concepts au centre du modèle sont ceux des systèmes de comportement et de leur régulation (control), de l'information, de rétroaction (feedback) négative et d'homéostasie à forme comportementale » Bowlby (1978). Bowlby a tiré de la cybernétique cette idée centrale d'homéostasie, c'est-à-dire que l'être humain maintient son équilibre par une autorégulation en fonction de son environnement. En effet, la théorie des systèmes cybernétiques de régulation montre comment un schéma simple peut être de plus en plus élaboré, pour aboutir à un système complexe et adapté aux nécessités. Ainsi, les espèces les plus évoluées dans la phylogenèse sont celles pour lesquelles le champ des modifications possibles des programmes comportementaux est le plus grand.

Dans la première version de la théorie, Bowlby (1978) décrit cinq schèmes de comportements contribuant à l'attachement :

- les pleurs et le sourire contribuant à amener la mère à l'enfant et à la maintenir près de lui ;
- le comportement de poursuite et d'agrippement ayant pour effet d'amener l'enfant à la mère et de le tenir près d'elle ;
- la succion non nutritionnelle.

Il y ajoutera plus tard l'appel par de petits cris puis par le nom. Selon le niveau développemental du sujet, un comportement peut être substitué par un autre comportement pour servir un même but.

Bowlby (1978) distingue le fait d'être dépendant d'une figure maternelle et d'être attaché à elle. Dans les premières semaines de vie, un enfant est dépendant des soins de sa mère alors qu'il n'est pas encore attaché à elle. La dépendance a, selon lui, une référence fonctionnelle alors que l'attachement est purement descriptif : il s'agit d'une forme de comportement. Dès quatre mois, l'enfant sourit et vocalise plus facilement et suit sa mère des yeux plus longtemps qu'il ne le fait pour personne d'autre. Bowlby souligne cependant qu'il est difficile d'affirmer la présence d'un comportement d'attachement avant l'apparition de signes montrant que l'enfant reconnaît sa mère mais aussi qu'il se comporte de façon à maintenir la proximité avec elle, par exemple, en pleurant lorsque sa mère quitte la pièce. Le comportement d'attachement est suscité dans la petite enfance par des facteurs internes : faim, fatigue, maladie, froid, douleur, et par des facteurs externes signalant un risque accru : obscurité, bruits, mouvements brusques, formes menaçantes et solitude.

Le comportement d'attachement au cours de la première année de vie est bien documenté, et semble se manifester de façon similaire durant la deuxième année et la plus grande partie de la troisième année. L'enfant est cependant de plus en plus conscient d'un départ imminent. Le troisième anniversaire marque généralement un changement, l'enfant devenant davantage capable d'accepter l'absence temporaire de sa mère et de prendre part à un jeu avec d'autres enfants. Bowlby (1978) précise : « Pour la plupart des individus, le lien avec les parents persiste dans la vie adulte et affecte le comportement d'innombrables manières »

Durant la période de latence, l'attachement reste un trait dominant. A l'adolescence, l'attachement aux parents diminue alors que d'autres adultes peuvent prendre une place

importante et l'attrance sexuelle pour des pairs débute. Le comportement d'attachement d'un adolescent ou d'un adulte peut se diriger vers des personnes extérieures à la famille, mais aussi vers des groupes ou des institutions scolaires, de travail, religieux, politique..., le plus souvent après médiatisation initiale par une personne qui occupe une place prédominante au sein du groupe. Chez des sujets âgés, le comportement d'attachement se dirige vers des sujets plus jeunes. Selon Bowlby, « Marquer de l'étiquette de régressif le comportement d'attachement dans la vie adulte est en fait ne pas tenir compte du rôle vital que ce comportement joue dans la vie de l'homme du berceau à la tombe ».

### **3.2.2. ATTACHEMENT : DESCRIPTIONS**

#### **3.2.2.1. Les différentes phases du développement de l'attachement**

En 1969, Bowlby distingue quatre intervalles dans le développement de l'attachement aussi appelées « *phases* ».

**Première phase** : l'orientation et les signaux sans discrimination de figure. De la naissance jusqu'à huit / douze semaines, le bébé s'oriente préférentiellement vers des stimuli venant d'êtres humains et se tourne vers les personnes sans distinction.

**Deuxième phase** : l'orientation et les signaux dirigés vers une ou plusieurs figures discriminées. De huit semaines à environ six mois, l'enfant continue à se comporter vis-à-vis des personnes de la même façon amicale, mais il le fait de façon plus nette vis-à-vis d'une figure particulière, la figure maternelle le plus souvent. Par ailleurs, il prend de plus en plus souvent l'initiative du comportement d'attachement.

**Troisième phase** : le maintien de la proximité avec une figure discriminée au moyen de la locomotion aussi bien que des signaux. Elle débute habituellement vers six/sept mois. L'enfant manifeste de plus en plus de discrimination dans la façon dont il traite les individus et son répertoire de réponse s'étend. Certaines personnes sont choisies comme figures d'attachement auxiliaires, tandis que les étrangers sont traités de plus en plus avec précaution. Cette phase persiste durant les deuxième et troisième années.

**Quatrième phase** : la formation d'une association rectifiée quant au but. L'enfant apprend à élaborer des stratégies qui tiennent compte des buts assignés de l'adulte et tente de les influencer. Il acquiert une compréhension des intentions de l'autre. Une interaction complexe se développe que Bowlby (1969) a appelé partenariat.

### **3.2.2.2. Attachement et comportement exploratoire**

Le système comportemental exploratoire est subtilement intriqué avec l'attachement, par l'intermédiaire de la figure d'attachement qui fournit la base de sécurité indispensable, à partir de laquelle l'exploration devient possible. Ainsworth (1978) a parlé d'équilibre, de balance dynamique entre ces deux systèmes comportementaux antithétiques. Ainsi, quand le bébé est rassuré par la proximité, le système exploratoire est activé et le bébé a tendance à quitter la base pour aller explorer. A l'inverse, quand le système de peur est éveillé par des signaux naturels de danger tels que l'inconnu, un bruit soudain ou l'isolement, l'enfant cherche alors une source de protection et de sécurité.

Bowlby (1978) réserve le terme angoisse pour la situation dans laquelle le système de peur est activé en même temps qu'est ressentie l'absence de la figure d'attachement. Le système de comportements de soins est un sous-ensemble des comportements parentaux, conçus pour amener du réconfort à un enfant en danger réel ou potentiel. Bowlby (op.cit.) a considéré le « caregiving » comme l'ensemble des comportements parentaux comprenant à la fois les soins physiques et affectifs donnés à l'enfant.

Selon Bowlby (1978), il existe un équilibre dynamique dans le couple mère-enfant, puisque s'expriment différentes composantes comportementales :

- le comportement d'attachement de l'enfant ;
- le comportement exploratoire et de jeu de l'enfant ;
- le comportement de soins de la mère ;
- le comportement de la mère antithétique au soin parental.

Le lien d'attachement est un sous-ensemble de ce qu'on appelle les liens affectifs. Les liens affectifs mettent en évidence les rapports entre attachement et sexualité. Bowlby (1978) reconnaît que ces systèmes sont distincts mais enclins à empiéter l'un sur l'autre et à subir une influence mutuelle.

## **3.3. APPROCHES QUALITATIVES DES ATTACHEMENTS**

### **3.3.1. Pluralité des attachements**

Bowlby (1978) va parler initialement du lien de l'enfant à sa mère, puis va remplacer le mot mère par celui de figure maternelle. Pour autant, il restera marqué par cette idée première de « monotropie ». Le Camus (1993), pour sa part, nous rappelle la contribution de Schaffer (1964), qui grâce à l'étude de soixante bébés âgés de quelques semaines jusqu'à dix-huit mois, précise que l'enfant peut entretenir plusieurs liens en même temps :



*Peggy Emerson et moi-même avons trouvé que 29% de notre échantillon d'enfants, dès qu'ils étaient en mesure de former des attachements spécifiques, en formaient plusieurs simultanément et que 10% en formaient jusqu'à cinq ou plus. A 18 mois, 87% avaient formé des attachements multiples et presque un tiers d'entre eux en avaient formé cinq ou plus. C'étaient les grands-parents, les frères et les sœurs aînés, les voisins mais surtout les pères qui étaient choisis. De plus, le fait de s'attacher à plusieurs personnes n'implique pas nécessairement des sentiments moins profonds avec chacun, car la capacité d'attachement d'un enfant n'est pas comme un gâteau qu'il faut partager.*

Par ailleurs, Ainsworth, au terme de son séjour en Ouganda en 1978, a proposé la notion de «hiérarchie des figures». Plus tard, elle évoquera la distinction entre figure principale habituellement la mère, et figures auxiliaires habituellement d'autres personnes de l'entourage; ce que Bowlby entérinera secondairement. Le Camus (1994) rappelle enfin que la mère incarne dans la majorité des cas la figure d'attachement principale. D'une part, la mère est la figure dont la privation temporaire ou définitive entraîne chez l'enfant les plus grandes perturbations. Selon Lamb et al., (1984), elle est aussi celle qui est préférée à toute autre personne comme « base de sécurité», préférée notamment au père, même lorsque celui-ci a tenu le rôle de «caregiver» prioritaire dans la première année de vie. Cette double affirmation n'exclut pas le fait que l'enfant puisse être attaché conjointement à d'autres personnes de son entourage, et que ses figures secondaires soient capables de compenser convenablement la privation éventuelle de la figure maternelle ou encore qu'elles soient elles-mêmes préférées en cas de stress.

### **3.3.2. Mary Ainsworth et la situation étrange**

Ainsworth (1978) élabore un dispositif pour tester le type d'attachement de l'enfant. Ce dispositif expérimental évalue de façon qualitative le type d'attachement de l'enfant à l'âge de douze mois. Durant ce test de laboratoire, l'enfant est exposé à de très brèves séparations d'avec sa mère et mis en présence d'une personne non familière. Sept épisodes successifs, durant trois minutes chacun, s'enchaînent dans un ordre préétabli, censé activer le système d'attachement avec une intensité croissante :

- 1- L'enfant est seul avec son parent dans la pièce d'enregistrement où se trouvent des jouets;
- 2- Ils sont rejoints par une personne inconnue de l'enfant comme du parent ;
- 3- La personne étrangère ayant capté l'attention de l'enfant, le parent quitte la pièce, laissant en présence l'enfant et l'inconnu(e) ;
- 4- Le parent revient et l'inconnu(e) s'en va ;

- 5- Le parent quitte lui-même la pièce 3 minutes plus tard, laissant l'enfant seul ;
- 6- L'inconnu(e) revient ;
- 7- Le parent revient en même temps que l'inconnu(e) s'en va.

Cette suite d'épisodes devrait engendrer une tension graduelle permettant à l'observateur de se rendre compte de la manière dont l'enfant organise son comportement envers la figure d'attachement, lorsqu'il fait l'expérience d'une situation troublante. Les épisodes sont filmés puis les comportements de l'enfant sont analysés de façon globale par catégorisation d'attachement, tandis que chaque épisode est coté grâce à des échelles interactives qui concernent à la fois l'attitude de l'enfant et le comportement de l'adulte. Les enfants sont ainsi classés selon trois catégories d'attachement :

- sécure ou « securely attached »
- insécure « évitant » ou « anxiously attached avoidant »
- insécure « ambivalent-résistant » ou « anxiously attached ambivalent/resistant »

Dans une population d'enfants d'un an, issus de classe moyenne :

- ● 66% des enfants manifestent un comportement d'attachement dit sécure : ils protestent lors du départ de leur mère puis se consolent rapidement en jouant. Au retour de la mère, ils s'interrompent pour manifester leur joie (soulagement assorti d'un contact physique) puis reprennent leurs activités.
- ●● 22% des enfants manifestent un comportement d'attachement insécure dit évitant : ils ne protestent pas ou peu lors du départ de la mère et réagissent peu à son retour (apparente indifférence). Les tentatives de rapprochement ne servent à rien. Il arrive qu'ils se détournent de leur parent pour porter leur attention vers un objet.
- ●●● 12% des enfants ont un comportement d'attachement insécure dit ambivalent-résistant : ils protestent au moment de la séparation et ne peuvent ni être apaisés ni se remettre à jouer. Au retour du parent, ils recherchent le réconfort de façon ambivalente, s'agrippant à lui, pour s'en défaire rapidement après dans un mouvement de colère.

Les échelles interactives étudient la recherche de proximité et de contact, le maintien du contact, la résistance au contact, l'évitement, l'interaction à distance et la recherche de la personne disparue. Les enfants sécurisés sont ceux qui recherchent le plus intensément la proximité du parent mais ce sont aussi ceux qui vont le plus s'en éloigner. Les enfants avec un attachement anxieux résistant ne font pas d'effort pour regagner la proximité de leur figure

parentale mais se maintiendront au plus près d'elle tout au long de la situation. Enfin, les enfants anxieux évitants ne recherchent pas particulièrement la proximité du parent mais, en même temps, ne s'en éloignent que modérément. Ainsi, les enfants sécurisés montrent la plus grande flexibilité entre l'exploration et la recherche de réconfort ; les enfants avec un attachement anxieux évitant apparaissent plutôt comme inhibés socialement et ceux avec un attachement anxieux résistant comme dépendants de la figure d'attachement.

Le succès de la « situation étrange » s'explique notamment par :

- la simplicité de ce type d'épreuve, pouvant être mis en œuvre facilement ;
- une comparabilité possible des situations grâce à une expérience suffisamment standardisée;
- l'expérience d'une séparation courte qui apparaît paradigmatique des modalités d'attachement de l'enfant ;
- l'absence de considération psychopathologique ou biographique.

Ce paradigme a contribué à l'essor extraordinaire de la théorie de l'attachement dans les années qui suivirent.

Les comportements de l'enfant dans la « situation étrange » traduisent la qualité d'une relation particulière, d'un pattern interactif davantage qu'une caractéristique de l'enfant lui-même. Certains enfants classés dans l'une des catégories précédentes ne montraient pas de pattern comportemental vraiment organisé. Après visionnage de deux cents enregistrements d'enfants « inclassables » à la « situation étrange », Main et Solomon (1986,1990) ont défini une quatrième catégorie d'attachement dit « désorganisé-désorienté ». Environ 15% des enfants dont certains classés initialement à tort dans d'autres catégories, dans les échantillons à faible risque de la classe moyenne, montrent des comportements d'attachement désorganisés : le nourrisson cherche généralement la proximité de sa mère de façon étrange et désorientée, par exemple en s'approchant d'elle puis en se figeant brutalement ou en détournant le regard. Ces enfants laissent transparaître des indices de stress ou des signes de peur de la figure d'attachement. Main (1998) suggère que les stratégies de l'enfant sont mises en échec puisqu'il ne parvient ni à s'approcher de son parent, ni à s'en détacher. La présence de ces comportements semble fréquemment associée à une problématique d'abus, de maltraitance ou de négligence.

### **3.4. ATTACHEMENT ET MODELISATION**

#### **3.4.1. La notion de modèles internes opérants**

Dès son plus jeune âge, l'enfant intérioriserait des séquences d'évènements auxquels il a participé et formerait des attentes ou modèles relatifs au déroulement des relations. Ces modèles l'aideraient ainsi à comprendre et à interpréter le comportement de ses proches mais l'influenceraient aussi dans ses relations avec des personnes nouvelles. Ainsi, l'enfant se représenterait les comportements et intentions des autres à la lumière de ce qu'il a connu au sein de sa famille. Bowlby (1978) parle de modèles de fonctionnement interne de Soi et des autres, et va s'inspirer du terme « Internal working model » (modèle internalisé/interne opérant) proposé par Craik, en 1943. Le principe d'un système de représentations sous-tendant l'attachement a permis une compréhension beaucoup plus sophistiquée des différences individuelles.

Selon Fonagy (2004), quatre systèmes de représentations peuvent être distingués dans l'attachement :

- 1- des attentes de qualités interactives chez les premiers donneurs de soins qui se développent durant la première année de vie et s'élaborent par la suite ;
- 2- des représentations d'évènements grâce auxquelles les souvenirs généraux et spécifiques d'expériences en rapport avec l'attachement sont codés puis retrouvés ;
- 3- des souvenirs autobiographiques grâce auxquels des évènements particuliers sont reliés sur le plan conceptuel, en raison de leur relation à une activité de narration personnelle ininterrompue et au développement d'une compréhension de Soi ;
- 4- le pouvoir de comprendre les caractéristiques psychologiques des autres et de les différencier de ceux du Soi.

Ces modèles perdureraient au cours de l'enfance et durant l'âge adulte.

#### **3.4.2. Stabilité des modèles d'attachement**

Diverses études selon Waters, cité par Humbert, P. (2003), ont montré que ces trois catégories de comportements restaient relativement stables tout au long de la deuxième année. Toutefois, après l'euphorie initiale, certaines recherches ne confirmeraient pas cette conclusion. Ainsi :

- Belsky et Coll. (1984) retrouvent dans leur étude, que moins de 50% des nourrissons testés sont classés dans la même catégorie, trois mois plus tard ;
- Lyons-Ruth et al. (1991) la stabilité de la catégorie « désorganisé-désorienté » apparaît généralement plus élevée ;

- D'une façon générale, la stabilité est faible dans les échantillons d'enfants à haut risque des milieux peu favorisés, où les changements majeurs dans le fonctionnement familial sont courants.

Selon Murray et Cooper (1994), cités par Pionnie (2000), les statuts d'attachement peuvent se modifier, par exemple sous l'effet d'un mieux-être chez la figure d'attachement à l'occasion d'évènements de vie positifs ou d'une psychothérapie.

### 3.4.3. Le schéma de Holmes

Le schéma de Holmes (1993), rapporté par Gauthier (1999, p.31), illustre le système comportemental d'attachement avec les trois stratégies possibles en réponse à ce que l'enfant perçoit de sa figure d'attachement. Il se présente comme suit.

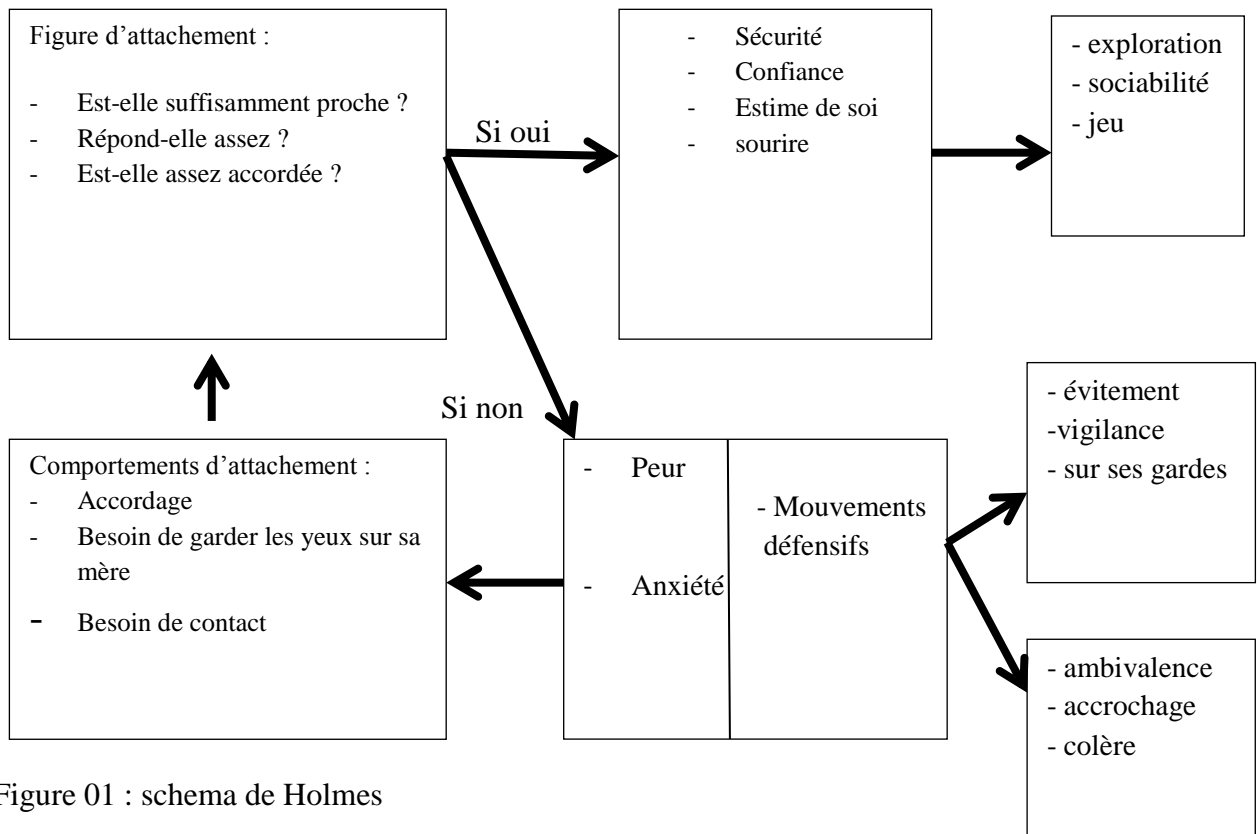


Figure 01 : schéma de Holmes

## 3.5. ATTACHEMENT ET REPRESENTATIONS

### 3.5.1. Mary Main et l'attachement à l'âge adulte

Main, professeur de psychologie à Berkeley, en Californie et élève d'Ainsworth, va contribuer au virage historique de la théorie de l'attachement. Ses travaux ne s'intéressent pas à la dimension exclusivement comportementale de l'attachement mais aux représentations des modèles d'attachement qui sont à rapprocher de ce que Bowlby (1978) a appelé « modèles internes opérants ». En 1982, elle lance une étude concernant quarante familles de niveau

social moyen, dont les enfants ont été suivis de la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans. Les enfants subissent le « Separation Anxiety Test » (SAT), tandis que des entretiens ont lieu avec les parents. On remarque des correspondances entre la classification de la sécurité de l'enfant, d'après la situation étrange et le récit des parents.

Ainsi Main et ses collaborateurs, en 1985, vont élaborer un outil d'évaluation des représentations d'attachement chez l'adulte : « l'Adult Attachment Interview » (AAI). Cet entretien semi-structuré porte sur l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement de la personne interrogée. Il présente la caractéristique essentielle d'aller rapidement et de façon insistante aux points sensibles de l'enfance, « surprenant l'inconscient », pour reprendre la formulation de Main. L'analyse repose davantage sur la structure que sur le contenu du discours. On étudie notamment les décalages possibles entre ce qui est du registre de l'impression amnésique (mémoire sémantique) et de la réalité de la situation évoquée (mémoire épisodique).

Les entretiens durent entre trente minutes et une heure et demie. Généralement, la cotation est réalisée par une autre personne que celle qui a mené l'entretien. Les cotateurs doivent être spécialement formés à cet outil. Ce système permet, selon Main et al., (1985), de catégoriser les représentations d'attachement en quatre catégories :

- L'état d'esprit « sécure » ou « autonome » (F, free ou autonomous-secure) : décrit des personnes qui ont un accès facile à leurs souvenirs et émotions d'enfance. Le récit des expériences passées est cohérent, que leur histoire ait été favorable ou non ; les relations affectives sont valorisées, sans dépendance excessive. Ces personnes se présentent comme ayant confiance en eux-mêmes ainsi qu'en les autres.
- L'état d'esprit « détaché » (Ds, dismissive of early attachments) : décrit des personnes désengagées émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles. Elles semblent n'avoir qu'un accès limité aux souvenirs, tout en offrant un portrait normalisé -voire idéalisé- de leurs parents. Il existe une incohérence entre une description idéalisée des parents et une impossibilité d'illustrer par des souvenirs précis. On reconnaît à l'œuvre les processus d'exclusion défensive des affects et de confiance en soi compulsive.
- L'état d'esprit « préoccupé » (E, enmeshed ou preoccupied with early attachments) : décrit des personnes plutôt confuses, restituant une image

incohérente de leur passé du point de vue des expériences relationnelles. Leur récit est très fourni mais digressif. Une colère encore vive envers les parents peut être perceptible. Ces personnes se présentent comme manquant de confiance en elles.

- ●●●●L'état d'esprit « non résolu-désorganisé » (U-d, unresolved-disorganized) : le discours se désorganise dans sa forme ou son contenu quand sont évoquées des expériences traumatiques (perte, séparation, abus). Ces personnes ne sont pas parvenues à une élaboration mentale permettant de prendre une certaine distance émotionnelle à l'égard de ces événements.

On retrouve les mêmes types de patterns, issus de l'intuition d'Ainsworth (1978). Mais, à la différence de la « situation étrange », la cotation n'aboutit pas à catégoriser une relation mais l'état d'esprit d'un individu à l'égard des relations d'attachement. Leur distribution dans la population générale est 27% de Ds, 56% de F, 17% de E et 21% de U, catégorie cotée séparément et se superposant à l'une des trois précédentes.

### **3.5.2. La transmission intergénérationnelle des schémas d'attachement**

Main et al. (1985) ont observé une corrélation entre les patterns d'attachement de l'enfant dans la situation étrange et les modèles internes de sa mère exprimés dans l'« Adult Attachment Interview » (AAI). L'hypothèse de liens entre le style d'attachement d'un enfant et le discours de ses parents a été vérifiée par de nombreux autres travaux.

En 1995, une méta-analyse de Van Ijzendoorn et coll., citée par Fonagy (2004), regroupant 18 études, indique une correspondance d'environ 70% entre les catégories d'attachement maternelles et celles de l'enfant. Des études prénatales, rapportées par Main (1995), ont aussi montré que la classification de l'attachement adulte sur le futur parent d'un premier enfant, effectuée trois mois avant la naissance, prédit le comportement du bébé à la situation étrange face à ce parent, quinze mois plus tard. Ainsi, les entretiens du AAI dits détachés prédisent un comportement évitant dans la « situation étrange », alors que les entretiens dits préoccupés prédisent un attachement infantile insécure-résistant. Des entretiens dits non-résolus prédisent un attachement infantile de type désorganisé. La façon dont les parents organisent leurs souvenirs à propos de leur enfance et valorisent les relations d'attachement prédirait la qualité de la relation d'attachement avec leur enfant.

Humbert, P. (1998) se demande s'il n'y aurait pas une certaine inflation du taux de correspondance intergénérationnelle, du fait du présupposé implicite propre à la théorie de l'attachement qu'il appelle « présomption de transmission intergénérationnelle ». Les catégories décrivant l'attachement adulte ont été en effet construites à partir de celles de la « situation étrange » utilisée chez l'enfant, présupposant qu'il y aurait une continuité transgénérationnelle. Le tempérament de l'enfant et ses effets sur le parent ne semblent pas être une bonne explication du phénomène, puisque l'AAI de chaque parent, recueilli et coté avant la naissance de l'enfant, peut prédire la classification d'attachement chez le nourrisson à 12 et 18 mois (Fonagy et coll., 1991 ; Steele et coll., 1996).

Les élèves de Main vont appliquer l'AAI à l'étude de la psychopathologie de l'enfant et de l'adulte et à la transmission intergénérationnelle de l'attachement. Les travaux d'Ainsworth (1978) ou de Haft et Slade (1989), cités par Humbert P. (2003), suggèrent que le mécanisme de cette transmission met en jeu la sensibilité de la mère aux signaux de l'enfant, ainsi que sa capacité à y répondre. Toutefois, les recherches explorant l'impact de la sensibilité parentale, aboutissent à des corrélations assez faibles.

L'accroissement expérimental de la sensibilité maternelle chez des mères d'enfants au tempérament négatif a montré un effet important, en termes de sécurité d'attachement ; passant de 28% à 68% dans l'étude de Van Den Boom (1994) cité par Fonagy (2004). Cela suggère que, dans un groupe socialement défavorisé, la sensibilité maternelle est essentielle dans le développement de la sécurité d'attachement chez le nourrisson. Selon De Wolff et Van Ijzendoorn (1997) la sensibilité paternelle aurait une corrélation plus faible mais néanmoins significative avec la sécurité d'attachement au père.

Selon Main (1985), le modèle interne opérant constitué au début de la vie doit être mis en rapport d'une part avec le comportement ultérieur de l'enfant, preuve de la stabilité intra-individuelle du modèle, et d'autre part avec le mode de sensibilité de la mère, preuve de l'origine interindividuelle du modèle. Selon Le Camus (1994), cette double correspondance fonderait l'explication de la transmission intergénérationnelle : si le modèle interne construit chez l'enfant dépend de la qualité de la relation établie par la mère et si la qualité de la relation de la mère dépend du modèle d'attachement qu'elle a construit au cours de sa propre enfance, une sorte de continuité, un enchaînement s'établit entre les générations successives.



La transmission des modèles d'attachement n'est cependant pas toujours homogène. Il faut évoquer les effets des « fantômes dans la nurserie » pour reprendre la métaphore de Fraiberg et al., (1983) ; c'est-à-dire d'évènements qui viennent contrarier la transmission intergénérationnelle de la chaîne des représentations des modèles opérants. Gauthier (1999) rapporte les travaux menés par Fonagy (2004), démontrant la validité des observations et hypothèses de Fraiberg (op.cit.). Selon Halfon et al. (1997), le « fantôme » hanterait d'autant plus la « nurserie » que les processus défensifs des parents, exprimés dans l'AAI, sont massifs : idéalisation, dépréciation, répression des affects, intellectualisation, clivage. Ces mécanismes seraient notamment plus fréquents chez les parents d'enfants évitants dans la « situation étrange »

Cependant que la méta-analyse de Van Ijzendoorn (1995) sur les correspondances entre les types d'attachement du bébé et les catégories d'attachement de son parent, met cependant en évidence un « chaînon manquant ». En effet, Si les corrélations sont claires, d'une part entre les représentations parentales et la sensibilité maternelle (Haft et Slade, 1989) et d'autre part, entre la sensibilité maternelle et les comportements d'attachement de l'enfant (Isabella et Belsky, 1991), il s'avère que ces deux liaisons à elles seules ne permettent pas d'expliquer l'ensemble de la transmission. Ce qui implique que d'autres facteurs liés au tempérament, à la génétique ou aux facteurs socio-culturels contribuent à cette transmission.

### **3.6. L'EVOLUTION DES MODELES INTERNES OPERANTS (MIO)**

Les modèles internes opérants ont valeur de véritables représentations mentales, mixtes de cognitif et d'affectif, et qui, comme tels, se construisent dans le cadre des interactions précoces marquées du sceau de l'histoire parentale. Ces notions sont tout à fait compatibles avec les travaux actuels sur la psychanalyse du développement, notamment ceux de Stern (1989) sur les représentations d'interactions généralisées ». Bowlby, cité par Miljkovitch (2001), soutient que la terminologie des systèmes de mémoire, défend l'idée selon laquelle les modèles opérants internes pourraient se situer à deux niveaux différents du fonctionnement mental :

- un niveau d'organisation sémantique aisément accessible à la conscience ; influencé par l'expérience et les informations apportées par autrui ;
- un niveau épisodique ou autobiographique qui échapperait à la conscience et ne découlerait que de l'expérience.

Il peut y avoir congruence ou discordance entre les modèles appartenant à chacun de ces niveaux. L'AAI met à contribution à la fois l'aspect sémantique de l'organisation de l'expérience et les évocations de nature épisodique.

Pour Bretherton (1985), qui s'est inspirée des avancées de la psychologie cognitive, les modèles internes opérants seraient des systèmes de schémas organisés sous forme de hiérarchies, avec un nombre inconnu mais fini de niveaux : plus le niveau est bas, plus les schémas sont proches de l'expérience et plus il est élevé, plus ils sont abstraits et généraux. Miljkovitch (1998) illustre cette notion par l'exemple suivant :

- « Ma mère est une personne aimante » (généralisation)
- « Ma mère était toujours là pour moi »
- « Ma mère s'occupait de moi lorsque j'étais contrarié »
- « Lorsque je me faisais mal, ma mère me donnait des bonbons » (expérience)

Les Modèles Internes Opérants (MIO) de Soi et des autres seraient constitués de plusieurs hiérarchies reliées entre elles, tous les schémas ayant des rapports étroits les uns avec les autres.

Selon Bretherton (1985), les adultes « détachés » maintiendraient les schémas d'un même niveau, ou de différents niveaux hiérarchiques, dans des compartiments étanches, de sorte que l'activation d'un schéma d'un compartiment n'entraînerait pas l'activation d'autres schémas. Les adultes « préoccupés » auraient, quant à eux, des difficultés pour effectuer des généralisations à partir d'évènements autobiographiques. Selon Crittenden (1990), les MIO d'attachement reposeraient sur la mémoire procédurale, première à se développer avant les systèmes plus élaborés que sont les mémoires sémantique et épisodique. Ces modèles procéduraux, opérants durant la petite enfance, sont très robustes car non conscients et encodés sous forme de comportements. Seule une information ambiguë ou vraiment très contradictoire pourrait, selon elle, activer les systèmes de mémoire supérieurs et remettre en cause le contenu de cette mémoire procédurale. D'autres auteurs sont plus nuancés concernant cette stabilité des MIO. Fonagy et Target. (2005) estiment qu'il existerait des « états d'attachement », qui auraient une plus grande tendance à changer que les MIO, notamment à l'occasion d'évènements de vie stressants.

Les points de vue des auteurs divergent en ce qui concerne la question de la multiplicité des MIO. Un adulte possède-t-il un MIO d'attachement général qui guide ses

relations de manière proche ou plusieurs MIO, indépendants les uns des autres ou intégrés ? Par exemple, la réorganisation d'un modèle interne opérant pourrait avoir lieu dans un contexte thérapeutique. Une première hypothèse serait le rôle facilitateur du thérapeute, lorsque celui-ci sert de base sécurisante ou de « contenant » ; ce qui libère l'individu et lui permet d'explorer son monde interne.

D'autre part, un milieu thérapeutique adapté pourrait apporter l'expérience de nouveaux modes de relations et donc la fabrication de nouveaux schémas d'interactions, contribuant à la formation d'un MIO cohérent de relations d'attachement sécure, dégagées des souvenirs d'expériences d'attachement négatives antérieures. Certaines relations, non thérapeutiques, peuvent avoir le même effet : amélioration d'une relation parent-enfant, nouvelle relation amicale ou amoureuse. Au sein d'une relation de confiance, le sujet pourrait percevoir les contradictions entre ses stratégies d'attachement

### **3.2. RISQUE DE RETOUR A UN « GOUVERNEMENT DE POPULATION »**

Ce constat de nouvelles expressions de la stratification sociale des liens familiaux que nous venons de faire nous conduit à nuancer sensiblement celui d'une tendance lourde à l'entrée de la famille dans une « *seconde modernité* » (de Singly, 2005) et à ce que nous avons appelé une régulation sociale des liens familiaux. L'avènement d'une « démocratie de la vie personnelle » qui marquerait désormais l'économie des liens familiaux ne vaut pas pour tous. Comme le souligne justement Robert Castel, l'exaltation d'un individualisme qui encourage les individus à être autonomes, libres de leurs actes y compris dans leur univers intime ne prend pas en compte les effets différentiels que cet individualisme est susceptible de produire. Pour lui, « *on vit d'autant plus à l'aise sa propre individualité qu'elle s'étaie sur des ressources objectives et des protections collectives* » (R. Castel, 1995). Le risque est alors bien celui d'une régulation duale de la sphère privée, ce que Robert Castel appelle une « *bipolarisation entre ceux qui peuvent associer individualisme et indépendance parce que leur position sociale est assurée, et ceux qui portent leur individualité comme une croix parce qu'elle signifie manque d'attaches et absence de protections* ».

Ce déséquilibre entre les individus en référence à la gestion de leur vie privée n'est évidemment pas sans conséquences sur la régulation des liens familiaux par le politique et par l'État. Pour les individus en mesure d'échapper aux déterminations externes et d'être impliqués positivement dans cette évolution vers une émancipation par rapport aux contraintes que la puissance publique faisait peser aussi sur eux à partir du moment où ils relevaient de formes d'interventions publiques adressées à la famille, cela ne signifie pas bien

entendu qu'ils soient désormais dans une situation d'autonomie absolue par rapport à toute régulation de leur univers intime.

D'une certaine façon, nous pouvons avancer l'hypothèse qu'ils n'échappent pas à un effet de feed back des principes qui guident leurs propres conduites au sein de leur univers privé. Ainsi l'idée d'individus autonomes, libres et responsables, qui s'auto-déterminent, qui gèrent les relations avec leurs partenaires sur le mode contractuel a fini par s'imposer comme un modèle de vie privée auquel, par retour, non seulement un contrôle social nourri des représentations sociales sur ce que doit être un individu « *moderne* » les pousse à tenter de se conformer, mais des incitations publiques les imposent comme le mode « *normal* » de régulation de la vie privée. C'est bien ce qu'illustre un droit favorisant une « *auto-régulation* » des conflits en cas de projet de séparation (Bastard, Cardia-Vornecher, 2003), dont l'incitation à la médiation constitue une des illustrations, ou encore un dépassement de la dissociation conjugale par un maintien fortement préconisé du couple parental. Le droit civil, les experts mobilisés pour la gestion de la vie privée, éventuellement des mesures de politique publique (par exemple celles concernant la « *conciliation* » vie familiale-vie professionnelle) se conjuguent pour construire une véritable pression à la conformité d'un modèle de vie privée que certains individus moins exposés que d'autres aux risques sociaux résultant de risques familiaux ont eux-mêmes contribué à promouvoir.

Mais ce que nous conduit à observer la prise en compte d'une influence persistante de la stratification sociale sur l'économie des liens familiaux, c'est surtout le risque d'un retour à un « *gouvernement des populations* » pour reprendre une expression de Michel Foucault qui concernerait les individus les plus vulnérables aux effets de l'autonomisation de la sphère privée. Deux facteurs semblent y concourir. On observe d'abord le caractère en partie irréversible d'une logique de protection sociale qui impose aux pouvoirs publics de prendre en charge les individus les plus vulnérabilisés par le processus d'autonomisation de la sphère privée. Mais ici, la convergence d'une crise des ressources publiques et de l'avènement d'une idéologie néolibérale favorise le renforcement d'une volonté de contrôle et de contrepartie. C'est ensuite le souci de la reproduction de l'ordre social qui s'impose de plus en plus face à ce qui est considéré comme les défaillances dans l'exercice de la fonction de socialisation en référence à un individualisme qui est alors associé à de l'irresponsabilité.

Ainsi ce qui justifiait à la fin du XIXe siècle conjointement une « *police des corps* », une éducation publique et le remplacement de l'autorité paternelle par une autorité publique si nécessaire est réactivé dans la période actuelle. De plus en plus, la protection sociale mise en

œuvre pour pallier les défaillances du privé ne peut plus être pensée sans que ne soit posée la question du contrôle des comportements qui ont nécessité son déclenchement. Rien ne l'illustre mieux que la volonté exprimée de concevoir des sanctions contre les parents dont les comportements asociaux des enfants sont interprétés comme des défaillances sinon des fautes. Suivant un schéma libéral classique, l'individu qui revendique la liberté de concevoir sa vie privée suivant ses propres aspirations doit être en même temps prêt à assumer l'exercice d'une responsabilité individuelle au risque sinon de devoir rendre des comptes. Mais, dans ce schéma n'est pas pris en considération le fait que l'adhésion à ce modèle d'interactions familiales par des individus libres, autonomes et égaux, par ailleurs de plus en plus socialement valorisé, met certains individus socialement démunis dans une contradiction fondamentale entre ce qu'on leur suggère d'être personnellement et ce qu'on leur permet socialement.

En conclusion, Même si l'histoire de la famille contemporaine est d'abord celle d'une autonomisation de la sphère privée et des individus qui la composent, par conséquent celle d'une autonomisation dans la détermination des liens familiaux, l'économie socio-politique de ces derniers, caractérisée par des types différents d'interactions familiales, n'est jamais indépendante de positions et de dispositions sociales et des normes produites par les régulations publiques de la sphère privée. Ces dernières, loin d'être autogénérées, suivant ce qui serait un unique modèle de gouvernement de l'intime, sont susceptibles de se moduler suivant les configurations familiales auxquelles elles s'adressent et de se construire dans des interactions multiples avec les exigences de ceux qu'elles visent.

### **3.3. FAMILLE ET ECHANGE RELATIONNELLE ENTRE MEMBRES**

La vie au sein des familles est régie par des relations entre ses membres. Ces relations obéissent à des normes et codifications qui dépendent du type de société de laquelle sont issues les parents. Ainsi les transactions peuvent différer selon que l'on soit dans une communauté patriarcale ou matriarcale. Celles-ci peuvent aussi se fonder sur des antécédents médicaux, et/ou Psychosociaux.

#### **3.3.1. Les contributions de la famille à l'anamnèse**

L'anamnèse est dérivée du grec ancien *anamnêsis*, qui signifie littéralement « *action de rappeler à la mémoire* ». Le terme désigne le processus qui permet au thérapeute de reconstituer l'historique médical du patient à l'aide de ses souvenirs et parfois, de ceux de son entourage.

Le recueil d'informations sur les antécédents médicaux récents ou anciens du patient est une étape cruciale du processus de diagnostic. Il permet au thérapeute d'éliminer rapidement certaines pistes et de choisir plus vite un nombre restreint d'hypothèses pertinentes à éprouver. C'est ensuite la combinaison des informations sur l'historique du patient obtenu lors de cet entretien et de la démarche sémiologique, c'est-à-dire l'étude des symptômes et des signes cliniques qui permet de mener un diagnostic. Mais il est également essentiel que le patient soit pleinement honnête avec son thérapeute. Le plus souvent, seule une anamnèse poussée peut permettre de révéler des problèmes graves tels que la consommation de drogues, l'alcoolisme ou même des violences conjugales. Une anamnèse bien conduite permet d'accélérer le diagnostic formel.

Il est fréquent d'entendre que les « *enfants ressemblent à leurs parents* », ou que les membres de la même fratrie se ressemblent. Ce degré de ressemblance varie fortement selon le caractère considéré, dépend de son héritabilité et provient du fait que les deux parents transmettent la moitié de leurs gènes à chacun de leurs enfants biologiques. Cette ressemblance familiale s'applique aussi aux pathologies. L'outil de mesure utilisé dans les thérapies pour évaluer la ressemblance familiale est l'anamnèse familiale. Cet outil simple et bon marché consiste à déterminer les pathologies qui affectent les membres de la famille proche du malade. Même si l'anamnèse familiale a plutôt été utilisée dans un contexte de maladies monogéniques rares, son rôle dans les maladies complexes communes est tout aussi important. Une anamnèse familiale positive de diabète de type 2, de maladie coronarienne ou de certains cancers est associée à un risque augmenté de développer ces maladies chez un individu donné. Bien que l'anamnèse familiale soit un facteur de risque pour la plupart des maladies chroniques, elle est probablement sous-utilisée en médecine générale. Guttmacher AE, Collins FS, Carmona RH (2004). Dans un contexte de santé publique, la récolte et l'interprétation de l'anamnèse familiale peuvent avoir un impact important si celles-ci ciblent les pathologies pour lesquelles il existe des interventions préventives ou thérapeutiques. Depuis le séquençage du génome humain et l'avènement de la génomique en médecine, de nombreux nouveaux marqueurs génétiques de maladies cardiovasculaires et métaboliques ont été découverts. Malgré ces progrès, l'anamnèse familiale jouera dans les années à venir encore un rôle important pour déterminer le risque individuel de développer une maladie.

Le but de l'anamnèse familiale est la prédiction du risque individuel, afin de mieux cibler les investigations diagnostiques ainsi que les mesures de prévention. Ceci est important dans les maladies fréquentes pour lesquelles il existe des tests de dépistage et des mesures

préventives. Par exemple, l'anamnèse familiale permet de mieux identifier les personnes à risque élevé de développer des maladies cardio-métaboliques fréquentes, qui peuvent être prévenues ou pour lesquelles des mesures de détection précoce permettent d'améliorer le pronostic, comme par exemple le diabète de type 2 ou la maladie coronarienne. Le but de l'anamnèse familiale est la prédiction du risque individuel, afin de mieux cibler les investigations diagnostiques ainsi que les mesures de prévention. Ceci est important dans les maladies fréquentes pour lesquelles il existe des tests de dépistage et des mesures préventives. Par exemple, l'anamnèse familiale permet de mieux identifier les personnes à risque élevé de développer des maladies cardio-métaboliques fréquentes, qui peuvent être prévenues ou pour lesquelles des mesures de détection précoce permettent d'améliorer le pronostic, comme par exemple le diabète de type 2 ou la maladie coronarienne.

Il est important de réaliser que l'anamnèse familiale d'une personne reflète non seulement les facteurs génétiques partagés avec les membres de la famille, mais aussi les facteurs environnementaux communs, comme par exemple le fait que des frères et sœurs auront partagé la plupart de leurs repas durant leur enfance. De même, certains comportements, comme de faire de l'exercice régulièrement, peuvent être influencés par l'environnement familial. Ainsi, l'anamnèse familiale reflète des interactions entre les gènes et l'environnement.

Il nous paraît important de rappeler que la proportion d'allèles partagés entre deux individus apparentés varie en fonction du nombre de méioses qui séparent ces individus. Par exemple, un père et sa fille sont séparés par une méiose et un grand-père et son petit-fils par deux méioses. Un père et sa fille, de même qu'un frère et une sœur, partagent, en moyenne sur l'ensemble du génome, la moitié de leur matériel génétique.

Ainsi, plus le membre de la famille atteint d'une maladie est proche, plus le risque lié à l'anamnèse familiale est élevé. En règle générale, ce risque augmente de façon linéaire avec le nombre de membres de la famille qui sont atteints, notamment pour le diabète de type 2. En outre, plus la maladie (et/ou le décès) d'un parent survient à un âge jeune, plus la probabilité qu'il existe une composante génétique est élevée. Ceci est valable aussi bien pour les traits cardiovasculaires que pour les autres maladies, comme les cancers. Ces trois principes de base (degré de relation, nombre de parents atteints et âge de début et/ou de décès) permettent de stratifier le risque associé à une anamnèse familiale particulière.

En plus des principes généraux susmentionnés, le risque lié à une anamnèse familiale positive dépend du risque génétique relatif associé à cette maladie (coefficient  $\lambda_s$ ). Le risque

génétique relatif dans la fratrie est le rapport entre le risque de maladie chez le frère ou la sœur d'un patient atteint et le risque de maladie dans la population générale. Ce risque relatif est propre à un lien de parenté donné. Le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, la maladie coronarienne, les accidents vasculaires cérébraux sont des maladies polygéniques. Ces maladies sont appelées « *complexes* » car elles résultent de l'effet conjoint de multiples facteurs génétiques et environnementaux. Alors qu'il est facile de déterminer le mode de transmission d'une maladie mendélienne « *simple* », ceci n'est pas possible pour une maladie polygénique. En revanche, il est possible de mesurer l'agrégation familiale de ces maladies à l'aide du risque génétique relatif (coefficient  $\lambda_s$ )

Il n'existe pas de consensus quant à la meilleure approche pour prendre l'anamnèse familiale dans un contexte de médecine générale chez des adultes. Chez les spécialistes, l'anamnèse familiale est orientée et l'outil varie notablement d'une spécialité à l'autre. Les Centers for Disease Control (CDC) aux Etats-Unis ont récemment lancé un projet intitulé « Family History Public Health Initiative », qui vise à développer un outil permettant au patient de compléter lui-même son anamnèse familiale et qui est pertinent d'un point de vue de promotion de la santé.

Il existe deux façons de stocker l'information obtenue lors de la prise d'une anamnèse familiale complète : 1) dessiner un pedigree à trois générations et 2) remplir un questionnaire avec une check-list. Pour les maladies polygéniques cardio-métaboliques, il suffit de remonter aux grands-parents, parents, oncles et tantes, frères et sœurs des côtés maternel et paternel. L'âge de début et l'âge du décès devraient être documentés, ainsi que le groupe ethnique. Etant donné le temps potentiellement nécessaire pour prendre une anamnèse familiale complète, le médecin de premier recours devra fractionner cette anamnèse sur plusieurs visites. L'avantage d'un questionnaire rempli à la maison est que le patient peut s'informer auprès des membres de sa famille et que le médecin peut compléter le questionnaire en cabinet beaucoup plus rapidement. Malheureusement, il n'existe pas à ce jour d'outil de screening validé pour prendre l'anamnèse familiale dans un contexte de médecine générale. L'outil actuellement en développement par les CDC est en évaluation et est disponible en version anglaise sur internet (<https://familyhistory.hhs.gov/>). Cet outil permet de créer facilement un arbre de famille ou un tableau récapitulatif et de sauver l'information sur un support externe.

Les barrières possibles à l'utilisation de l'anamnèse familiale en cabinet médical sont le fait que les patients ne connaissent pas toujours l'information nécessaire, l'absence de



méthode pour récolter de façon systématique et efficace l'anamnèse familiale et se focaliser sur l'information la plus utile, l'absence de recommandations claires concernant l'évaluation du risque associé et les implications pour la prise en charge. Du côté médical, une barrière importante est le manque de temps pour prendre une anamnèse familiale complète. Une autre barrière est le fait que le médecin puisse ne pas se sentir à l'aise pour interpréter l'information obtenue.

L'utilité clinique de l'anamnèse familiale est importante même dans les maladies polygéniques comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Si l'on entend exploiter au mieux l'information très utile que peut fournir l'anamnèse familiale, notamment dans le domaine des maladies cardiovasculaires, il est nécessaire que des outils standardisés soient développés, qu'ils soient utilisables dans un contexte de médecine de premier recours, qu'ils puissent s'adapter aux progrès en génétique des traits polygéniques et être facilement intégrés au dossier médical du patient. Un outil informatisé apparaît le plus flexible et le mieux adapté à ces exigences. Avant qu'un tel outil ne soit mis en pratique, il est important que sa validité et son utilité soient évaluées. Finalement, une campagne de promotion invitant le public à mieux connaître son anamnèse familiale pourrait augmenter encore l'utilité de cet outil simple et bon marché en diminuant la proportion de personnes ne connaissant pas leur anamnèse familiale.

### **3.3.2. La problématique des troubles dits familiaux**

#### **3.3.2.1. Cycles immuables des familles**

Toute famille est traversée par des cycles immuables : la création du couple, l'arrivée des enfants, leurs départs, parfois des événements perturbateurs ou graves, comme une maladie ou un décès. Ces moments peuvent être générateurs de crises et il arrive parfois que cet écosystème peine à s'adapter aux différents changements.

Les conflits familiaux entre époux ou partenaires, ou envers les enfants sont très fréquents, quel que soit la couche de la société. Ses caractéristiques sont très nombreuses. Il y a les problèmes relationnels (depuis l'incompatibilité d'humeur au choix de vie en passant par les troubles de la sexualité), les comportements violents et récurrents au sein du couple qui rejaillissent sur les enfants, les problèmes financiers et professionnels, les effets générationnels, les conséquences de maladies diverses, ou encore la maltraitance d'enfants... Ces rapports de force, agressions, menaces ou violences peuvent avoir un impact à tous les niveaux, qu'ils soient psychologique, physique ou social, pour chaque individu comme pour la

cohésion de la famille dans son ensemble. Les enfants peuvent être particulièrement victimes, parfois directes, parfois collatérales de ces violences, qu'il s'agisse de maltraitances ou des négligences physiques et émotionnelles, voire d'abus. Réduire ou éviter les conflits familiaux passe d'abord par l'acceptation des différences.

Mais dans certains cas, la situation devient invivable ou dangereuse. Dès lors, il est conseillé voire indispensable de consulter des professionnels de l'accompagnement psychologique, psychologues, psychothérapeutes, ou plus spécifiquement, d'effectuer une thérapie de couple ou familiale.

### **3.3.2.2. Quelques perturbations du groupe et de la famille**

La famille en tant que structure dynamique et composite, peut être sujette à des difficultés. Ces difficultés de plusieurs ordres, retentissent le plus souvent sur ses dimensions psychoaffectives et relationnelles en tant que groupe. Nombreuse pathologies mentales et psychiatriques ont été dénombrées par des auteurs tels Bergeret (1995), Boszormeny-Nagy et Ackermann. Comme exemple, ces auteurs rappellent des pathologies telles les aliénations familiales, le double bind ou double contrainte et même les familles déstructurées.

#### **❖ Famille dysfonctionnelle**

Chaque famille a des problèmes et préfère ne pas parler de ces problèmes trop vite à l'extérieur de la maison. Toutefois, lorsque les questions deviennent fréquentes et répétitives, elles deviennent insupportables et écrasante. Les parents et les enfants sont confrontés à la réalité ne va pas et que leur famille est « *différente* », c'est-à-dire dysfonctionnelle. Dysfonction implique que quelque chose ne fonctionne pas comme il était censé. Une famille dysfonctionnelle est celle qui le plus souvent est en discorde excessive et ne peut donc pas fonctionner en tandem et en harmonie. En définitive, il en résultera des conséquences désagréables qui auront une incidence sur la conception positive et la sécurité de ladite famille, son bien-être et le développement des entités qui la constitue. La vie peut devenir difficile pour tous les membres d'une famille dysfonctionnelle. Faire face devenant plus difficile et les personnalités peuvent se déformer si rapidement que chaque membre de la famille se battant pour y faire face et s'en sortir. Les mécanismes d'adaptation qui émanent de ces tentatives ne sont guère une solution appropriée ou facile à traiter une fois qu'elles manifestent. Les principaux indicateurs d'une famille dysfonctionnelle sont :

- conflit (violence physique et verbale) parmi les membres de la famille

- la méconnaissance et le manque de respect pour l'autre
- communication défectueuse (malhonnêteté, omissions, mensonges, manipulation.)
- des écarts de conduite fréquents.
- les rôles parentaux défectueux
- Famille et double bind, ou le phénomène de double contrainte intrafamiliale.

❖ **Le concept de « double bind »**

Le « double bind » est un concept apparu en 1956, théorisé par Gregory Bateson, qui désigne une situation de paradoxe imposé. Deux obligations ou injonctions contradictoires sont reçues, qui, s'interdisant mutuellement, induisent une impossibilité logique à les résoudre ou les exécuter sans contrevenir à l'une des deux. Le terme de « knot » (nœud) est également employé pour décrire cette situation d'enfermement.

La psychothérapie systémique est basée notamment sur la notion d'homéostasie familiale qui suppose que soigner une pathologie psychiatrique chez un membre de la famille passe par la prise en compte de toute la famille, la personne malade n'étant qu'un symptôme de la pathologie du système (famille). Le malade n'est donc plus seul « responsable » de « sa » maladie. Dans un système, ce qui vit, c'est un réseau de communication dont tous les nœuds sont en interaction les uns avec les autres (« on ne peut pas ne pas communiquer » selon la formule de Watzlawick).

On nomme double contrainte (double-bind) une paire d'injonctions paradoxales consistant en une paire d'ordres explicites ou implicites intimés à quelqu'un qui ne peut en satisfaire un sans violer l'autre. To bind (bound) signifie « coller », « accrocher » à deux ordres impossibles à exécuter avec un troisième ordre qui interdit la désobéissance et tout commentaire sur l'absurdité de cette situation d'ordre et de contre-ordre dans l'unité de temps et de lieu. Sans cette troisième contrainte, ce ne serait qu'un simple dilemme, avec une indécidabilité plus-ou-moins grande suivant l'intensité des attracteurs.

La double contrainte existe seulement dans une relation d'autorité qui ordonne un choix impossible et qui interdit tout commentaire sur l'absurdité de la situation. Dans une situation d'indécidabilité, le dilemme est une nécessité de choisir (Comme dans le Cid de Corneille où les aléas de la vie place le héros face à un choix difficile), tandis que l'injonction paradoxale est une obligation (un ordre) de choisir.

L'injonction paradoxale est bien illustrée par l'ordre « sois spontané(e) », souvent utilisé par Paul Watzlawick comme exemple, où devenant spontané en obéissant à un ordre, l'individu ne peut pas être spontané.

#### ❖ **Paradoxe et Double contrainte**

Le paradoxe est un modèle de communication qui mène à la double contrainte. C'est cette situation que l'on trouve dans les familles de schizophrènes mais dont on ne peut pas conclure de façon catégorique qu'il s'agit d'une causalité linéaire vers la maladie mentale.

La théorie affirme l'existence de relations conflictuelles entre le malade psychotique et son entourage, le dernier donnant au premier des ordres absurdes et impossibles à exécuter (en résumé caricatural : je te donne l'ordre de me désobéir, sinon...). Ces ordres impossibles à respecter étant, forcément, toujours suivis de sanctions, ils entraîneraient ainsi l'apparition de la psychose.

Cette situation donne naissance à une volonté de fuite. Lorsque cette fuite n'est pas possible au sens propre du terme (par exemple si l'on est économiquement ou socialement dépendant de la personne intimant l'un des deux ordres), la fuite peut avoir lieu dans un certain nombre de névroses ou de psychoses, parmi lesquelles la schizophrénie.

#### ❖ **Différence entre injonction paradoxales et double contrainte**

Dans les injonctions paradoxales, il y a toujours une possibilité de commenter sur l'absurdité, comme appuyer en même temps sur deux touches d'ordinateur, un pour commander la marche et l'autre l'arrêt. L'ordinateur peut afficher « erreur de syntaxe ». Alors que dans la double contrainte, il y a une troisième injonction qui interdit le non-choix et tout commentaire sur l'absurdité de la situation.

Dans la théorie de la schizophrénie de Bateson, les injonctions paradoxales constituent de tels ordres formulés par l'autre (l'autorité, le pouvoir ou quelque principe intériorisé capable de mettre en jeu la survie, le développement, le confort et la sécurité). Dans un milieu familial où règne une communication pathologique, ces injonctions paradoxales visent une victime désignée, le membre « schizophrénique » du système et le forcent éventuellement à s'enfermer dans une double contrainte typiquement schizophrénique. Ce qui est impossible, puisque le galimatias du « schizophrénien », le retrait, le silence verbal ou postural même est une communication (communication non verbale).

Les injonctions paradoxales et les doubles contraintes sont des phénomènes assez courants et dépassent le cadre individuel du comportement humain pour entrer dans le

comportement économique et social, des individus aux communautés. Communautés et groupes totalitaristes produisent très souvent beaucoup de doubles contraintes autrement, les familles aux règles internes trop rigides toujours des injonctions paradoxales du type de « sois spontané(e) » où il ne suffit pas assez de supporter ou de tolérer cette rigueur, mais encore il faut la vouloir.

L'exemple illustratif le plus simple du double bind en psychologie est un enfant de parents qui se séparent ou divorcent. Comme tous les enfants, il a un lien affectif, existentiel avec chacun des deux parents. Si la rupture se passe en douceur, alors ce serait épanouissant pour l'enfant avec deux foyers et deux milieux sociaux et culturels enrichissants et épanouissants.

Le drame arrive lorsque les parents, se battent et s'affrontent, alors l'enfant est écartelé entre deux loyautés et deux liens (bind) qui divergent et s'affrontent. Les parents exigent de l'enfant de choisir entre l'un ou l'autre à partir de trois injonctions existentielles et primordiales pour la vie psychique et sociale de l'enfant.

D'après Paul Watzlawick. Ces deux obligations n'ont pas forcément d'évidences parallèles de temporalité ou d'énoncé. L'une ou l'autre peut tout à fait résulter d'apprentissages socio-éducatifs globaux ou très antérieurs.

### ❖ **Double contrainte et stratégies d'adaptation**

Le mutisme est, par exemple, un effet émergent caractéristique de ces situations. Un blocage de communication qui s'avère d'ailleurs en général une réponse complètement inadaptée, puisqu'elle les verrouille encore plus ! Il est intéressant de noter qu'il intègre même souvent un second niveau de double contrainte (interdiction de communiquer contre besoin irrépressible de le faire)

Privé de sécurité essentielle, mis en contexte incohérent et dangereux, le cerveau peut aussi être amené, comme dans tout contexte traumatisant, à adopter des stratégies ultimes de survie qui visent à dissocier cette souffrance intolérable de la pensée consciente.

Pour maintenir une cohésion vitale (individuelle ou sociale), il peut ainsi glisser vers la concession et le compromis. Le syndrome de Stockholm qui vient « annuler » une contrainte externe en l'incorporant dans son propre référentiel de règles, en sorte de cohabiter avec elle ou bien encore isoler la source traumatique est très illustratif. (De même que nos systèmes informatiques isolent les virus) pour pouvoir continuer à fonctionner normalement par ailleurs, et ainsi s'offrir un angle d'attaque différent du problème.

Ainsi on peut comprendre que certaines situations de double contrainte peuvent être « solutionnées » par une réorganisation psychique, une transformation de l'individu par nécessité d'adaptation environnementale, mise en œuvre par nos mécanismes de défense et de survie, et dont l'extrême serait la schizophrénie (dédoublement de la personnalité).

### **3.3.3. La famille et la délinquance juvénile**

Famille et délinquance est un thème qui a, de longue date, intéressé les spécialistes des sciences humaines. Cet intérêt s'explique, essentiellement, par le fait que la famille constitue l'agent principal de socialisation dans la vie des individus. Elle est la première et, pendant plusieurs années, la principale institution à remplir cette fonction. Ainsi, les parents apparaissent-ils comme l'autorité première, qui a la responsabilité de guider le développement cognitif, affectif et comportemental de l'enfant. Ce n'est que plus tard que les pairs, les enseignants, viennent aider les parents dans cette mission éducative (Born, Thys, 2001).

Il est fréquent d'entendre dire que la délinquance s'introduit essentiellement dans certaines familles. Dans ces familles, « identifiées comme étant à problèmes multiples (Diatkine, 1979), à cause de variations importantes dans leur configuration, mais aussi dans la dynamique familiale, il n'est pas aisé d'isoler certains éléments pouvant constituer un facteur spécifique à l'origine de la délinquance » (Blatier, 2002). Essayons, néanmoins, de recenser et de distinguer les différents axes explicatifs, susceptibles de rendre compte de l'influence ces facteurs familiaux.

Le fait que l'environnement familial expliquerait, au moins en partie, l'émergence d'actes délictueux, peut être appréhendé à plusieurs niveaux : les « désavantages familiaux » dans lesquels évolue le foyer, les pratiques éducatives et les contraintes dont fait l'objet l'enfant, l'attachement que le mineur éprouve à l'égard de ses parents.

#### **3.3.3.1. Niveau socioéconomique de la famille et délinquance**

Les premières études sur la délinquance cachée (Nye, Short, 1958), ainsi que des analyses plus récentes (Hindelang, Hirschi, Weis, 1981), montrent qu'il n'y aurait pas de lien direct entre le statut social et la délinquance juvénile. LeBlanc (1983) a recensé une trentaine d'enquêtes traitant de la question, dont les trois quarts indiquent une relation inexistante ou négligeable entre délinquance et niveau socioéconomique, que ce soit pour des échantillons d'adolescents conventionnels ou d'adolescents judiciairisés. Par conséquent, les plus pauvres ne seraient pas nécessairement les plus délinquants.

Toutefois, des études plus récentes, par exemple, Lipsey et Derzon (1998), à partir d'une métaanalyse de trente-quatre enquêtes longitudinales indépendantes, accordent une place importante à l'influence des inégalités sociales sur la délinquance juvénile (Debarbieux, 2002 ; Gottfredson, 2001 ; Lagrange, 2001 ; Walgrave, 1992).

En 2000, Rocher, se fondant sur une enquête de délinquance auto-déclarée, menée auprès de 2 288 garçons et filles, âgés de 13 à 19 ans, a plus particulièrement étudié l'influence de la situation socio-économique des parents sur le type de délit commis par le jeune. Il note que les enfants, dont les parents sont ouvriers ou employés, se trouvent plus fréquemment impliqués dans certains actes de délinquance de rue, comme les dégradations simples et les vols graves. En revanche, pour les vols simples, les enfants de cadres ou dont les parents exercent des professions « intermédiaires » ne sont pas moins impliqués que les enfants de milieux plus modestes. En matière de psychotropes, l'auteur observe l'inverse : les enfants, qui consomment plus d'alcool et de drogues douces, sont issus de milieux aisés. Ces derniers sont également plus nombreux à se livrer au trafic de cannabis. Toutefois, Rocher souligne que « les coefficients d'association statistique sont loin d'être très forts et toujours robustes, au point qu'on puisse parler de détermination par la couche sociale ».

Si les analyses ne dégagent pas, avec certitude, de lien direct entre le statut socio-économique et la délinquance des jeunes, il n'en demeure pas moins vrai que le système judiciaire tend à repérer plus facilement les adolescents de statut inférieur (Blatier, 1999). Fréchette et LeBlanc (1987), dans une enquête auprès d'adolescents canadiens, ont constaté les faits suivants : chez les adolescents judiciarisés, 46 % déclarent que leur famille reçoit une forme ou une autre d'aide financière (allocations sociales diverses ou prestations d'assurancechômage) et 74,4 % mentionnent que leurs parents sont locataires et de faible statut ; parmi les adolescents conventionnels, 22 % signalent le versement d'une aide financière à leur famille, tandis que 50 % ont des parents propriétaires et de statut socio-économique moyen ou aisé.

En France, l'étude de Gazeau et Peyre (1992) montre que plus de la moitié des mineurs se déclarent sans activité ou vivant de « petits boulots » au noir (56 %) et que leur famille est dans une situation socio-économique difficile. Un cinquième de ces mineurs a, au moins, un parent appartenant aux classes moyennes ; les classes supérieures ne sont quasiment pas représentées.

En définitive, le milieu d'origine semble n'exercer qu'une influence mitigée sur le comportement délinquant. Tout au plus pouvons-nous dire que des conditions socio-économiques insuffisantes sont propices à l'éclosion de ce type de conduites. Ils ne semblent, cependant, pas constituer un facteur opérant, au sens d'un préalable, sans lequel l'acte délictueux ne se manifesterait pas, et ne sont associés d'aucune façon au degré d'engagement dans la délinquance qu'un individu peut atteindre (Fréchette, LeBlanc, 1987 ; LeBlanc, McDuff, Kaspy, 1998).

### **3.3.3.2. Structure de la famille et délinquance**

Lorsqu'on aborde la question de la famille, comme facteur criminogène, l'attention se porte immédiatement sur la structure familiale : foyers brisés, séparations, recompositions, familles monoparentales, mères au travail, familles nombreuses, etc. Le raisonnement consiste, à partir de l'idée qu'il existe un modèle familial supposé normal (Théry, 1998), que toute déviation par rapport à ce modèle est potentiellement génératrice de perturbations psychologiques ou affectives pour les enfants, notamment de délinquance. Certains auteurs ont, cependant, fait remarquer que *« trop d'analyses se réfèrent à la disparition d'un modèle prétendu traditionnel qui n'a jamais représenté le socle historique que l'on croit. En définitive, le modèle de la famille nucléaire fondée sur le mariage, le travail du père et l'éducation des enfants par la mère, est un modèle qui n'a vécu que peu d'années (globalement les années 1950), en tant que norme statistique totalement dominante »* (Mucchielli, 2000)

Concernant l'impact spécifique de la séparation du couple parental, la méta-analyse de Wells et Rankin (1991) indique que l'influence de la famille dissociée est significative pour les troubles externalisés (désobéissance, rébellion, fugues, etc.), mais qu'elle est faible ou nulle sur les délits. En France, Choquet et ses collaborateurs ont réalisé une enquête portant sur l'état de santé des adolescents scolarisés, âgés de 11 à 19 ans. Leurs résultats montrent que la famille dissociée (du fait d'un divorce, d'une séparation ou d'un décès) a une légère influence sur la consommation de drogues, mais pas sur les troubles du comportement, en particulier l'activité délinquante (Choquet, Ledoux, 1994 ; Aebi 1997). De manière cohérente, il ressort de l'analyse de 623 enquêtes rapides de personnalité, réalisées par les permanences d'orientation pénale (Gazeau, Peyre, 1992), portant sur des majeurs de moins de 21 ans déférés aux parquets de Paris, Créteil et Bobigny, que la dissociation familiale, dont on fait régulièrement état dans la délinquance des jeunes, n'est pas un facteur significatif, car la



moitié des parents des jeunes majeurs en question vivaient ensemble. Les auteurs n'ont compté que sept mères célibataires, 3 % des délinquants étaient orphelins de père et de mère (Blatier, 2002).

Néanmoins, ces conclusions ont, peut-être, besoin d'être nuancées relativement aux individus impliqués dans une délinquance grave. En 1992, Jacob, McKibben et Proulx ont évalué les antécédents familiaux d'adolescents agresseurs sexuels. Trente-deux mineurs, sur les trente-sept participants à l'étude, avaient subi un abandon parental précoce : abandon à la naissance, désertion du foyer par un des parents, décès d'un des parents. Ce type de difficulté est aussi rencontré par les mineurs judiciairisés, dont la prise en charge est lourde (Cauquil, Deckmyn, Sentis, 1997).

### **3.3.3.3. Famille nombreuse et délinquance**

Une autre idée veut que les délinquants soient issus de familles nombreuses. Cette dimension apparaît comme un facteur criminogène avéré (Capaldi, Patterson, 1996 ; Kolvin, Miller, Fleeting, Kolvin, 1988 ; Rittenhaus, Miller, 1984). Roché (2000) a confirmé que les taux de délinquance étaient effectivement plus élevés parmi les jeunes appartenant à une famille nombreuse.

Plusieurs hypothèses sont envisageables pour expliquer cette corrélation de la délinquance avec la taille de la fratrie. Une première interprétation est proposée par Offord (1982). Celle-ci s'appuie sur un résultat intéressant : la délinquance est associée au nombre de garçons dans une fratrie, mais pas au nombre de filles. L'auteur explique cette observation par la « contagion » : avoir un frère délinquant (ce qui est d'autant plus probable que le nombre de frères augmente, la délinquance étant une activité où la gente masculine est largement sur-représentée), augmenterait les risques d'être soi-même délinquant. Les mécanismes sous-jacents à cette « contagion » nécessitent d'être plus amplement explorés, mais pourraient s'interpréter par l'imitation ou le partage des activités, par exemple.

Toutefois, le relâchement du contrôle parental est, à ce jour, avancé comme le principal mécanisme explicatif de l'implication délinquante des adolescents issus de familles nombreuses (Bègue, 2000). Cette hypothèse, la plus plausible et la plus étayée empiriquement, traduit le fait que, les capacités de supervision des parents étant limitées, les enfants de famille nombreuse seraient moins surveillés et auraient, de ce fait, davantage d'occasions de transgresser la loi (Loeber, Stouthammer-Loeber, 1998 ; Wells, Rankin, 1988).

L'influence des différents problèmes de structure familiale énumérés ci-dessus demeure, donc, assez floue. Des analyses de régression multiple, réalisées avec divers facteurs familiaux, confirment que les déficiences de structure n'ont, finalement, que peu de poids : ce sont, constamment, les dimensions les moins liées à la délinquance (Fréchette, LeBlanc, 1987). Ainsi, les éléments inhérents à la cellule familiale ne semblent pas avoir un impact assuré ou, tout au plus, n'exercent qu'une influence très secondaire dans la genèse de la délinquance (Rutter, Giller, 1983). Il faut, donc, chercher ailleurs les sources de cet agir.

Toutefois, soulignons que dès 1969, Hirschi relevait l'influence du contrôle parental sur le développement personnel et social de l'enfant. Depuis, les liens entre les pratiques éducatives des parents et la délinquance juvénile ont été maintes fois établis. Un consensus se dégage de ces travaux, à savoir que la qualité et la quantité des méthodes disciplinaires (Cernkovich, Giordano, 1987 ; Krohn, Stern, Thornberry, Jang, 1992 ; Lempers, Clark-Lempers, Simons, 1989 ; Rankin, Wells, 1990), des règles de conduite (Hill, Atkinson, 1988 ; Veneziano, Veneziano, 1992) et de la supervision parentale (Cernkovichz, Giordano, 1987 ; Forgatch, Stoolmiller, 1994 ; Loeber, Dishion, 1984) sont associées à l'émergence et au développement de conduites délictueuses chez le mineur, que celles-ci aient été évaluées par des méthodes auto-déclarées (Hill, Atkinson, 1988 ; Hoge, Andrew, Leschied, 1994 ; Laub, Sampson, 1988 ; Patterson, Dishion, 1985 ; Patterson, Stouthamer-Loeber, 1984) ou par un recueil officiel (Kolvin et coll., 1988 ; Laub, Sampson, 1988 ; Wilson, 1980). Les résultats vont dans le sens selon lequel, plus il y a de supervision, de règles de vie établies et appliquées de manière appropriée, et moins il y a de manifestations délictueuses chez les adolescents ; à l'inverse, plus les punitions sont sévères, diversifiées et inconstantes, plus les comportements antisociaux s'intensifient.

La supervision parentale apparaît essentielle dans la prévention et la prise en charge des conduites délinquantes. C'est, en effet, grâce à la supervision que les parents sont en mesure d'anticiper, de détecter et de surmonter les éventuels problèmes de leur enfant, en l'occurrence ses comportements déviants. Parallèlement, le recours à des méthodes disciplinaires strictes produit, ainsi, un effet spécifique sur la délinquance, laquelle tend à s'accroître au fur et à mesure qu'augmentent et se diversifient les sanctions.

En définitive, il apparaît clairement que le manque de supervision, de discipline et de règles de conduite, au sein de la famille, est corrélé à la délinquance, tant révélée qu'officielle. En outre, ces variables permettent de différencier les délinquants les plus criminellement

impliqués et ceux qui le sont moins. Ces conclusions ne récusent pas, toutefois, l'existence, pendant l'enfance notamment, d'autres facteurs familiaux, susceptibles de conduire l'individu à l'inadaptation.

#### **3.3.3.4. Rôle criminogène de la famille**

La famille peut être perturbée dans sa structure ou dans son fonctionnement. Les vicissitudes de la vie familiale hypothèquent alors l'évolution affective de l'enfant. Entre la famille et le déviant, il existe une relation dialectique. Nous allons d'abord expliciter cette relation dans le cas de la délinquance et en référence au contexte Occidental et Québécois, (Garigue, 1970).

D'un point de vue structural, les recherches sur le rôle criminogène de la famille fournissent des résultats apparemment contradictoires. Le rapport classique des Glueck (1968) sur les familles des délinquants en Amérique du Nord indique dans quatrevingt-dix pour cent des cas étudiés la présence de valeurs déviantes au sein de ces familles. Les délinquants proviennent aussi deux fois plus souvent de familles dissociées que les non-délinquants.

La question de la dissociation familiale a été particulièrement soulignée dans la genèse de la délinquance. La rupture des liens familiaux causée par la mort, l'abandon, le divorce ou une forme quelconque de carence parentale, outre qu'elle provoque un effondrement de la structure d'autorité et des cadres de référence, peut également orienter vers la recherche de contact avec les agents criminogènes du milieu. La conduite délictuelle peut se présenter alors comme un exutoire aux tensions familiales.

Toutefois d'autres enquêtes comme celles de Christie, de Nye et Short (voir Muchielli, 1977), affirment respectivement soit que la majorité des délinquants viennent de familles normalement constituées, soit que ces familles gardent leur unité malgré leurs « dissensions » cachées. La désintégration familiale ouverte, publique, consacrée par le divorce par exemple, ne serait pas directement en cause dans le développement d'une personnalité dissociale.

À cet égard, il faut citer le témoignage autorisé de L. Despert (1957) qui a dressé le tableau clinique des « enfants du divorce ». On y retrouve parmi les symptômes le sentiment de culpabilité, la réaction d'apathie, les difficultés scolaires, la régression émotionnelle, le refuge dans la maladie, les délits de compensation affective tels que fugue, prostitution, vol.

Le « divorce émotionnel » qui a précédé la rupture légale serait le principal facteur de trouble. Car souvent un divorce légal peut jouer un rôle libérateur quant à une tension

devenue insupportable pour les enfants. Le divorce n'exerce son effet dissolvant que lorsqu'il y a absence totale de compensation comme dans le cas d'un placement institutionnel. L'enfant peut alors se percevoir comme « un être de trop ». Le divorce devient un alibi pour rationaliser les échecs et les troubles d'adaptation.

Il est possible cependant que les perturbations attribuées au divorce aient été la conséquence des réactions sociales d'autrefois. Puisque le divorce devient une institution normale au même titre que le mariage dans notre société, son acceptation par des secteurs de plus en plus étendus de la population en diminue « l'impact » sur la personnalité des enfants. C'est à la lumière de toutes ces considérations qu'il faut réévaluer les apparentes contradictions des enquêtes statistiques et des rapports cliniques sur le rôle de la dissociation familiale dans la genèse de la délinquance.

Si l'on se place maintenant dans une perspective fonctionnelle pour expliquer les rapports entre la famille et la délinquance, on comprend mieux pourquoi la famille de type occidental est source d'aliénation et de déviance.

Ce qu'il faut d'abord retenir de cette structure, c'est que la famille constitue un milieu ambigu. La meilleure illustration de ce fait est celle du « *dessin de la famille* ». On sait que le dessin enfantin n'est pas une copie ou une reproduction pure et simple de la réalité, mais la projection d'un modèle intérieur. Or lorsqu'on demande aux frères et sœurs de représenter la famille, chacun projette son image intériorisée de la famille. Cette « *structure fantasmatique* » peut être une fleur, une tombe, une prison ou un château, selon Laing (1972).

On voit donc qu'à côté de la famille objective, réelle, telle que perçue par les autres, il y a la famille subjective ou ce groupement intériorisé, tel que saisi et interprété par celui qui y a vécu. Dès lors ce n'est pas tant l'aspect objectif de la famille que certaines attitudes des parents telles que senties par l'enfant qu'il convient de retenir dans une explication causale de la délinquance.

Ces attitudes peuvent s'articuler autour de deux concepts de base, qui nous paraissent particulièrement éclairants pour comprendre les relations entre la famille et la délinquance.

Le premier de ces concepts est celui du « *postulat fusionnel* » qui gouverne le fonctionnement familial pathologique. Ce postulat tel que défini par Jacques Hochmann (1971) énonce que « nous, membres de la famille, sommes tous identiques, pensons, sentons de même et sommes parfaitement transparents les uns aux autres ».

Le postulat fusionnel pose la famille comme une unité symbiotique où il est interdit à un membre de se différencier de l'ensemble. La famille est un bloc qui doit s'efforcer de masquer ses lézardes. En dépit des apparences contraires, elle doit fonctionner comme un mécanisme d'uniformisation et de « conformisation ».

Un exemple de ce postulat est la personnification des rôles. « La mère personnifie en l'un de ses enfants une partie d'elle-même, lui fait jouer un des rôles de son théâtre intime », dit Hochmann (1971, p. 168). Elle souhaite que chacun soit le prolongement des autres. Si tous les enfants étaient pareils et réalisaient les désirs ou idéaux des parents, ce serait tellement plus facile !

La délinquance figure une révolte contre cette tendance fusionnelle de la famille. Elle représente une tentative pour se différencier ou pour sortir de la confusion. Comme l'exprimait si bien un jeune de Boscoville à qui l'on venait d'apprendre qu'un autre membre de la famille commence à tourner mal. « *Un délinquant dans la famille, c'est assez... Il veillera à ce qu'il n'y ait pas deux* ». (Mailloux, 1972). Il veut à tout prix se différencier des autres et n'entend nullement devenir à son tour un pôle de fusion.

Le second concept auquel nous faisons allusion est celui de l'« *identité négative* » ou du « *mouton noir de la famille* ». Selon Noël Mailloux (1972), au Québec comme ailleurs en Occident, les parents se font un portrait anticipé de l'enfant et de son identité future.

Cette attente peut être négative, c'est-à-dire, caractérisée par un manque de confiance. L'enfant est sans cesse confronté à une image dévalorisante de lui-même qu'il est amené progressivement à intérioriser. Il devient peu à peu le méchant, l'incapable, le mouton noir de la famille.

Une telle image projetée par les parents et de plus en plus assumée par l'enfant est cause d'angoisse. Pour se défendre contre cette angoisse existentielle, le jeune aura tendance à répéter de façon compulsive le comportement négatif attendu de lui.

L'identité négative sera diffusée plus tard aux autres milieux. À l'école l'enfant en retirera des bénéfices secondaires grâce à un début de réputation comme dur. Il se retire de la compétition, refusera de changer et aura tendance à interpréter tous ses échecs en fonction d'une constitution perverse précoce. Il deviendra le mauvais garçon exactement tel qu'on le lui avait souvent répété.

On peut suggérer à un enfant soit un idéal du moi négatif (Mon Dieu, ça commence mal ! J'espère que tu ne seras pas un vagabond), soit une conduite déviante (fais tes bagages et

tâche de trouver mieux ailleurs). Beaucoup de vols et de fugues font suite à de pareilles interprétations ou invitations. Il arrive aussi qu'à l'occasion de la moindre faute, l'enfant se voit menacé d'une mauvaise fin comme son oncle, ou son cousin un tel qui jadis a fait la honte de la famille. Comment peut-on espérer qu'un enfant fasse quelque chose de bon après qu'on lui a répété : tu n'es bon à rien. Par leurs pronostics optimistes ou pessimistes, les parents conditionnent l'avenir de leurs enfants. Comme l'a justement souligné un psychanalyste, nous devenons bons ou mauvais selon les fantasmes de nos parents à notre égard.

Ronald Laing (1972) a systématisé ces différents schémas explicatifs de la délinquance de la manière suivante. On peut amener quelqu'un à incarner ses projections. Il suffit, comme dans l'hypnose, d'indiquer à l'enfant ce qu'il est et il prend place dans l'espace ainsi défini. On l'induit à être méchant en définissant comme méchant ce qu'il fait. « *Les parents sont surpris par un enfant qui fait x quand ils lui disent de faire y tout en lui suggérant qu'il est x* » (Laing, 1972, p. 101). Cette induction hypnotique conditionne l'apprentissage de la délinquance au sein de la famille. De cette approche explicative de l'incidence de projections et insinuations parentaux sur l'avenir de l'enfant et son comportement délinquant mérite une comparaison avec l'approche éducationnelle dans les communautés Kibboutz

### **3.4. PERSPECTIVES SUR LES ATTACHEMENTS ET LES LIENS DANS DES CADRES FAMILIAUX**

#### **3.4.1. La communauté kibboutz**

Pendant notre recherche, nous constatons que de l'ensemble des sujets qui constituent la population de notre étude il ressort un problème lié au mode d'éducation familiale et de la nature des transactions développées au sein des familles où vivent ces adolescents. L'expérience d'éducation dans la communauté Kibboutz est forte intéressante d'un point de vue comparatif en lien avec le rôle de la communauté, des pairs, et la place de la famille.

En effet, la communauté agricole Kibboutz est une expérience d'éducation de groupe en milieu naturel. Le premier Kibboutz (venant du mot hébreu kvoutza qui signifie groupe) a été fondé il y a plus de 100 ans. Il s'agissait d'une idée révolutionnaire promue par une société volontaire dans laquelle les membres vivent en conformité avec un contrat social, fondée sur des principes égalitaires et communautaires dans un cadre social et économique. Les principales caractéristiques de la vie au Kibboutz ont été fondées sur les principes de collectivisme en matière de propriété et de coopérativité dans les domaines de l'éducation, la culture et la vie sociale. Ainsi, le membre du Kibboutz fait partie d'un ensemble qui est plus large que sa propre famille.

Le Kibboutz fonctionne selon le principe que tous les revenus générés par le Kibboutz et ses membres sont versés dans un fonds commun. Ces revenus servent au fonctionnement du Kibboutz, à faire des investissements et à assurer un salaire à tous les membres du Kibboutz, responsables les uns envers les autres. Tous les membres du Kibboutz reçoivent le même budget (selon la taille des familles) et ce, indépendamment de leur emploi ou de leur position. En matière d'éducation, tous les enfants ont les mêmes chances. Le Kibboutz est régi par un système de démocratie participative directe dans laquelle chaque individu a le pouvoir d'influencer directement sur les questions touchant la communauté.

Dans cette communauté presque entièrement autonome, le collectif ainsi que l'éthique du travail jouent un rôle majeur. Il existe des Kibboutzim dans lesquels les membres reçoivent des salaires différentiels et paient pour les différents services fournis mais, dans tous les Kibboutzim qui ont choisi le modèle de différenciation des salaires, tous les membres ont au moins « l'assurance » de recevoir un revenu minimum. Née à l'époque pionnière et fondée sur les courants de pensée du début du vingtième siècle, l'idéologie du Kibboutz a été créée et développée dans les années ayant précédé la fondation de l'Etat. Pendant les premières années de la fondation du Kibboutz et pendant les nombreuses années qui suivirent, le Kibboutz a rempli un rôle majeur dans presque tous les domaines du développement du pays.

En Israël, ces villages collectivistes sont une institution. Nés il y a plus de cent ans, ils étaient portés par un double idéal, sioniste et socialiste. Ces dernières années, pour financer ce mode de vie, certains se sont lancés dans les affaires. Mais la plupart ont renoncé au partage des biens et dû opter pour la «privatisation».

Le Kibboutz postule le développement harmonieux de la collectivité avant l'épanouissement de la personne. La famille n'est plus l'intermédiaire indispensable entre l'enfant et la société. Elle est remplacée par un ensemble relationnel plus large où le « groupe de pairs » joue dès les premières semaines de la vie le premier rôle formateur et socialisateur assumé ailleurs par le couple parental. La projection d'une génération sur l'autre se trouve neutralisée à cause de cette solution de continuité entre les adultes et les jeunes.

L'éducation communautaire du Kibboutz est fondée sur une nouvelle éthique de la société. Ni compétition, ni propriété privée, ni niveau d'aspiration excédant les possibilités de l'être ou les limites de l'avoir. Aucune orthodoxie religieuse, aucun exclusivisme parental, mais égalitarisme absolu et liberté d'initiative. La famille traditionnelle ou monocellulaire à l'occidentale est bouleversée dans ses fondements essentiels.

À la famille unie s'est substituée la communauté unifiée. En vertu d'une délégation du pouvoir parental, le Kibboutz prime le groupe qui passe avant les parents.

Les crises d'antan, nées de l'interaction entre les parents et l'enfant et qui selon Erickson (1954) conditionnent le développement normal de la personnalité, existent toujours, mais s'expriment selon des modalités différentes. La mère garde un rôle indispensable pour l'allaitement naturel. Ici se limite son importance. Dès le quatrième jour de leur naissance, les enfants vivent non dans une maison familiale mais dans un foyer de groupe. Ce maternage est multiple. Plus de mère captatrice symbolisant le mythe du sacrifice sur l'autel de la famille.

À côté de la mère nourricière qui se retire progressivement pour devenir intermittente, prennent place les figures changeantes des « *metapelets* » ou celles qui « *prennent soin* » des bébés et des jeunes avec compétence. Les relations durables avec la même personne sont modifiées. La metapelet, la mère et le groupe des pairs partagent respectivement les fonctions de dispenser les soins éducatifs, de combler les besoins affectifs et de fournir la source de sécurité. La mère n'étant plus accaparée par les soins physiques à donner et le souci des frustrations à infliger devient plus disponible pour améliorer la qualité de sa présence.

Quant au père, il a perdu son piédestal traditionnel. Sa paternité devient une œuvre partagée. Il est symboliquement le père de chaque enfant lequel est le fils du Kibboutz. Tous bénéficient également de son aide, de sa protection et de sa présence réconfortante. Au lieu d'être le rival craint et respecté, le bourreau familial ou le tyran domestique qui fait trembler femme et enfants sous sa double puissance mâle et paternelle comme l'archétype du père occidental le suggère trop souvent, il est et demeure avant tout le premier et le plus expérimenté des camarades. Il ne s'impose à personne et ne domine personne.

Dans cette nouvelle conception de la parenté, le concept d'autorité se trouve dilué. Le père ne personnifie plus la Loi ou la Règle de manière exclusive et privilégiée. La Metapelet devient le « *porteur de l'interdit* » et la pression du groupe des pairs a plus de poids que la parole du père. Plus qu'aux parents, c'est au Kibboutz que le jeune s'identifie. Cette structure de la parenté devient le dépositaire des premières valeurs.

Les résultats de l'éducation communautaire au Kibboutz sont controversés. Comparée à la personnalité des jeunes québécois, celle de l'enfant du Kibboutz peut apparaître plus matérialiste, plus prosaïque, moins démonstrative. Elle manque de relief et d'ouverture sur le monde extérieur. Le sens de l'intimité et le goût de l'introspection lui font défaut. Comme l'enfant du Kibboutz n'a jamais été seul, il est porté vers le groupe et l'action collective. C'est une personnalité très socialisée, mais dépourvue de mystère et de profondeur. Elle est



uniformisée au niveau de la moyenne et ne frappe ni par ses déficiences ni par ses hypertrophies.

Tous les observateurs de la vie au Kibboutz ont été frappés par ce passif dans le bilan de leur évaluation. Par contre, tout en reconnaissant ce caractère de société hermétique peu ouverte aux innovations qui caractérise le Kibboutz, certains spécialistes de l'analyse de la conduite humaine, tels Bruno Bettelheim (1971), sont revenus enthousiasmés par cette expérience communautaire. L'enfant du Kibboutz serait un enfant heureux et bien adapté à la société égalitaire qui encadre ses expériences.

Le Kibboutz protège d'abord l'individu contre les effets négatifs du mauvais maternage ou du paternalisme excessif ou déficient de la famille occidentale. À la carence parentale partielle, elle supplée par un maternage diversifié dans un cadre unique, au sein d'un groupe permanent et stimulant. Puisqu'il n'y a ni attachement exclusif au couple parental, ni rivalité et ambivalence en fonction du sexe des parents, l'œdipe et ses effets dévastateurs sont neutralisés. Du même coup la rivalité fraternelle et la lutte pour les faveurs et les privilèges, au sein de la famille occidentale, se trouvent éliminés. Le surmoi n'est plus individuel, mais collectif. Le sentiment de culpabilité, qui procède ailleurs d'un processus d'intériorisation des défenses parentales, ne renvoie ici qu'aux valeurs du groupe.

Comme ces valeurs sont en accord avec celles des parents, celles de l'École et celles du milieu, elles engendrent une cohérence interne du Moi. Aussi ne trouve-t-on à l'intérieur du Kibboutz aucun type marqué de déviance, soit sous la forme de maladie mentale, soit sous la forme d'une conduite délictuelle ou de désengagement. Pour tous, la vie prend sens et valeur. Comme chacun y retrouve sa vraie place, personne ne connaît de crise d'identité, d'expérience d'aliénation, ni de penchant vers une culture de retrait, une sous-culture ou une contre-culture.

Bref, le Kibboutz, contrairement aux prévisions les plus pessimistes, accélère le processus de développement dans certains de ses aspects essentiels. Il suscite l'accès à une autonomie plus précoce et installe la coopération là où étaient la contrainte, la convoitise, le conflit et la compétition. Si cette expérience de vie communautaire n'est pas créatrice d'originalité, elle demeure une matrice d'équilibre et de normalité.

### **3.4.2. Groupes familiaux africains**

La famille africaine qui traditionnellement fait une institution stable se trouve aujourd'hui soumise à de multiples influences et pressions qui provoquent son éclatement. Ceci dit, la famille en Afrique était traditionnellement une institution stable, mais divers

facteurs ont contribué à la transformer. Les nouvelles religions et les mouvements migratoires, notamment ont profondément atteint les structures familiales avec ; des incidences très particulières sur la pratique des exigences familiales, elle représentait le ciment de la société. C'est dans ce sens que J.P. Tsala Tsala a écrit : « *la famille africaine est de plus en plus visée par le foisonnement des interventions ayant pour nut de resoudre ses conflits, la coherence de son organisation traditionnelle vacille au contact de la modernité et des signifiants* » (J-P. Tsala Tsala, 1991, p.111)

Aussi, la famille africaine était étendue et plus nombreuse. Celle-ci était structurée dans les rapports interindividuels et était le lieu par excellence où la hiérarchie de certains rapports pouvait le mieux être observée. L'homme en préséance sur la femme, l'adulte sur l'enfant les anciens sur les jeunes. L'africain se situait alors dans un système relationnel à divers niveaux : d'abord la relation avec ses semblables, ensuite avec ses ancêtres, et enfin avec les dieux. Les africains vivaient la famille à travers un esprit particulier dit esprit de famille de groupe où la solidarité était valorisée. Le moindre lien fut-il banal, pouvait toujours transformer un inconnu en parent. C'est ainsi que même dans les grandes villes, la famille s'étendait à des personnes d'autres tribus. Toutefois, à côté de cette typologie familiale dite traditionnelle, il existe aujourd'hui celle dite moderne ou urbanisée qui est essentiellement nucléaire, c'est-à-dire constituée du père de la mère et des enfants (J-P. Tsala Tsala, 1991)

La communauté Kibboutz peut être comparée à divers points de vue à la famille africaine traditionnelle. Celle-ci, contrairement à la cellule familiale occidentale, ne se réduit pas au père, à la mère et aux enfants. L'unité de vie sociale n'est pas le groupement domestique restreint mais le « *clan* » qui se subdivise en « *lignages* ». La parenté peut être patrilinéaire ou agnatique, matrilinéaire ou utérine.

Dans ces structures familiales, l'autorité n'est pas nécessairement détenue par le père. Elle peut, selon le cas, ressortir à la fonction de l'oncle maternel ou du doyen d'âge dans la communauté. De plus, la parenté africaine est dite classificatoire. Selon Nicolas (1968), cette structure réfère au « *principe* » selon lequel tous les membres d'une génération, au sein d'un groupe déterminé, sont considérés comme « des frères ou des sœurs ». Un individu peut posséder également plusieurs pères ou plusieurs fils. Cette parenté qui est à la fois cadre de résidence, unité politique, économique et religieuse est souvent modifiée par la polygamie qui y introduit d'autres modalités relationnelles.

Henri Collomb (1965) a souligné avec raison la puissance du sentiment d'appartenance au groupe chez l'enfant africain. « *Dès sa naissance celui-ci est inséré dans un réseau*

*relationnel qui déborde largement le cadre de la famille, telle que nous la connaissons en Occident* ». D'abord en contact physique avec la mère de façon plus intime que l'enfant du Kibboutz, le jeune africain sera plus tard pris en charge par la fratrie et la « *classe d'âge* » qui l'aideront à passer au travers de l'Oedipe avec infiniment moins de difficultés que l'enfant de l'Occident. De plus, l'agressivité du jeune africain sera très tôt canalisée à travers un ensemble de rites et de coutumes claniques qui auront pour fonction de sécuriser l'individu et de le soumettre au contrôle du groupe parental élargi.

Comme l'enfant du Kibboutz, le fils ou la fille du lignage n'auront jamais connu ni carence affective, ni solitude, ni rejet ou abandon, ni aliénation ni crise d'identité. Son développement sera axé sur la solidarité et la fidélité au groupe. Dans les deux cas, la délinquance est un faux problème. Tant que la communauté de base reste intégrée et n'est pas contaminée par les formes d'aliénation introduites sous le couvert de l'urbanisation et du développement accéléré, elle sera exempte de ces multiples formes d'inadaptation juvénile qui expliquent les périodiques remises en question de nos « *structures d'élevage* ».

La presse mondiale (voir, La Presse, 9 octobre 1974) avait fait écho au cas David. Il s'agit de cet enfant américain, de trois ans, qui souffrait d'une affection génétique rare. Ne pouvant fabriquer les anticorps nécessaires à la défense de son organisme, il a été placé dès sa naissance dans un globe de plastique stérilisé relié à des pièces aseptisées. Or, cet enfant de l'avis des spécialistes, s'est développé d'une façon heureuse et équilibrée, en dépit de l'isolement intégral, des expériences constantes de privation sensorielle et d'absence de contact physique avec sa mère. Son univers familial se réduit, depuis trois ans, à cette sphère de plastique.

Spitz (1968), Bowlby (1954) et Erickson (1954) ont bien montré l'influence de la stimulation sensorielle, affective et sociale sur les premières années de l'existence en vue d'un développement ultérieur sain et harmonieux. Même si le cas rapporté est unique dans les annales de la médecine et des sciences humaines, il invite à de sérieuses réflexions sur plusieurs points, en particulier sur le rôle de la famille dans l'évolution psychologique.

Ce rôle nous apparaît de plus en plus controversé à la suite du rapport précité et de notre mise en relation de la famille et de la délinquance dans trois climats sociaux différents. Tout cela prouve qu'il existe d'autres modèles biologiques et sociaux de développement que ceux postulés par la psychanalyse ou dérivés de l'observation de la famille occidentale. L'essentiel est de mettre toute orthodoxie épistémologique entre parenthèses et de garder ouverte notre perspective sur d'autres faits inexplorés, ou sur d'autres valeurs à découvrir.

La « *commune* » chinoise elle aussi pourrait être citée comme modèle d'organisation familiale et sociale. Elle non plus, au même titre que la communauté Kibboutz ou le village africain, ne secrète pas la délinquance. Notre structure familiale, celle du Québec, comme celle du monde occidental dans son ensemble, recèle au contraire un redoutable potentiel criminogène.

Notre structure familiale n'est pas parfaite, celle des autres non plus. Mais les effets de notre côté sont si désastreux dans certains cas, qu'on peut commencer à regarder ailleurs comment s'y prennent les autres. Surtout pas de placage mécanique d'une structure d'ensemble sur une autre mais adaptation réciproque et nécessaire réajustement, telle devrait être la règle. On envie peut-être notre productivité, notre rythme de vie, notre élan vers la liberté, l'«expansivité» de notre personnalité.

### **3.5. ABORDER LA FAMILLE COMME GROUPE ET SYSTEME**

L'entreprise consistant à tenter de saisir les raisons de l'essor de la pensée systémique comme nouveau paradigme scientifique ne saurait se contenter de la seule évocation de l'histoire de la systémique, de ses prémices à son épanouissement dans les années 70. En effet, dans l'évocation et le développement de cette pensée, une large place doit être faite aux rapports qui opposent pensée positiviste et pensée systémique au cours de l'histoire des sciences. Celles-ci déterminent en effet le déroulement des événements intervenus au cours du demi-siècle dernier dans le champ des sciences. Dans cette section, nous nous intéresserons aux fondements épistémologiques de la naissance de la systémique.

#### **3.5.1. Des systèmes à la systémique**

De nombreux auteurs (Bertalanffy, 1993 ; Le Moigne, 1977 ; De Rosnay, 1975) ont proposé des définitions d'un système (Pirotton, 2005) :

*«Un système est un ensemble d'éléments organisés en interaction dynamique, organisé en fonction d'un but »* soit « *un objet qui, dans un environnement donné, doté de finalités, exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps, sans qu'il perde pour autant son identité unique (...)* » (Le Moigne, 1977, repris par Pirotton, 2005, p.3).

Ce système s'observe sous trois dimensions (AFSS, 2003) : la dimension structurelle décrit l'agencement des différents éléments entre eux, la dimension fonctionnelle concerne la finalité du système et la dimension historique est relative au caractère évolutif du système «doté d'une mémoire et d'un projet, capable d'auto-organisation » mais aussi,

d'autoproduction comme le précise Durand (2017). En effet, un système tend vers l'homéostasie soit le maintien d'un certain équilibre (cohésion et stabilité) et, en cas de crises, vers la morphogénèse soit l'adaptation, la réorganisation et le changement afin de parvenir à une nouvelle harmonie de fonctionnement (Piroton, 2005, Durand, 2017, Massard, 2016 Bodin, 2000).

La notion de réaménagements est apparue à plusieurs reprises dans les articles consultés. Induits par la situation traumatique, ils seraient susceptibles d'altérer le développement des membres du système familial et de ses sous-systèmes. Comme le précisent Donnadiou et al., « *seule l'histoire du système permettra bien souvent de rendre compte de certains aspects de son fonctionnement. Pour les systèmes sociaux, c'est même par elle qu'il convient de démarrer l'observation* » (AFSS, 2003). À cet égard, l'évaluation ne pourrait-elle pas inscrire l'observation du système familial à son évaluation formative de l'enfant pris en soins ?

### **3.5.2. La double face d'un système**

Parmi toutes les propriétés attribuables aux systèmes, il en est une qui retiendra notre attention ici: l'adaptation structurelle fonctionnelle ou encore «holon property» (Laszlo, Koestler) ou «intégron» (Jacob). À côté des propriétés majeures des systèmes que tout un chacun connaît plus ou moins (totalité (et non-sommativité), autostabilisation, autoréorganisation), la double face des systèmes revêt une importance particulière au plan épistémologique. Un système, quel qu'il soit, est toujours, sauf dans des cas limites hypothétiques situés aux frontières du macroscopique, aux niveaux méga, ou microscopiques, à la fois tourné vers le haut et vers le bas.

Eu égard aux systèmes de niveau de complexité plus élevé, il représente une partie intégrée, alors que pour les systèmes de niveau inférieur il devient un tout intégrant. Ce qui ne l'empêche pas de conserver son «identité», son statut de système autonome et défini. En d'autres termes, un système peut aussi bien être considéré comme un sous-système ou comme un suprasystème. Les exemples ne manquent pas qui démontrent la nécessité d'une telle conception: l'individu, la famille, la communauté, la société, ou encore la molécule, la cellule, le tissu, l'organe, l'organisme, le fonctionnaire, le directeur de service, le directeur général, le sous-ministre, le ministre, chaque entité définie présente un comportement théoriquement explicable, et en tout cas cohérent avec sa propre logique, tout en étant simultanément limité

dans ses possibilités par les parties qui le composent, et contraint dans ses choix par l'ensemble dans lequel il est englobé.

On ne peut comprendre l'être, l'action ni le devenir d'un système (Rapoport, 1971, p.42) sans l'ouvrir vers le haut et vers le bas. Un système dynamique, c'est-à-dire à détermination endogène, est à la fois ouvert et intégré. Depuis Schrödinger (1945) l'ouverture d'un système vivant est une évidence. Mais il ne saurait s'agir de n'importe quelle sorte d'ouverture: une simple ouverture d'un système ne signifie rien de moins que sa disparition: par définition, comme ensemble fini ou non d'éléments, un système ne peut contenir des éléments qui lui sont étrangers. Tout en convenant de la nécessité de l'ouverture énergétique d'un système, nous devons bien lui accorder une fermeture formelle, une frontière. Le système n'est pas en même temps le système et son environnement (Hall et Fagen, 1968); dans ce cas particulier, on a affaire à un type polarisé de système baptisé écosystème.

Cette autonomie et cette indépendance du système doivent pourtant laisser la place à l'ouverture énergétique, condition minimale au maintien et au devenir d'un système dynamique. L'être vivant se nourrit par assimilation soulignait Piaget (1975) sans pour autant devenir un aliment. C'est grâce aux propriétés des sous-systèmes qui le composent que le système peut ainsi s'exposer à la recherche d'apports énergétiques extérieurs sans éclater. Les sous-systèmes, ou composants, ou éléments du système représentent d'autres entités intégrées dans le système, dont la fonction, au sens de vocation, mission et but, est de transformer des éléments étrangers en éléments assimilés au système. L'exemple le plus simple reste l'alimentation: le sous-système digestif décompose les aliments pour les transformer en éléments nécessaires au maintien de l'organisme. Les aliments ne rentrent dans le système qu'après disparition de leur individualité propre, qu'après une déstructuration nécessaire à la nouvelle structure, qu'après «amortissement» de leur caractère éventuellement perturbateur.

En s'ouvrant par le biais de ses sous-systèmes, le système interpose un filtre entre lui-même et l'extérieur. Il est ouvert, sans l'être, comme le souligne Laborit (1974) par adaptation structurelle: la structure du système est adaptée à ses besoins et possède sa propre activité de conservation par homéostasie ou maintien de l'état.

Ouvert sur le plan structurel, le système l'est également au plan fonctionnel. La fonction, ou encore relation du système à un ensemble plus vaste où il est intégré, implique évidemment une ouverture. Il n'y a fonction que dans une relation: une partie varie selon les modifications d'une autre partie à laquelle elle est reliée pour réussir à maintenir constante la

valeur de la fonction. L'état du système se modifie en conséquence selon son «environnement» ou plus exactement selon les autres systèmes auxquels il est relié, dans un processus de nature hétérostatique: pour que (f) reste constant, [x] est contraint de se modifier si [y] varie. Il serait possible de pousser la discussion sur ce point, mais seul le fait qu'un système ne soit réductible ni à l'ordre de ses parties ni à l'ordre de ses processus retiendra notre attention. Sans être entièrement structure ou fonction il participe pourtant également aux deux par adaptation. Son état et sa conduite peuvent être expliqués selon leur mode d'évolution, par l'une ou par l'autre et principalement par l'adéquation de l'une à l'autre.

Décrire un système en fin de compte revient à isoler un ensemble de parties sous l'angle de leur action commune, de leurs attributs de même nature. La fonction ne crée pas plus l'organe que celui-ci n'entraîne celle-là. Organe et fonction, ou éléments et objectif, sont les deux faces d'une même chose que l'approche systémique identifie comme un système. Un système n'est rien de plus que le lieu de rencontre entre une organisation de bas niveau et une organisation de haut niveau, des sous-systèmes et un supra-système, lieu qui varie selon les besoins de l'observateur. Le système du sociologue sera, par exemple, le lieu de rencontre entre les sous-systèmes des individus et le supra-système de l'humanité, le système du psychologue réunit les sous-systèmes cognitifs, affectifs et biologiques avec le supra-système social et nous pouvons nous promener ainsi du physicien nucléaire au philosophe.

Ce relativisme du systémier qui fait de chaque système à la fois un supra-système par rapport à sa structure et un sous-système par rapport à sa fonction, a certes plusieurs conséquences. Par exemple une vision du monde comme une hiérarchie de niveaux intégrés et emboîtés les uns dans les autres. La conséquence pertinente de cet exposé est la suivante: la connaissance d'un système doit viser ce système et non un niveau supérieur ou inférieur. Autrement dit, il ne vaut rien de tenter d'expliquer un système par réductionnisme ou transcendance en cherchant les lois d'organisation et de transformation du système dans ses parties ou dans l'ensemble qui l'intègre. La théorie générale des systèmes est née de cette constatation: les systèmes biologiques ne peuvent être expliqués en recourant à des outils de type physique comme Bertalanffy l'a maintes fois souligné. Si les lois physiques ne peuvent être transgressées, cela ne signifie pas qu'elles donnent des principes valables pour comprendre les êtres vivants. Chaque niveau de système respecte la nature et le comportement de ses parties, mais les replace dans une perspective complètement différente. Faute de quoi, comme le dit avec humour Simon (1973, p.5) tout le monde ferait de la physique nucléaire puisqu'elle s'occupe du niveau d'organisation le plus élémentaire.

Parmi ces systèmes sociaux, la famille est la «*matrice fondamentale des phénomènes humains* ». Telle que définie par l'École de Palo Alto, elle est un système ouvert «*constitué par un réseau de relations qui interagissent les unes avec les autres* ». Dans la recension des écrits, ces réseaux de relations, appelés modalités relationnelles par les auteurs consultés, seraient mis à l'épreuve en cas d'effraction du handicap. Ils sont régis par des règles : «*ses membres se comportent d'une manière répétitive et organisée selon certains schémas qui tendent à stabiliser les relations et le fonctionnement de la famille* » (Picard et Marc, 2015). Ainsi, la famille est composée d'un ensemble d'individus qui, eux-mêmes éléments du système, s'organisent en sous-systèmes (Picard et Marc, 2015, Zapata et Paris, 2009, Caire et Dulanrens, 2011). En cas de prise en charge, l'adolescent toxicomane serait entravé pour assumer son rôle de frère ou de sœur dans l'environnement familial au fonctionnement duquel il participe, selon une approche systémique, tout comme chacun des membres de ce système.

Il apparaît ainsi que le système familial organise une coévolution des individus qui le constituent, il a une fonction ordre relationnel qui crée une stabilité et une prévisibilité dont bénéficient ses membres. Ce qui fait la famille, c'est l'idée de la famille. Cette évolution collective et individuelle des membres de la famille, co-construction au fil du temps, fait apparaître chez chacun une représentation du fonctionnement de leur famille et de leurs relations, c'est ce que nous appelons le modèle. Chaque famille est unique et originale, et par conséquent a sa propre idée de la famille, son propre modèle.

### **3.5.3. Émergence et définition générale de la systémique**

À l'opposé de l'approche analytique, l'approche systémique correspond à une nouvelle façon de penser, holistique et transdisciplinaire, relative à l'étude de « ce qui est trop complexe pour pouvoir être abordé de façon réductionniste » (AFSS, 2003, Durand, 2017, Massard, 2016, Piroton, 2005). Inspirée par le structuralisme, la cybernétique et la théorie de l'information, elle émerge d'abord dans les années 1950 aux États-Unis sous le nom de théorie générale des systèmes. Elle est pratiquée en France depuis les années 1970 et, au cours de la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle, investit de nombreux champs disciplinaires (Durand, 2017, Bodin, 2000). Comme le précisent Donnadieu, Durand, Neel, Nunez et Saint-Paul (AFSS, 2003), elle combine « un savoir » et « une pratique » qui reposent sur le système, socle conceptuel de la systémique.



### 3.5.3.1. Les fondements de l'approche systémique

La naissance de la pensée systémique est intrinsèquement liée à l'émergence, au cours du XXe siècle, d'une réflexion approfondie autour de la notion de complexité. La prise de conscience de la complexité du monde va de pair avec celle des insuffisances de la pensée dite classique à offrir les moyens nécessaires à l'appréhension, à la compréhension de la complexité d'une part, à l'action sur cette complexité d'autre part. Les limites de la pensée analytique confrontée à la complexité sont mises en évidence par les travaux d'un certain nombre de chercheurs dans des disciplines aussi variées que la biologie, les mathématiques ou la neurophysiologie, considérés comme étant à l'origine du développement de la pensée systémique. Le développement de la pensée systémique, dont les fondements épistémologiques feront l'objet d'une mise en perspective historique au cours de notre étude, accompagne celui d'un certain nombre de disciplines « systémiques », dont il se nourrit en même temps qu'il contribue à ce développement. Cette spécificité de l'essor de la systémique dans la seconde moitié du siècle passé éclaire la double nature de la systémique conçue à la fois comme un courant de pensée, un paradigme scientifique et comme une méthode, une démarche intellectuelle. En quelque sorte, la systémique telle qu'on l'entend aujourd'hui renvoie à la fois au cadre de pensée dans lesquelles s'inscrivent un certain nombre de disciplines, et à ces disciplines elles-mêmes.

En effet, le concept « moderne » de système s'est peu à peu construit aux États-Unis depuis les années 1940. Il provient de différents domaines mais il faut signaler les contributions spéciales provenant de la biologie, des mathématiques, de la physique, de l'ingénierie et de la gestion. Il faut de ces différents domaines retenir les apports significatifs de V. Bertalanffy, N. Wiener, C.E. Shannon, W. Weaver, et J.W. Forrester.

Von Bertalanffy, biologiste, présente, dès 1937, le concept de « *système ouvert* » qui évoluera petit à petit vers la « *théorie générale des systèmes* » (General System Theory). Le but de cette théorie générale était de dégager des principes explicatifs de l'univers considéré comme système à l'aide desquels on pourrait modéliser la réalité. Bertalanffy proclamait alors: « *...il y a des systèmes partout* ». Ceci revient à dire que l'on peut observer et reconnaître partout des objets possédant les caractéristiques des systèmes. C'est-à-dire des totalités dont les éléments, en interaction dynamique, constituent des ensembles ne pouvant être réduits à la somme de leurs parties. Citant Bertalanffy (1968, p.220), Le Moigne (1977) écrit:

« De tout ce qui précède, se dégage une vision stupéfiante, la perspective d'une conception unitaire du monde jusque-là insoupçonnée. Que l'on ait affaire aux objets inanimés, aux organismes, aux processus mentaux ou aux groupes sociaux, partout des principes généraux semblables émergent ».

En collaboration avec l'économiste Boulding, le physiologiste Gérard et le mathématicien Rapoport, Bertalanffy fonde, en 1954, la « *Société pour l'Étude des Systèmes Généraux* » dont les objectifs consistent :

- ❖ « à rechercher l'isomorphisme des concepts, des lois et des modèles dans les différents domaines, et à favoriser leurs transferts d'un domaine à l'autre;
- ❖ à encourager l'élaboration de modèles théoriques adéquats dans les domaines qui en sont dépourvus;
- ❖ à éliminer les duplications des travaux théoriques dans différents domaines;
- ❖ à promouvoir l'unité de la science en améliorant la communication entre les spécialistes » (Checkland, 1981, p. 93).

En plus de travailler à la réalisation de ces objectifs ambitieux, la société créa un cahier annuel, le « *General Systems Yearbook* », et favorisa la publication d'un nombre impressionnant d'articles traitant de la systémique.

Professeur de mathématiques au Massachusetts Institute of Technology depuis 1919, Wiener collabore avec Rosenblueth du Harvard Medical School et s'adjoint en 1940 l'ingénieur J. H. Bigelow. Après avoir travaillé au développement d'appareils de pointage automatique pour canons anti-aériens, ils en arrivent à la conclusion que:

« pour contrôler une action finalisée (orientée vers un but), la circulation de l'information nécessaire à ce contrôle doit former 'une boucle fermée permettant d'évaluer les effets de ses actions et de s'adapter à une conduite future grâce aux performances passées » (de Rosnay, 1975, p.89).

C'est la découverte de la boucle de rétroaction négative ou positive applicable sur les machines et, selon Rosenblueth, sur les organismes vivants. C'est la naissance de ce que Wiener appellera la cybernétique (Wiener, 1947) qui aura pour but principal l'étude des régulations chez les organismes vivants et les machines construites par l'homme.

Peu à peu, les recherches foisonnent sur le sujet. Des équipes interdisciplinaires se forment et tentent de généraliser ces principes à différents secteurs tels la sociologie, les sciences politiques ou la psychiatrie. Les travaux se multiplient et « *la nécessité de faire*

*exécuter par des machines certaines fonctions propres aux organismes vivants, contribue, en retour, à accélérer les progrès des connaissances sur les mécanismes cérébraux* » (de Rosnay, 1975, p.91). C'est la naissance de la bionique et le début des recherches sur l'intelligence artificielle avec comme chef de file W. McCulloch. On est en 1959.

Quelques années plus tôt, Claude Shannon, ingénieur des télécommunications chez Bell, et W. Weaver publient en 1949 un ouvrage important sur « *la théorie mathématique de la communication* » et élaborent une théorie de l'information. À l'exception des systèmes relatifs à l'humain, avant les années 1950, la science représentait des entités traitant de la matière ou de l'énergie, mais pas de l'information. Depuis Shannon, on reconnaît que l'information peut être traitée par une machine, une plante ou un animal. Ces deux auteurs ont dégagé le concept d'information, vidé de toute référence à son contenu subjectif, et ont considéré uniquement l'énergie qui circule dans une voie de communication.

Cette théorie présente la communication comme un processus responsable de la transmission d'informations, sous forme de messages, entre un émetteur et un récepteur par le biais d'un ou de plusieurs réseaux qui agissent comme support. Le message est constitué de symboles structurés selon certaines règles. Il est codé, émis par une source puis transporté par un canal. À la fin du réseau, le message est reçu, décodé et traduit en informations significatives pour le destinataire. Des perturbations, appelées « bruits », peuvent intervenir au niveau de la transmission et altérer le sens du message.

Petit à petit, la cybernétique, la théorie des systèmes et de l'information s'étendent à l'entreprise, à la société et à l'écologie. J. W. Forrester, ingénieur électronicien et professeur à la « *Sloan School of Management* » du MIT, crée en 1961 la dynamique industrielle. Dans ce cadre, il considère l'entreprise en tant que systèmes cybernétiques et tente, par la simulation, de prévoir son comportement. Il dégage une technique de modélisation et met au point le langage Dynamo facilitant la modélisation systémique. Plus tard, il étend cette approche aux systèmes urbains et en 1971, il crée une nouvelle discipline, la « *dynamique des systèmes* ».

Ces découvertes donnent naissance à de nouveaux outils conceptuels, à de nouvelles façons de définir la réalité et permettent de faire face à un phénomène nouveau, celui de la complexification des ensembles avec lesquels nous devons composer.

Ces contributions font l'objet, depuis le début des années 1940, d'un développement significatif mais non spectaculaire de méthodologies diverses appliquées à la résolution de

problèmes complexes. La méthodologie des systèmes souples, développée et expérimentée en Angleterre au début des années 1980 par Checkland (1981) en constitue une contribution intéressante. C'est une méthodologie de recherche-action ayant comme fondement théorique la systémique et plus particulièrement les propriétés suivantes: la hiérarchie et l'émergence puis la communication et le contrôle. Son objet est la formulation et l'amélioration de situations problématiques rencontrées dans le monde réel ou ce qu'il qualifie de systèmes d'activités humaines.

### **3.5.3.2. Le postulat théorique de la théorie générale des systèmes**

De Rosnay (1975), soulignait qu'il semble que notre éducation ne nous ait pas incités à avoir une vision globale de l'univers et des ensembles qui nous entourent. La réalité, telle que présentée tout au long de nos études, a toujours été découpée en disciplines ou portions de réalité fragmentées et isolées. Or, à cause de cette formation, il nous est difficile de la considérer dans sa totalité, sa complexité et sa dynamique. Pour sa part, le concept de système s'efforce de relier les ensembles au lieu de les isoler, s'appuie sur la perception globale plutôt que sur l'analyse détaillée, considère les interactions plutôt que les éléments, insiste sur l'étude des transactions qui ont lieu aux points d'interface entre le système et l'environnement et nous donne une vision axée sur les aspects dynamiques et interactifs des ensembles qui composent la réalité.

Par conséquent, le concept de système nous aide à observer la réalité en la considérant comme étant formée d'ensembles dynamiques interreliés. De plus, il favorise l'application d'une approche qui nous incite à réfléchir sur les buts pour lesquels les systèmes sont mis en place, à découvrir les relations existant entre les fins, les fonctions et les structures. Connaissant les buts d'un système, nous sommes en mesure d'en évaluer régulièrement les extrants et d'exercer des contrôles sur ses différents aspects. Cette approche exige également que nous concentrons notre attention sur la réalisation des objectifs qui justifient l'existence d'un système et sur les critères nous permettant d'en vérifier la performance.

L'approche systémique est donc l'application du concept de système à la définition et à la résolution des problèmes. Cette approche nous fournit une stratégie de prise de décisions dont les aspects les plus évidents sont:

- ❖ une insistance marquée sur l'identification et la définition, des finalités, des buts et des objectifs du système et une énumération de critères et d'indices suffisamment

précis et nombreux nous permettant d'en vérifier "objectivement" le degré d'atteinte;

- ❖ un examen minutieux des différents aspects qui caractérisent les intrants;
- ❖ une identification des meilleures alternatives possibles concernant les fonctions et les structures favorisant l'atteinte des objectifs d'un système;
- ❖ l'identification, l'intégration et la mise en œuvre de mécanismes autocorrectifs (rétroaction/régulation) ajustant les objectifs du système à ceux de l'environnement, et à ceux des autres systèmes avec lesquels il interagit, les extrants aux objectifs du système et les variables d'action en fonction de la qualité et de la validité des extrants;
- ❖ l'analyse du système global en sous-systèmes, en repérant les intrants, les variables de transformation, les extrants de chaque unité et leurs points d'interface avec d'autres systèmes et avec l'environnement;
- ❖ l'implantation progressive du système et l'évaluation des extrants par rapport aux critères de performance identifiés au préalable.

Compte tenu du concept de système et de ses propriétés, il y a, dans l'approche systémique, plusieurs règles, plusieurs sous-entendus qui doivent être appliqués et respectés mais qui ne peuvent être inclus dans l'énumération et la description de ses étapes. Mentionnons celle clairement exposée par Mèlèze (1972).

« L'approche systémique est un processus qui tend à faire évoluer l'organisme auquel il s'applique en débloquent des latitudes d'initiatives et de changement: on élabore en premier lieu un "baby-system" finalisé, fortement ouvert sur l'environnement et doté des capacités d'adaptation et d'apprentissage. La structuration de chaque partie du système, la définition de ses liaisons, de ses méthodes et de ses procédures vont se développer progressivement par essais-erreurs au contact de l'environnement, par ajustements successifs et par accroissement de la variété de contrôle » (Mèlèze, 1972, pp.79-80).

La règle du « reliquat non-résolu » complète bien ce propos tenu par Mèlèze sur l'approche systémique. « *Pour l'essentiel, cette règle stipule que l'on ne doit jamais se fixer comme but de résoudre totalement et définitivement un problème, mais que l'on doit se borner à tenter de l'améliorer ou de l'atténuer, ...* » (Watzlawick, 1980, p.79). On voit pointer sous cette règle le critère du "rendement satisfaisant" de Simon (1974), les propriétés de l'équifinalité énoncé par Bertalanffy (1968) et celle de la complexité des systèmes.

Il semble évident que dans ce sens l'intervention d'un enseignant ou d'un formateur sur un système doit elle-même être conçue comme un système. C. Bernard, étudiant participant au cours « *Approche systémique: conception et analyse de besoins* », résumait merveilleusement bien ce qu'est l'approche systémique en ces termes: « *la systémique est un système (démarche) par lequel un système (objet) est comparé à un système de référence (système général) par l'intermédiaire d'un autre système (modèle)* ».

#### **3.5.4. Finalité et objectifs/L'utilité de la théorie générale des systèmes**

Les différentes théories ci-dessus en 3.5.3.1 ont été développées en parallèle avec le développement de la théorie générale des systèmes. Elles sont toutes basées sur le traitement de l'information. Bertalanffy (1991) nous rappelle que

« dans les domaines biologiques, sociologiques et du comportement, d'importants problèmes étaient négligés par la science traditionnelle, quelquefois, n'étaient même pas pris en considération. Dans un organisme vivant, nous observons un ordre surprenant, une organisation, un continuel changement, une régulation et une apparente téléologie. Cependant des concepts comme ceux d'organisation, de direction, de téléologie n'apparaissent pas dans le système scientifique classique. En fait selon la vision mécaniste du monde fondée sur la physique classique ils étaient considérés comme illusoires, métaphysiques ».

Le but de la théorie générale des systèmes est de formuler les principes valables pour tout système et d'en tirer les conséquences. La physique s'occupe de systèmes ayant différents niveaux de généralité : systèmes assez spéciaux utilisés par l'ingénieur pour construire un pont ou une machine. Bertalanffy explique que :

« nous devons rechercher des principes qui s'emploient pour des systèmes en général, sans se préoccuper de leur nature, physique, biologique, ou sociologique. Si nous posons ce problème et si nous définissons bien le concept de système, nous constatons qu'il existe des modèles, des lois et des principes qui s'appliquent à des systèmes généralisés; leur espèce particulière, leurs éléments et les forces engagées n'interviennent pas » (Bertalanffy, 1991, p.32).

Les systèmes qui décrivent la rivalité entre les espèces animales et végétales ont des modèles qui s'appliquent à certaines branches de la physique-chimie ou de l'économie. Il y a correspondance dit Bertalanffy, "parce que les entités en question peuvent être considérés, à certains égards, comme des systèmes, c'est à dire des ensembles d'éléments en interaction les uns avec les autres" (Bertalanffy, 1991, p.36). On aboutit à une correspondance des principes

généraux et même à des lois particulières, quand les conditions des phénomènes considérés correspondent. En fait, on a souvent découvert simultanément dans des domaines distincts, et de façon indépendante, des modèles et des lois identiques ; ceci à partir de faits totalement différents. *"Beaucoup de principes similaires ont été découvert à la fois. Ceux qui travaillaient dans une branche ignoraient que la structure théorique qu'ils cherchaient existait déjà dans une autre branche"*. La théorie générale des systèmes, rappelle Bertalanffy,

« sera très utile pour éviter une telle multiplication inutile du travail. Cette théorie serait un outil utile. Son fondateur précise "qu'elle fournirait d'un côté des modèles utilisables par diverses disciplines et transférables de l'une à l'autre, d'un autre côté elle permettrait d'éviter ces analogies vagues qui ont souvent gâché les progrès de ces disciplines.» (Bertalanffy, 1991, p.48)

Ainsi, la thérapie systémique familiale conduit le thérapeute, en présence de l'ensemble des membres de la famille, à « observer sur le vif les modes relationnels pathogènes » et à « agir sur eux » (Picard et Marc, 2015) afin de « restaurer une continuité là où le traumatisme fait rupture » (Caire, Destailats, Merceron et Belio, 2011). Dans sa dimension écologique, la thérapie systémique familiale semble ainsi résonner avec le troisième paradigme Personne-activité-environnement, identifié lors de la recherche documentaire, ainsi qu'avec la dimension réadaptative qui, selon l'analyse de l'enquête exploratoire, est sous-jacente à la majorité des interventions planifiées par les psychothérapeutes. À l'image du processus d'intervention en psychothérapie, l'évaluation semble devoir amorcer puis guider la thérapie systémique familiale.

Après avoir évalué les « écosystèmes relationnels du patient » (Picard et Marc, 2015), ce qui inclurait les autres membres au regard de la recension des écrits, ainsi que les interactions familiales, il peut être amené à viser plusieurs objectifs, parmi lesquels (Destailats et Belio, 1999, Caire et al., 2011, Caire et Dulanrens, 2011, Zapata et Paris, 2009):

- ❖ Encourager les familles à s'exprimer sur la crise relationnelle ;
- ❖ Améliorer les communications intrafamiliales ;
- ❖ Faire évoluer les représentations familiales sur la situation ;
- ❖ Inviter les familles à prendre conscience de leurs compétences.

En tant qu'élément du système, le thérapeute est un « témoin actif » de la situation, c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans un partenariat avec les familles (Caire et Dulanrens, 2011).

Ainsi, il ne cherche pas à imposer ses solutions mais encourage les familles, en créant un contexte favorable, à « expérimenter leurs propres solutions », ce qui semble faire écho avec l'enquête exploratoire (Caire et Dulanrens, 2011, Caire et al., 2011). En effet, la majorité des ergothérapeutes semble estimer que la prise en compte de la fratrie nécessiterait l'élaboration d'un cadre thérapeutique spécifique.

Enfin, vient le moment d'appréhender la famille comme objet complexe susceptible de justifier une approche systémique. La famille est un système, c'est-à-dire une organisation relationnelle spécifique originale et surtout complexe. Soulignons d'emblée ici que le système est un ensemble d'éléments en interaction autorégulé, auto éco organisé, tendant vers un but et qui échange pour survivre et se transformer au fil du temps de la matière, de l'énergie et des informations. La famille est ainsi un système à finalité éducative prédéterminée mais donc le devenir est complexe. En effet, il y a un grand niveau d'indécidabilité dans l'avenir d'une famille quelque soient les catastrophes qu'elle rencontre. Pris sous cette perspective, il est important de préciser que la notion de systémie apparaît de manière moins récurrente dans notre travail pour expliquer le rôle que peut jouer la dynamique relationnelle sur la construction identitaire de chacun des membres de la famille et sur les conséquences de l'effraction de la déviance d'un enfant dans une famille, à travers plusieurs termes : système, sous-système, complexe fraternel, rôle, fonction, modalités relationnelles, dimension circulaire, interaction ou encore environnement. Ainsi, réinscrire l'enfant toxicomane au sein de son système familial, comme l'un des éléments du sous-système fraternel, semble essentiel pour renforcer la prise en compte de la fratrie lors de la démarche d'intervention en psychopathologie clinique.

### **3.5.5. Le centre du système de systèmes qu'est la famille**

Dans une famille, le rôle parental est un rôle qui paraît central dans le fonctionnement du système familial. Toutefois, le système familial est un système complexe qui intègre en son sein plusieurs sous-systèmes. Ces différents sous-systèmes s'articulent autour de la fonctionnalité parentale et sont constitués du couple, de la fratrie, des grands-parents, des familles d'origine des conjoints. Il apparaît que la place réellement centrale est occupée par la dimension du couple qui, elle, distribue toutes les autres organisations relationnelles dans le sein de la famille. Etre père ou mère n'existe qu'à travers la place que ces fonctions ont prises dans le couple et le projet de couple. Le projet de couple a été à l'origine du projet parental, qui a ensuite conduit à l'existence d'une famille.



Un regard anthropologique un peu plus large pourrait aussi montrer que le couple est le meilleur moyen qu'a trouvé la famille pour faire une autre famille. Ainsi, lors de la survenue d'un traumatisme crânien grave, chacun des sous-systèmes va être affecté dans la distribution des fonctions et des rôles, ainsi que la construction de l'histoire et des liens. La question de la place du père ou de la mère après un traumatisme crânien est totalement dépendante de l'histoire du couple, de son présent et de son devenir. Dans cette histoire, les attentes des familles d'origine et les conflits qui ont pu exister, jouent le rôle d'un levier puissant. C'est tout ce qui fait que la famille est un système complexe et que le couple est le plus petit des systèmes complexes. L'autre puissant facteur organisateur de la distribution des rôles et des fonctions est celui de la nature des séquelles durables qui font suite au traumatisme crânien. Ces séquelles les plus déstabilisantes sont les séquelles cognitives et les séquelles comportementales.

#### **3.5.5.1. Le sous-système couple**

Ainsi que nous le disions, ce sous-système est vraiment central dans l'organisation de la vie familiale. Le couple est le fruit d'une rencontre, et cette rencontre est aussi un aboutissement d'une histoire, de trajets individuels dans des familles d'origine. Bien évidemment, le traumatisme crânien fragilise énormément le couple. A l'inverse des sous-systèmes familiaux, le couple est le seul qui est basé sur l'engagement libre réciproque et le désir, et non pas prioritairement sur le devoir.

La différence essentielle vient du fait qu'un couple peut être dissous, mais qu'on ne peut pas dissoudre une famille. Le lien de couple est profondément modifié par les séquelles cognitives et comportementales, car le partenaire conjoint est devenu très différent de celui qui avait été épousé. De même les projections dans l'avenir que l'on faisait pour son couple, même si elles sont toujours marquées du sceau de l'incertitude due à la transformation des sentiments et de l'attachement sont considérablement accrues. Va t'on rester avec une personne à laquelle nous lie tout le passé, toute la fidélité à notre engagement, mais dans laquelle nous ne retrouvons plus ce qui nourrissait le lien et lui permettait de durer et de se transformer au fil du temps.

Des séquelles apportent la dimension de la dépendance, de la charge, du fardeau, et induisent un profond déséquilibre dans les échanges dans ce qui est perçu comme ayant été donné, et ayant été reçu. De cette grande indécidabilité, de cette transformation radicale de la nature du lien amoureux qui classiquement est à l'origine du couple, vont naître les difficultés

des équilibres de pouvoir à l'intérieur du couple. En effet, un couple est aussi un rapport de pouvoir et d'autonomie de chacun des protagonistes de la relation. Bien sûr, il existe des notions, comme l'échange et le partage, mais aussi la nécessité de se préserver des empiètements d'autrui, du pouvoir et de l'emprise que l'autre peut être enclin à engager. Dans ce rapport de pouvoir, se construit la défense d'une liberté et d'une intimité individuelles qui ne peuvent pas être englouties dans la dimension du couple. Cela traduit la défense de la place de l'individu dans un système d'appartenance ayant pour but de le valoriser, d'enrichir et de développer ses membres. Bien souvent, du fait des incapacités liées aux séquelles, il y a une modification très importante de ce rapport de pouvoir et de cette liberté d'un des deux partenaires du couple victime d'un traumatisme crânien grave. Un couple c'est aussi une histoire toute particulière, où la relation est un cheminement, et dans cette relation, chaque pas que l'on fait compte.

Les traces du chemin passé, les pas des uns et des autres dans ce chemin, sont ignorés de la plupart des soignants et thérapeutes, et pourtant sont un des déterminants très importants de la façon dont la relation va continuer à se construire. Il ne faut pas oublier que le couple se construit aussi, dans ce qu'il a d'extériorisable, sous le regard des autres sous-systèmes, les parents des familles d'origine et les enfants issus du couple. Ce sont des facteurs de pression extrêmement importants sur la construction de la suite de la relation et du lien.

### **3.5.5.2. Rôle parental et nature des séquelles**

La prépondérance de la mère dans le soin et l'éducation du bébé est longtemps apparue comme une donnée de nature, que les travaux psychologiques venaient étayer et renforcer. Mais l'évolution parallèle des mœurs et des théories ont permis de remettre en cause une telle évidence. Concernant le bébé et l'importance qu'on reconnaît désormais à son cadre relationnel comme garant de sa santé psychique et de son bon développement, une théorie est venue bouleverser le champ des savoirs légitimes et s'est progressivement constituée en soubassement de bien des conceptions modernes sur la parentalité, c'est, bien sûr, la psychanalyse, même si dans certaines parties du monde occidental son influence s'est considérablement amoindrie. Les enseignements à tirer sont de plusieurs ordres et concernent des niveaux différents : la place de l'enfant dans la famille, la conception du rapport parental et les rôles de genre. Du point de vue de l'organisation familiale, on est ainsi passé d'un modèle patricentré, où le père est le chef de famille et la mère le pôle affectif, à un modèle centré sur l'enfant, où l'idée de chef se dilue dans la notion d'autorité parentale conjointe et le

pôle affectif devient de plus en plus l'enfant lui-même. À ce passage correspond la montée de la notion d'*enfant-sujet* dans les discours sociaux et celle d'*intérêt de l'enfant* comme principe de gestion sociale, dans une famille qui se détraditionnalise (Beck, 1992), se désinstitutionnalise (Commaille, 1994), s'individualise (De Singly, 2001) et se fragilise, mais demeure le lieu d'articulation de la différence des sexes et de la différence des générations (Théry, 1996).

#### ❖ **Incapacités et responsabilité**

Un des rôles des parents est de protéger, de guider, d'organiser l'éducation, la croissance et l'insertion des enfants. Les incapacités, d'une façon très générale, vont altérer cette fonction parentale, et le patient victime du traumatisme crânien va être progressivement repérée comme dysfonctionnant, peu fiable dans les domaines de décision qui sont ordinairement ceux des parents. Le rôle des parents dans une famille est défini à la fois par le positionnement individuel de chacun d'entre eux, mais aussi par le fait que chacun est individuellement garant du rôle de l'autre.

L'existence d'une anosognosie rend extrêmement compliquée pour le patient la notion d'être garant de son propre rôle et de sa propre responsabilité vis-à-vis des difficultés que peuvent rencontrer les enfants. La difficulté de décentration du point de vue, le manque de flexibilité mentale, entravent énormément l'indispensable attitude d'ouverture, de compréhension, d'adaptation que les parents doivent avoir par rapport aux besoins de l'enfant. Tout cela fera qu'aux yeux du partenaire sain du couple, le conjoint ne devient plus aussi fiable qu'il l'était auparavant, et que la délégation réciproque qu'il y a dans la co-responsabilité se trouve altérée et modifiée par les séquelles. Dès lors, le parent sain va considérer qu'il est le seul à prendre les décisions, même si pendant un premier temps il essaie de laisser une place à son conjoint devenu si différent. Le parent sain aura la perception qu'il porte seul la charge des décisions difficiles, des conflits à résoudre avec les enfants dans la mission éducative, voire même aura l'impression qu'il a une personne supplémentaire en charge qui ne fait plus le partenaire à égalité, et le soutien dont il avait besoin.

La charge parentale est tellement ardue et génératrice de doutes et de questionnements, qu'il est important de pouvoir se ressourcer auprès de son conjoint dans les questionnements que ne manquent jamais de poser les enfants, surtout au moment de l'adolescence. N'ayant plus cet espace de réflexion et de partage commun, le sentiment de lourdeur et d'épuisement va être accru par cette mission parentale portée presque exclusivement par le parent sain. La

responsabilité du parent sain est de tenir compte des incapacités du conjoint, et bien souvent ils ont le sentiment d'être des parents isolés.

Plus généralement, la gravité des séquelles cognitives, empêche les patients de gérer de façon appropriée les dimensions financières, administratives et légales qui concernent la vie familiale. Ils relèvent des mesures de protection des incapables majeurs. Il est fondamental que cela soit reconnu et entériné légalement, même si cela représente une perte de statut d'adulte. Le contraire entraînerait beaucoup d'inconvénients graves : déni familial des séquelles et incapacités, surveillance et mise sous contrôle vécu comme une emprise des décisions faisant le lit de conflits relationnels étendus, mise en danger des équilibres financiers, disqualification par les erreurs etc. Bien évidemment, tout cela aura des conséquences sur la pérennité du couple.

#### ❖ **Affect, attachement, indifférence et passivité**

Le lien parental est un lien empli de toute la charge affective du lien filial. Les attentes des enfants restent inchangées car ce sont des besoins. Ils doivent se construire quel que soit leur âge, en s'appuyant sur une relation privilégiée avec chacun des parents, et sur celle avec le binôme éducatif parental. Les séquelles qui entraînent le repli, l'indifférence, la passivité, donnent aux enfants l'impression d'un détachement affectif, d'un désintérêt de la part du patient atteint, et cette difficulté déséquilibre totalement la perception que peuvent avoir les enfants d'eux-mêmes et de leurs parents. Ils ont l'impression de ne pas être aimés, de ne pas compter, et construisent de ce fait des blessures narcissiques, des dévalorisations personnelles qui recouvrent tous leurs espoirs et leurs attentes déçues. Le manque d'empathie est particulièrement douloureux pour celui qui vient avec un élan amoureux, qui d'ordinaire est compris, accepté et reçu. Dans nombre de cas de replis passifs et d'indifférence cognitive, les enfants souffrent dans la construction de leur personnalité de ce déséquilibre dans la relation et, suivant l'âge de survenue du traumatisme pour le parent et pour l'enfant, de difficultés d'identification et de construction personnelle qui influenceront à leur tour sur leur façon de se structurer ultérieurement en tant que couple et parents.

#### ❖ **Lien et mémoire**

Les séquelles mnésiques sont particulièrement préjudiciables à la construction du lien qui ne se ressource plus que sur ce qui est affectivement transmis et perçu dans l'instant ainsi que sur les souvenirs anciens du passé, de l'histoire, de la relation. Les processus de remémoration d'évènements passés sont relativement préservés dans les traumatismes

crâniens graves. Par contre, la construction de la relation depuis le traumatisme crânien chez des patients ayant des troubles mnésiques entraîne le fait que dans la relation, ni les enfants ni le parent sain ne peuvent faire référence aux événements agréables et aux conflits pour les faire évoluer. A chaque fois, la mémoire déficiente annule ces remaniements nécessaires et indispensables au dépassement des difficultés relationnelles mais aussi à l'amplification du lien d'attachement dans une connaissance partagée qui ressource chacun des protagonistes et les réengage dans le lien et la relation future. En se remémorant les bons moments, on ouvre l'avenir à l'attente d'autres moments et le fait de le vivre de façon partagée renforce le sentiment d'appartenance. Le lien filial, le lien de couple, le lien familial fonctionnent ainsi et les séquelles mnésiques dans la mémoire de fixation entravent ce processus qui se trouve donc fragilisé et moins opérant pour solidifier les relations interindividuelles avec le parent concerné par le traumatisme crânien.

#### ❖ **Difficultés cognitives et scolarité**

Une grande part du lien filio-parental s'inscrit dans la dimension éducative des apprentissages scolaires. L'enfant trouve chez le parent, un moyen de dépasser les limites intellectuelles de son âge. Tout le jeu des difficultés autour des devoirs sert à valider l'autorité ou les connaissances des adultes. Dans cette comparaison, une émulation, une admiration, une compétition, une rivalité se font jour et structurent les constructions identitaires de l'enfant et son rapport au monde au travers de la pulsion épistémophilique. Les relations vont donc être modifiées par les difficultés cognitives du parent qui peut y perdre du respect de la part de l'enfant. Il faut être attentif au fait que les exercices rééducatifs pratiqués au domicile prennent des sens tout particuliers d'échec scolaire pour les enfants ou leur servent à comparer le niveau de leur parent avec le leur. Le parent blessé peut y rencontrer un vécu d'humiliation sous les yeux de ses enfants et entrer dans des comportements agressifs.

#### ❖ **Troubles du comportement, violences et lien**

Nous rentrons là dans un des aspects les plus douloureux de ce qu'une famille peut traverser à la suite d'un traumatisme crânien grave dans les séquelles comportementales d'hétéro-agressivité, d'impulsivité et de violences. Les enfants sont confrontés à des comportements inhabituels du parent blessé comme dans les autres séquelles précédemment citées, mais celles-ci sont beaucoup plus effrayantes, inquiétantes, traumatisantes et sources de douleurs. Le parent devient imprévisible, incompréhensible, comme si tous les sentiments qui nous unissaient à lui n'existaient plus. Il n'y a plus de pondération par le lien affectif de manière aussi sécurisante qu'elle pouvait exister auparavant. En effet, les enfants peuvent

supporter d'être punis par les parents car ils ne doutent pas du lien d'amour qu'ils ont pour eux et que ces derniers éprouvent pour leurs enfants. Dans ces cas-là, très souvent, ce lien d'amour est mis en doute : rien de ce qu'ils font n'interrompt le processus de manière suffisamment efficace pour qu'ils soient rassurés. Dès lors, la peur, la crainte, l'appréhension, la survenue de nouveaux épisodes hétéro-agressifs infiltrent la relation et faussent le jeu relationnel habituel. De grands déséquilibres personnels chez les enfants naissent de ce type de rapport et l'attachement et l'identification sont gravement perturbés.

Les difficultés de remémoration citées plus haut de même que le manque de flexibilité mentale, ainsi que l'incapacité d'agir sur l'impulsivité et la désinhibition, l'inefficacité globale du feed-back et du rétrocontrôle rendent sans espoir l'idée que la relation peut être modifiée par un investissement affectif authentique, qu'il n'y a pas de résultat et que l'amour ne soigne pas les séquelles ni ne les fait disparaître. Tout cela constitue progressivement une ambiance de carences inscrite dans la maltraitance verbale, physique qui interroge beaucoup et le couple et les enfants et la famille sur la possibilité de maintenir un lien historique avec le parent si celui-ci devient dysfonctionnant au point de mettre en danger le développement des enfants. Bien souvent, le conjoint sain est placé devant un choix douloureux entre les nécessités d'évolution du parent victime d'un traumatisme crânien et les nécessités de développement et de croissance des enfants au sein d'une famille équilibrante. Ces séquelles sont parmi les plus destructrices du lien parental, familial et de couple.

Par ailleurs, ces troubles du comportement sont aussi souvent une tentative inappropriée de reprendre un rôle ou une place dans lequel le patient essaie de se réinscrire sans en avoir les moyens cognitifs ; dès lors, il y vivra des sentiments de perte de pouvoir, d'humiliation, de déconsidération qui généreront chez lui de la frustration, de la colère, elle-même faisant le lit de nouveaux troubles du comportement. De très nombreux exemples cliniques nous ont amenés à être particulièrement vigilants sur ces processus de dysfonctionnements qui conduisent parfois notre équipe à des signalements dans le but de protéger les enfants. Parfois la défense du lien de couple malgré les dysfonctionnements parentaux, se fait en prenant en otage les enfants dans ce projet « *je voulais conserver un père à ces enfants ...* ». Bien évidemment, on peut se demander quel père est conservé à ces derniers.

En effet, un autre effet néfaste doit être signalé sur ce point : la psychiatrisation des troubles du comportement nous semble une erreur car c'est rajouter un problème au problème. Non seulement le parent n'est plus le même qu'avant pour les enfants mais en outre, il est

étiqueté dans son comportement comme ayant des troubles d'origine psychiatrique ; ce qui le rend encore plus incompréhensible et inquiétant. Comment s'adapter au fait d'être l'enfant d'un père ou d'une mère traumatisé crânien et qui de plus est traité comme étant fou ? Ce sont deux difficultés d'identification et d'attachement extrêmement complexes à gérer. Très souvent dans la consultation, nous essayons de préserver dans la tête de l'enfant la représentation d'un clivage entre « la lésion qui parle » et ce que pourrait dire le père ou la mère s'il n'était pas prisonnier d'un cerveau qui dysfonctionne. Arriver à différencier l'image du parent et celle de la lésion est un artifice de représentation qui a un effet de rationalisation rassurante pour les enfants mais ne suffit pas à compenser les dégâts causés par les débordements comportementaux et la souffrance qu'ils entraînent.

### **3.5.6. Thérapie systémique familiale**

Le patient et sa famille forment un système dont les thérapies conventionnelles en psychologie, en psychanalyse et en psychiatrie, centrées sur les individus, ne permettaient pas d'appréhender la complexité. Ainsi ont émergé les thérapies familiales, au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, dans lesquelles les interactions entre les individus deviennent l'objet de la thérapie. Lorsqu'il intervient auprès de ce système dont l'un des membres est pris en soins, le thérapeute devient l'un des éléments d'un système alors triangulaire « *dont les trois pôles sont le patient, l'entourage et le professionnel de santé (ou plus généralement l'institution soignante)* ».

Dans ce système triangulaire, les professionnels invitent le patient mais aussi sa famille à s'inscrire dans une dynamique de compréhension non d'explication, par le biais d'un questionnement non de réponses (Destailats et Belio, 1999) car, comme l'affirment Zamith-Chavant, et al (2010), « *accueillir un patient, c'est aussi accueillir une famille et l'accompagnement de cette famille participera à la prise en charge du patient* ». À ce égard, il faut mettre en exergue l'importance de favoriser la mise en mots de chacun des membres de la famille et, spécifiquement, des frères et sœurs de l'adolescent toxicomane. Or, l'analyse de l'enquête exploratoire semble révéler que, même si la plupart des psychothérapeutes reconnaissent la pertinence de s'intéresser à la famille, ils n'en font pas une priorité lors de leur intervention, ce qui serait également le cas des parents de l'adolescent toxicomane. Par ailleurs, cette dynamique de compréhension, telle qu'encouragée par la systémique, ne pourrait-elle pas définir également la démarche évaluative du psychothérapeute, préalable à son intervention.



## CHAPITRE 4 : TOXICOMANIE

La consommation des substances psychoactives chez les adolescents entraîne des dépendances à des degrés divers tant sur l'adolescent, la famille qu'au niveau social et en fonction du type de substances. De ce point de vue en nous appuyant sur les travaux de certains auteurs, nous articulons ce chapitre autour de cinq principaux axes : définition ; les substances psychoactives et leur typologie ; toxicomanie et physiologie ; toxicomanie comme fléau social ; toxicomanie et culture

### 4.1. DEFINITIONS

Le terme de toxicomanie est utilisé comme équivalent du mot dépendance (ou pharmacodépendance) et même d'addiction (Peele, S. & Brodsky, A., 1975). De nos jours, le terme d'addiction est plutôt employé pour désigner un processus dans lequel un comportement, censé soulager un mal-être, finit par devenir difficilement contrôlable et se maintient malgré ses conséquences négatives. Le terme d'addiction qui s'est progressivement substitué à celui de la toxicomanie, a le mérite de proposer un déplacement de la notion de toxique, c'est-à-dire du produit consommé, vers le comportement lui-même (Lejoyeux, 2009).

En effet, de nombreux comportements semblent, présenter des caractéristiques communes aux toxicomanies, sans toutefois se limiter aux seules conduites consistant à consommer tel ou tel produit dangereux pour la santé. On y retrouve, par exemple, toutes les formes d'addictions comportementales ou d'addictions sans drogues telles que le jeu pathologique, l'addiction au travail, au sport, les achats compulsifs, l'anorexie-boulimie, etc (Velead, 2002). Devant un usage croissant du terme de l'addiction, le psychiatre anglais, Aviel Goodman, a donné en 1990 la définition suivante : « 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 ». Cette définition publiée dans une grande revue médicale, « the British Journal of Addiction », a largement été acceptée par la communauté scientifique, et a permis de délimiter le champ vaste des addictions, surtout que Goodman a également précisé les critères nécessaires pour établir le diagnostic de l'addiction ou bien de trouble addictif (Goodman, 1990).

Critères de Goodman de diagnostic de l'addiction (Goodman, 1990)

A- Impossibilité de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.



- B- Sensation croissante de tension augmentant avant de débiter le comportement.
- C- Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D- Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.
- E- Présence d'au moins cinq des neuf items suivants :
  1. Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation.
  2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
  3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.
  4. Importante perte de temps passée à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.
  5. Survenue fréquente du comportement lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
  6. D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont sacrifiées ou réduites en raison du comportement.
  7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques, physiques ou financiers persistants ou récurrents déterminés par celui-ci.
  8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
  9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F- Certains symptômes ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

L'Institut National de la Toxicomanie des États-Unis définit la toxicomanie comme: Une maladie du cerveau chronique et récidivante qui se caractérise par la quête et la consommation compulsives de drogues, en dépit des conséquences nocives.

Une définition courante de la maladie est : toute altération de la structure ou de la fonction normale d'une partie du corps, organe ou système qui peut être identifiée par un syndrome caractéristique ou par un ensemble de symptômes et de signes. La toxicomanie répond aux critères de la maladie parce que, comme les maladies cardiaques, la toxicomanie altère le fonctionnement normal d'un organe, en l'occurrence, le cerveau, et elle présente un ensemble caractéristique de symptômes et de signes. De ce point de vue, le trouble de toxicomanie est considéré comme toute forme de consommation problématique d'une substance intoxicante entraînant une déficience ou une détresse cliniquement significative, capable de modifier la structure ou de la fonction normale

d'une partie du corps, des organes, ou d'un système manifesté par au moins deux des caractéristiques suivantes, survenant dans une période de 12 mois :

1. La substance est souvent prise en plus grandes quantités ou sur une période plus longue que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou un effort infructueux pour réduire ou contrôler la consommation de substance.
3. Une grande partie du temps est consacrée aux activités nécessaires pour obtenir la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
4. Une envie irrésistible, ou un fort désir de consommer la substance.
5. Une consommation répétitive de la substance entraînant le manquement aux obligations dans le travail, à l'école ou maison.
6. Une consommation continue de la substance malgré la persistance ou la récurrence de problèmes interpersonnels causés ou exacerbés par les effets de la consommation.
7. Les activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de la consommation de substance.
8. Une consommation récurrente de la substance dans des situations où elle est physiquement dangereuse.
9. La consommation de substance est poursuivie bien qu'elle ait causé ou exacerbé l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent.
10. La tolérance, telle que définie par l'un des éléments suivants:
  - a. Un besoin croissant de la substance pour atteindre l'intoxication ou obtenir l'effet désiré.
  - b. Un effet nettement diminué suite à la consommation continue de la même quantité de substance.
11. Le sevrage, tel que manifesté par l'un des éléments suivants :
  - a.) Un fort désir ou un sens de la contrainte de prendre la substance ;
  - b.) Des difficultés à contrôler le comportement dans la consommation de substances en ce qui concerne le début, la fin, ou les niveaux d'utilisation.

## **4.2. LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LEUR TYPOLOGIE**

Il existe quatre grandes catégories ou types de substances psychoactives :

- Les stimulants ;
- Les opiacés (parfois appelé stupéfiants) ;
- Les dépresseurs ; et
- Les hallucinogènes.

Cette classification est basée sur les effets primaires de la substance sur le système nerveux central.

- ✓ Les stimulants augmentent l'activité du système nerveux central. Ils ont tendance à augmenter le rythme cardiaque et la respiration et offrent un sentiment d'excitation euphorique.
- ✓ Les opiacés dépriment sélectivement le système nerveux central. Ces analgésiques réduisent la douleur et ont tendance à induire le sommeil.
- ✓ Les dépresseurs diminuent l'activité du système nerveux central. Ils ont tendance à diminuer le rythme cardiaque et la respiration et offrent des sensations de détente, de somnolence, de bien-être ou d'euphorie.
- ✓ Les hallucinogènes produisent un spectre de distorsions sensorielles vives et modifient sensiblement l'humeur et la pensée.

*Tableau 01.  
Typologie des substances psychoactives*

<b>STIMULANTS</b>	<b>OPIACES (Stimulants)</b>	<b>DEPRESSEURS</b>	<b>ALLUCINOGENES</b>
Cocaïne	Héroïne	Alcool	LSD
Amphétamine	Morphine	Barbiturique	Mescaline (Peyote)
Methamphétamine	Opium	Benzodiazépines	Ecstasy
Nicotine; Caféine	Démérol	Gamma hydroxybuturate (GHB); Rohypnol	Champignons

**Source :**

- Les benzodiazépines (dépresseurs) comprennent les médicaments contre l'anxiété comme Xanax, Librium, et Valium. Ceux-ci sont parfois appelés tranquillisants.
- „ Les opiacés comprennent l'héroïne, la morphine, l'opium et autres substances utilisées pour traiter la douleur sévère; ils sont appelés opiacés parce qu'ils exercent ses effets au niveau des récepteurs opiacés dans le cerveau.

- Les barbituriques (dépresseurs) comprennent le phénobarbital et le Séconal; ceux-ci ont été utilisés pour traiter des troubles de convulsion et de sommeil, mais de nouvelles substances sont plus efficaces pour ces conditions sans le risque d'addiction.
- Les dépresseurs comprennent également le GHB et le Rohypnol, parfois appelés «drogues de club» ou «drogues du viol» parce que, à faibles doses, ils sont pris pour améliorer l'expérience de club de danse et à des doses élevées, ils peuvent être complètement sédatifs.
- Les hallucinogènes comprennent le LSD, la mescaline (dérivé du peyote, une sorte de cactus), l'ecstasy, et certains types de champignons.
- La nicotine, la caféine et l'alcool, qui sont tous des drogues légales, sont inclus parmi les substances psychoactives. Le fait qu'une substance est légale ne signifie pas qu'elle est plus rassurante qu'une substance illégale.
- La légalité d'une substance résulte généralement plutôt des traditions, de la culture ou des facteurs politiques ou religieux que de sa nocivité.
- Le système de classification est conçu comme un guide général, certaines substances psychoactives ne s'inscrivent pas dans les catégories de base. Par exemple :
  - à faibles doses, la marijuana produit plus ou moins de la sédation et de la détente mais à fortes doses, elle a des effets hallucinogènes.
  - à faibles doses, le khat (Miraa) peut induire une légère euphorie et de l'excitation, mais à des doses plus élevées, il peut causer des comportements maniaques et de l'hyperactivité et peut conduire à une maladie physique et psychologique grave.
  - les anesthésiques dissociatives (PCP) peuvent avoir des effets hallucinogènes, mais peuvent aussi avoir des effets stimulants ou dépresseurs.
  - Les substances inhalées ont généralement des effets dépresseurs mais peuvent aussi avoir des effets stimulants ou hallucinogènes.

### **4.3. TOXICOMANIE ET PHYSIOLOGIE**

La vulnérabilité à la rechute est devenue une préoccupation majeure de la recherche neurobiologique dans le domaine des comportements addictifs. Elle constitue une cible potentielle d'action pour les traitements, qu'ils soient comportementaux ou pharmacologiques. Les stratégies cognitives qui sous-tendent la motivation comportementale et la prise de décision dans les situations faisant appel à une récompense biologique (nourriture, relation sexuelle, consommation de produit) ou sociale (travail, relations avec les autres) peuvent être source de dysfonctionnement. Parallèlement aux modifications des processus cognitifs, des modifications à long terme

interviennent dans le fonctionnement cérébral, en réponse à la consommation répétée du produit. Ces effets peuvent être interprétés comme un apprentissage privilégiant certains circuits neuronaux au détriment d'autres ou encore comme des changements persistants de la plasticité synaptique neuronale.

On distingue dans la consommation de produits ou de drogues : l'usage récréationnel contrôlé, l'abus et enfin l'addiction. Le risque de passage de la consommation contrôlée et occasionnelle à l'addiction est variable d'un individu à l'autre. L'addiction peut en effet apparaître dès la première consommation de drogue chez certains individus. Des facteurs de risque génétique pourraient expliquer le caractère addictogène chez certains sujets des substances licites et illicites. Il existe cependant encore peu de données sur la manière dont ces facteurs de vulnérabilité interagissent entre eux et/ou avec des facteurs de l'environnement. Les facteurs sociaux (familiaux, professionnels, etc.) peuvent également intervenir dans le choix du produit, et ce indépendamment de la vulnérabilité individuelle du sujet.

La neurobiologie, dès les années 1950 et grâce aux modèles murins, a souligné le rôle central de la dopamine dans l'apparition d'un comportement addictif. Une augmentation du taux de dopamine au niveau du noyau accumbens a été mise en évidence en réponse à une administration aiguë de morphine, de cocaïne, d'alcool ou de nicotine chez le rat. Les bases neurobiologiques des circuits de récompense et des circuits d'apprentissage sont les projections dopaminergiques en provenance de l'aire tegmentale ventrale sous-corticale et à destination des ganglions de la base (noyau accumbens: impliqué dans le circuit dopaminergique mésolimbique de récompense) et du cortex préfrontal (cortex orbitofrontal et angulaire antérieur impliqués dans le circuit dopaminergique mésocortical et dans l'intensité de la réponse comportementale), Sous l'influence de la consommation répétée de drogue, interviendraient des modifications à long terme de la plasticité neuronale au niveau des structures corticales, en particulier préfrontales, et au niveau du système dopaminergique mésolimbique. Une compulsion à consommer apparaîtrait alors. Celle-ci pourrait persister plusieurs années une fois l'addiction installée, et ce même après le sevrage.

#### **4.3.1. Bases cérébrales**

La neurobiologie des comportements addictifs s'est ainsi focalisée sur trois régions d'intérêt :

- Le noyau accumbens;
- l'amygdale ;
- Le cortex préfrontal.

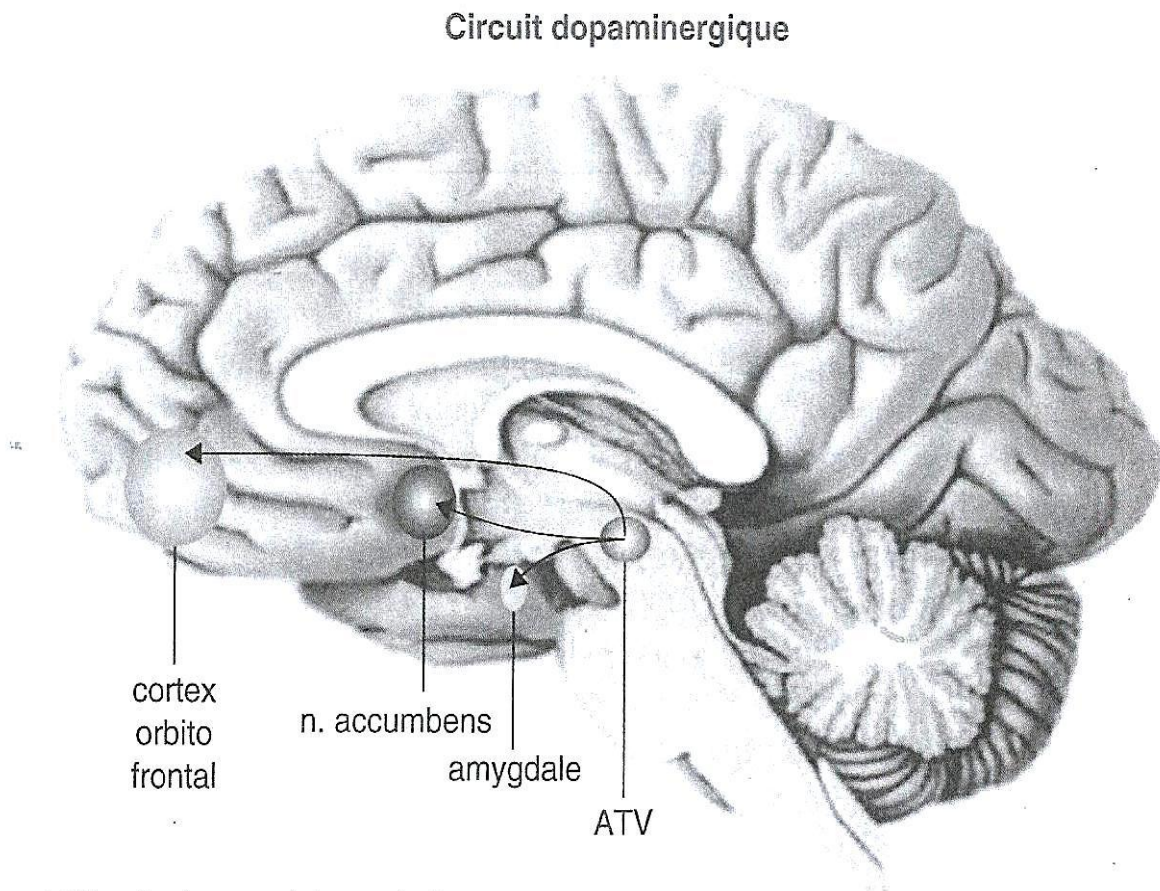
- Le noyau accumbens est composé de deux parties qui diffèrent par leurs connexions anatomiques :
- Le *shell*, connecté avec l'aire tegmentale ventrale (connexions dopaminergiques réciproques entre le noyau accumbens et l'aire tegmentale ventrale) ;
- Le *core*, qui reçoit des afférences dopaminergiques en provenance de l'aire tegmentale ventrale et qui est relié au cortex préfrontal.

Une activation phasique (sous forme de *puises*) des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale précède les comportements liés à une récompense. L'activation est d'autant plus intense que la récompense est non prévisible et importante (figure 1). Cette activation phasique de la libération de dopamine est associée à une libération tonique de dopamine qui détermine le niveau de base de dopamine extracellulaire. La dopamine libérée dans le coréen résonne à des stimuli prédictifs d'une récompense modulerait l'expression des comportements par l'intermédiaire des liens fonctionnels entre cortex préfrontal et noyau accumbens. La libération de dopamine dans le noyau accumbens est ainsi indispensable à l'initiation de l'addiction, surtout pour la cocaïne, l'amphétamine et la nicotine et à un degré moindre pour les opiacés (pour l'alcool, le système GABAergique serait préférentiellement concerné), alors que l'usage répété des drogues favorise davantage l'implication du cortex préfrontal et de ses projections glutamatergiques à destination du noyau accumbens. L'amygdale jouerait également un rôle dans l'établissement du conditionnement de la consommation en lien avec le noyau accumbens. Le cortex préfrontal interviendrait dans la réponse comportementale induite par un stimulus et dans l'intensité de cette réponse. Le degré d'activation du cortex préfrontal est corrélé avec le caractère prédictif de la récompense obtenue.

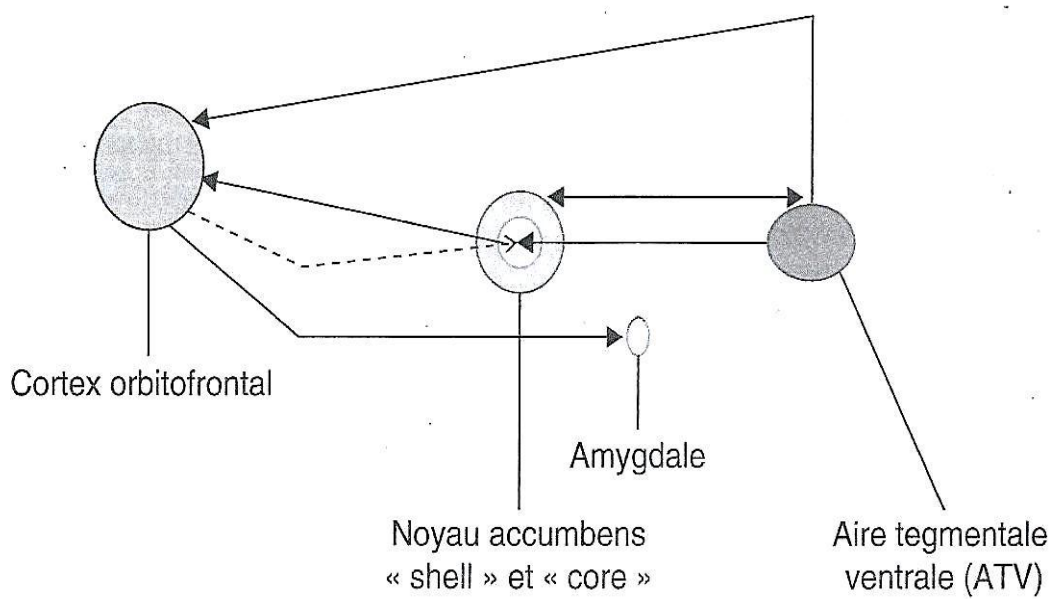
Lors de l'administration aiguë d'une drogue, la dopamine est libérée en quantité supraphysiologique, ce qui a pour conséquence immédiate une modification des signaux cellulaires (kinases AMP cycliques dépendantes). L'administration entraîne une induction immédiate de c-Fos ou d'autres produits d'activation de gènes précoces. Ces derniers vont induire des modifications moléculaires qui durent de quelques jours à quelques semaines après l'administration aiguë de la drogue.

L'administration répétée de la drogue modifie de manière plus durable le fonctionnement neuronal. Une réduction des récepteurs D2 dans le striatum est observée lors de la consommation chronique de tous types de drogues,

Figure 01  
Circuit dopaminergique des substances psychoactives



ATV : aire tegmentale ventrale



Alors que la réduction du transporteur de la dopamine dans le striatum n'est observée qu'avec l'amphétamine. Parmi les modifications les mieux étudiées figurent celles impliquant le récepteur à la dopamine D1. Ce récepteur stimule des protéines de type delta-FosB, dont la demi-vie est longue (régulateurs de transcription). Il module la synthèse de sous-unités des récepteurs AMPA glutamatergiques. Le delta-FosB, dans le noyau accumbens, jouerait un rôle dans les séquelles cognitives chez le sujet cocaïnoman chronique. De même, il favoriserait les conduites compulsives lors du syndrome de sevrage.

Ces modifications moléculaires pourraient déterminer l'initiation de la conduite addictive et surtout la vulnérabilité du sujet à la rechute. Cette vulnérabilité à la rechute persiste souvent plusieurs années après l'interruption de la consommation de drogue. Le sujet conserve très longtemps un désir intense de consommer le produit dont il a été dépendant. Ses capacités à contrôler son envie de drogue restent limitées de manière prolongée.

Un certain nombre de données obtenues sur le plan biochimique chez l'animal et avec l'imagerie fonctionnelle chez l'homme apportent des arguments en faveur d'une diminution du contrôle comportemental exercé par le cortex préfrontal chez les sujets présentant des conduites addictives. Lorsque la drogue est disponible, les projections neuronales glutamatergiques préfrontales à destination du noyau accumbens sont activées de manière importante et anormale. La voie glutamatergique entre le cortex préfrontal et le noyau accumbens (core) serait ainsi une voie finale commune impliquée dans la recherche compulsive de produit (voir figure 1). Cela a été confirmé chez le rat en inhibant le fonctionnement du cortex préfrontal ou en empêchant la libération de glutamate ou sa fixation sur les récepteurs AMPA dans le noyau accumbens. Un certain nombre d'anomalies neurochimiques en faveur de l'hypothèse glutamatergique ont également été identifiées:

- Altérations des protéines G dans le cortex préfrontal, accroissant le degré d'excitabilité des neurones glutamatergiques corticaux à destination du noyau accumbens;
- Augmentation de la libération de glutamate dans le noyau accumbens;
- Modifications protéiques à l'origine de changements dans la conformation dendritique des neurones du noyau accumbens perturbant les mécanismes de régulation neurochimique dans ce noyau.

Ces modifications vont dans le sens d'une hyperactivité glutamatergique en réponse à la drogue, contrastant avec une relative insensibilité du noyau accumbens aux mécanismes habituels de régulation de son fonctionnement neurochimique.



### 4.3.2. Facteurs génétiques

Un certain nombre de gènes pourraient intervenir en interaction avec des facteurs environnementaux dans la susceptibilité individuelle au risque d'addiction. Les principaux gènes identifiés concernent deux domaines :

1. Les gènes codant les enzymes impliquées dans le métabolisme des drogues ou de l'alcool (exemple : aldéhyde déshydrogénase pour l'alcool) ou les gènes codant les cytochromes impliqués dans le métabolisme des drogues (exemple : cytochrome CYP2A6. À titre d'exemple, les sujets « métaboliser rapides » de la nicotine ont tendance à fumer davantage et ont plus de difficultés à interrompre leur tabagisme). Les polymorphismes du gène codant le complexe récepteur nicotinique situé sur le chromosome 15 sont associés à la dépendance à la nicotine.
2. Les gènes codant les neurotransmetteurs cérébraux impliqués dans les processus de récompense (par exemple, les gènes cités ci-dessous), l'humeur ou le système opioïde
  - les gènes codant les récepteurs dopaminergiques;
  - le transporteur de la dopamine;
  - les enzymes de dégradation de la dopamine (comme la catéchoi-O-méthyltransférase).

L'environnement (consommation de drogues par exemple) peut entraîner des altérations stables de la structure de la chromatine avec pour conséquence des modifications de la transcription de l'ADN et de l'expression des gènes, modifiant ainsi la plasticité neuronale en réponse aux drogues consommées. Ce phénomène moléculaire pourrait expliquer les modifications durables du fonctionnement neuronal observées après la consommation chronique d'une drogue, voire leur caractère transmissible d'une génération à la génération suivante. Cependant, les gènes concernés par ces modifications et les régions dans lesquelles se produiraient ces modifications qui pourraient différer selon les gènes concernés restent mal connus.

Le Moal et Koob ont réalisé une synthèse de différentes théories neurobiologiques de l'addiction. Pour eux, trois circuits semblent impliqués :

- Un circuit comprenant essentiellement l'amygdale serait impliqué dans le système récompense/stress. Un grand nombre de neurotransmetteurs modulent ce circuit en provenance de l'aire tegmentale ventrale, du noyau arqué de l'hypothalamus et des noyaux pontiques (circuit mésocorticolimbique). Le circuit de récompense (comprenant des structures limbiques comme le noyau accumbens, le septum,

l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal) s'activerait différemment chez les sujets consommant une substance, comparativement à des témoins sains.

- Durant la consommation aiguë de drogue, les stimuli ressentis par le consommateur sont agréables, mais lorsque la dépendance s'installe, les stimuli aversifs prennent le dessus. Un deuxième circuit permettrait au consommateur d'avoir à nouveau envie de consommer. Cette envie est appelée *craving* (besoin impérieux chez un sujet dépendant de consommer de la drogue). Le circuit du *craving* comprend certaines régions du cortex préfrontal (gyrus angulaire antérieur, cortex orbitofrontal). L'imagerie cérébrale a identifié ces régions comme étant associées chez le consommateur à un besoin impérieux de consommer.
- Puis l'individu perd le contrôle (*binging*) de sa consommation de drogue et, ainsi, un troisième circuit jouerait un rôle dans les conduites dites compulsives. Il comprend l'accumbens, le pallidum ventral, le thalamus, le cortex orbitofrontal.

Cette explication qui identifie des circuits neuronaux impliqués aux différents temps de l'addiction est simpliste. Dès lors que la dépendance s'installe, de nombreuses modifications neurobiologiques s'opèrent. Initialement, les renforcements positifs dominent. L'amygdale évalue la valence hédonique d'une information, positive ou négative. Avec l'aggravation de la pathologie, les renforcements négatifs surviennent, associés à l'activation des circuits du stress. L'hippocampe, non représenté dans ces circuits, joue pourtant un rôle essentiel dans les processus mnésiques liés à la consommation (conditionnement de consommation dépendant du contexte ou du lieu). L'hippocampe pourrait aussi réguler l'activité dopaminergique du noyau accumbens (*shell*) par : l'intermédiaire de ses projections glutamatergiques à destination de ce noyau. De ce fait, l'équation « Le plaisir dû aux drogues est égal à l'activation du circuit mésocorticolimbique (circuit de récompense) » est loin d'être aussi simple, et le système dopaminergique n'est plus le seul à être incriminé.

Certains auteurs étudient les systèmes neurobiologiques impliqués simultanément dans la dépendance à une substance et dans les conduites impulsives, car les deux phénomènes semblent être sous le contrôle du système limbique méso-cortico-striatal. Les neurotransmetteurs impliqués dans cette régulation ou dysrégulation seraient la dopamine et la sérotonine.

L'axe corticotrope hypophyso-hypothalamo-surrénalien serait impliqué dans la consommation de tous types de drogues. En effet, la consommation aiguë d'une drogue accroît la réponse au stress et active l'axe corticotrope, entraînant la libération de *corticotropin-releasing factor* (CRF) par l'amygdale. Lors de la consommation chronique de la drogue, le CRF jouerait

également un rôle dans les aspects émotionnels négatifs liés au sevrage, en lien avec une réduction de l'activité dopaminergique du système mésolimbique, maintenant ainsi la dépendance et la dimension compulsive dans la recherche du produit. D'autres systèmes de neurotransmission interagissant avec les systèmes impliqués dans la réponse au stress comme la dynorphine, le neuropeptide Y, la substance P, la nociceptine ou l'orexine mériteraient d'être davantage étudiés.

#### **4.3.3. Imagerie cérébrale et neurobiologie**

L'imagerie a permis de mieux intégrer les modèles neurobiologiques et les modèles comportementaux en étudiant par exemple le fonctionnement de certaines régions du cerveau chez une personne consommant une substance psy-choactive de façon abusive et chez les individus dépendant d'une drogue. Il faut cependant garder à l'esprit que les individus ne consommant qu'une seule substance sont rares et que les conséquences neurobiologiques s'associent les unes aux autres. Les analyses en imagerie cérébrale sont donc complexes. Elles dépendent de la substance étudiée et de « l'état » clinique dans lequel se trouve le sujet : consommation unique de substance, individu en état de *craving*, sujet dépendant en début de sevrage, état d'abstinence, etc.

Des modifications métaboliques ont été observées en imagerie fonctionnelle dans le cortex préfrontal des sujets toxicomanes (hyperactivation en présence de drogue, contrastant avec une relative hypoactivité en l'absence de stimulus lié à la drogue chez le sujet atteint d'addiction). Ces modifications seraient corrélées avec l'intensité du désir de consommer le produit. À l'instar de ce qui a été rapporté dans le trouble obsessionnel compulsif, le relatif hypermétabolisme observé dans le cortex préfrontal en présence de drogue pourrait contribuer significativement à l'apparition et au maintien du caractère compulsif de la recherche de drogue. En revanche, l'hypométabolisme relatif du cortex préfrontal en l'absence de drogue chez le sujet atteint d'addiction contribuerait à la réduction de l'intérêt de ces sujets pour les stimuli non liés à la drogue (nourriture ou relations sexuelles par exemple) ou encore à la diminution de leur aptitude à prendre des décisions.

Une augmentation des flux sanguins dans les noyaux gris centraux et le cortex orbitofrontal est retrouvée durant les premières semaines d'abstinence chez le cocaïnomanes. Après cette augmentation, apparaît une diminution du niveau de perfusion cérébrale, prédominante dans le cortex frontal et l'hémisphère gauche. Ces modifications ont été mises en évidence par des protocoles faisant appel à la caméra à positrons (PET-scan). Les anomalies cérébrales peuvent aussi rendre compte des troubles cognitifs des dépendants (troubles des fonctions exécutives) et du défaut de contrôle de l'impulsivité.

Les opiacés se lient préférentiellement aux récepteurs  $\mu$  dans les régions du thalamus, de l'amygdale et du gyrus cingulaire. Si l'individu est en sevrage, on retrouve une baisse du flux sanguin

au niveau du gyrus cingulaire. Lors du *craving* comme chez les sujets cocaïnomanes, le flux cérébral augmente dans le cortex orbitofrontal.

La consommation d'alcool induit une diminution des flux sanguins dans le cervelet et une augmentation de ceux-ci dans les régions temporales et préfrontales. Les structures plus particulièrement atteintes lors d'un alcoolisme plus chronique sont les cortex médio-frontal et préfrontal antérieur gauche. Ces hypométabolismes seraient corrélés avec une réduction de la fluence verbale (test cognitif dit «de Stroop » perturbé).

Les travaux réalisés en imagerie cérébrale permettent ainsi d'apporter des éléments de compréhension dans les addictions aux substances psychoactives (alcool, cocaïne, héroïne, ecstasy, etc.) mais aussi dans les addictions sans produit comme le jeu pathologique, l'addiction au travail et, par extension, dans les troubles des conduites alimentaires. Les comportements compulsifs sans drogue comme le jeu pathologique conduisent à des changements neurobiologiques dans le système de récompense identiques à ceux retrouvés chez les consommateurs de toxiques. La principale modification est une diminution du fonctionnement du système de récompense.

À partir de ces données métaboliques, une autre hypothèse explicative du comportement addictif, cette fois plus comportementale, a également été avancée. Il s'agirait d'une perturbation de l'équilibre entre les structures corticales préfrontales impliquées dans les processus de prise de décision et un circuit comprenant l'amygdale et le *core* du noyau accumbens impliqué dans les comportements plus impulsifs et plus immédiats en réponse à un stimulus.

#### **4.3.4. Conclusion sur l'addiction**

L'addiction aux substances psychoactives, le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, l'addiction au travail ou les achats compulsifs ont des similitudes comportementales qui peuvent s'expliquer par des mécanismes neurobiologiques et cognitifs comparables mettant en jeu le système de récompense (plaisir), la recherche compulsive de produit ou de comportement et la dépendance à ces derniers, avec une nécessité d'augmenter les doses ou l'exposition pour obtenir un plaisir identique.

Ainsi, les modifications des débits cérébraux dans des structures clés comme le cortex cingulaire ou orbitofrontal sont constantes dans les conduites addictives avec un hypermétabolisme ou un hypométabolisme selon que le sujet est en recherche impérieuse de drogue (*craving*) ou en sevrage, et elles sont de même nature quelle que soit l'addiction étudiée.

Les addictions sont associées à une situation d'hyperdopaminergie relative à laquelle le cerveau répond en diminuant la production de dopamine endogène. Selon le niveau d'activation du

système dopaminergique d'un sujet donné, celui-ci est plus ou moins sensible à l'action de la drogue. Mais la dopamine n'est pas le seul neurotransmetteur en cause dans les addictions et d'autres études sur le rôle du GABA, de l'acétylcholine, de la sérotonine se mettent en place.

Aujourd'hui, l'approche des mécanismes physiopathologiques impliqués dans les addictions est plurielle (cognitive, moléculaire, neuro-anatomo-fonctionnelle, génétique, comportementale, neuro-endocrinienne, etc.). L'objectif final est d'essayer de relier des phénomènes neurobiologiques à une perturbation du comportement et de rechercher ainsi de nouvelles cibles thérapeutiques.

#### **4.4. TOXICOMANIE COMME FLEAU SOCIAL**

L'addiction correspond au moment où l'usage répété devient une nécessité à un tel point qu'il occupe un espace important dans les pensées et, de façon générale, dans la vie d'une personne. En ce sens, l'addiction correspond sans doute à l'expression « être accro ». Ce phénomène pourrait parfois être favorisé par la survenue d'événements ou de successions d'événements difficiles. Ceci pourrait favoriser l'instauration de certains conditionnements, par le soulagement ressenti, par exemple.

Les accros à la cocaïne sont plus susceptibles de devenir accro à d'autres substances addictives. Ils sont aussi moins sensibles aux conséquences négatives qui tiennent un non-accro à distance des mauvaises habitudes. Cette découverte pourrait aider à expliquer pourquoi les toxicomanes sont prêts à tout pour assouvir leur besoin de drogue. Des résultats similaires avaient été obtenus chez les souris et les rats. Il n'existe pas de traitement pharmacologique approuvé par la FDA américaine qui ciblerait l'addiction à la cocaïne comme il existe déjà pour l'addiction aux opioïdes. Aux Etats-Unis, la consommation d'héroïne devient un mal ordinaire. Selon une enquête gouvernementale de grande envergure, le nombre de consommateurs d'héroïne a bondi de 65,6 % en une décennie, à tel point qu'on évoque aujourd'hui un problème de santé publique. 10% des consommateurs réguliers de cannabis seraient dépendants et la gravité de celle-ci dépend de l'importance de la consommation. Par ailleurs, il est courant de distinguer dépendance physique et psychique. En général, on considère la dépendance physique au tétrahydrocannabinol (THC) comme plutôt mineure mais la dépendance psychologique comme plus difficile à surmonter.

Le meilleur traitement qui existe actuellement consiste en un changement des comportements et habitudes du patient et ce n'est pas facile. C'est en général une situation dévastatrice pour les familles. Les toxicomanes savent qu'ils perdront leur travail. Ils vous diront

qu'ils vont changer, mais ils continuent à se droguer. Cela semble incompréhensible. Les habitudes peuvent être d'un grand secours parce qu'elles libèrent un espace de réflexion pour d'autres choses. Un jeune conducteur doit réfléchir à chaque mouvement de pédale et à l'effet induit sur le véhicule, alors qu'un conducteur expérimenté peut le faire sans effort et peut même se permettre de tenir une conversation. Mais tous les conducteurs doivent être capables de sortir du pilotage automatique quand c'est nécessaire, et sauter sur les freins lorsqu'un événement inattendu survient sur la route. Ce qui est difficile pour un addicte, c'est de sortir du pilotage automatique.

D'après les résultats de l'expérience, les participants toxicomanes ont des difficultés à ajuster leur comportement aux changements de leur environnement. Un traitement comportemental fructueux pourrait venir de l'avantage tiré par cette tendance à rester figé dans ses habitudes. Il existe des programmes qui aident à remplacer des mauvaises habitudes par des bonnes, comme marcher après le repas plutôt que de se shooter. Ces stratégies peuvent fonctionner, bien que casser le cycle de l'addiction reste difficile. Les mécanismes et les rouages de l'addiction nécessiteront encore de nombreuses études cliniques, mais la compréhension des comportements et de leur base neurologique pourrait un jour aider à développer les médicaments et les traitements adéquats afin d'éradiquer le fléau social qu'est devenu la toxicomanie.

#### **4.4.1.-La toxicomanie dans le monde**

##### **4.4.1.1 Données épidémiologiques sur l'usage des Substances Psychoactives (SPAs) dans le monde**

À l'échelle mondiale, on estime qu'en 2013, un total de 246 millions de personnes, soit une personne sur 20 entre 15 et 64 ans a consommé une drogue illicite - généralement une substance de type cannabis, opioïde, cocaïne ou stimulant de type amphétamine - au moins une fois au cours de l'année écoulée. Cela représente une hausse de 3 millions de personnes par rapport à l'année précédente, mais du fait de l'accroissement de la population mondiale, l'usage de drogues illicites est en fait resté stable. Au cours de la période allant de 2006 jusqu'à la fin de 2013, la consommation illicite des SPAs dans le monde est restée stable, à un taux compris entre 4,9 et 5,2 % de la population adulte (personnes âgées de 15 à 64 ans). L'ampleur du problème mondial de la drogue devient plus évidente lorsqu'on tient compte du fait que plus d'un usager de drogues sur 10 (quelque 27 millions de personnes) est un usager problématique souffrant de troubles liés à l'usage de drogues (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONU DC, 2015).

Pour les tendances de l'usage des SPAs, les données publiées en 2015 de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) indiquent que l'usage des opiacés (héroïne et opium) est resté stable au niveau mondial. L'usage de cocaïne a connu un déclin généralisé, tandis que l'usage de cannabis et l'usage non médical d'opioïdes pharmaceutiques ont continué d'augmenter, principalement en raison des tendances dans les Amériques et en Europe. Les tendances de l'usage de stimulants de type amphétamine varient d'une région à l'autre. En termes de prévalence, la SPA la plus consommée dans le monde reste le cannabis. Bien que le grand public puisse percevoir le cannabis comme la moins dangereuse des SPAs illicites, le nombre de personnes cherchant à se faire traiter pour des troubles liés à l'usage de cette substance a augmenté ces 10 dernières années, particulièrement dans les Amériques, en Océanie et en Europe (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC, 2014).

En ce qui concerne la morbidité et la mortalité liées aux SPAs, le nombre de décès liés à la drogue déclaré en 2012 était de 183 000 (ou un chiffre situé entre 95 000 et 226 000), ce qui correspond à un taux de mortalité de 40,0 décès (entre 20,8 et 49,3) pour un million de personnes chez les 15-64 ans (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC, 2014). Le tabac constitue la première cause de décès évitable, devant l'alcool et les drogues illicites (World Health Organization (WHO), 2012). Il est directement à l'origine de bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et de certains cancers : poumon, voies aérodigestives supérieures, conjointement avec l'alcool, et vessie. Le tabac favorise également un grand nombre de pathologies, telles que les maladies cardio-vasculaires ou, chez les femmes, le cancer du col de l'utérus et les avortements spontanés (Hill, 2012). Le Tableau 4 présente la mortalité attribuable au tabac dans le monde (WHO, 2012). Globalement, 12% de mortalité chez les adultes âgés de 30 ans et plus est attribuée au tabac (WHO, 2012).

Les données sur les dommages liés aux drogues illicites sont beaucoup plus rares que pour les substances licites. Les effets à long terme liés à une consommation chronique sont notamment peu connus, en raison à la fois d'un développement de ces consommations relativement récent, et du caractère par définition plus caché et clandestin des usages de ces substances. L'usage de SAP illicites peut entraîner des maladies infectieuses (sida, hépatites, infections bactériennes) en lien avec les voies d'administration des substances, principalement l'injection, et des troubles induits par la substance elle-même (troubles du comportement ou surdoses). D'autres pathologies peuvent être également liées à des conditions d'existence précaires, à un style de vie marqué par la prise de risques ou aux problèmes psychiatriques qui

accompagnent fréquemment l'usage des SPAs (l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2013).

Pour le cannabis qui est le produit illicite le plus fréquemment consommé dans le monde (ONU DC, 2015), contrairement à d'autres substances illicites, il n'est pas à l'origine de surdoses mortelles. Les consommateurs de cette substance peuvent néanmoins rencontrer un certain nombre de problèmes. L'intoxication aiguë au cannabis se traduit de façon plus ou moins importante selon la dose absorbée et la tolérance développée par le sujet par une augmentation des temps de réaction et des troubles de la coordination motrice, avec dans certains cas des attaques de panique et des hallucinations (Laumon, Gadegbeku, Martin, & Groupe SAM, 2011). La consommation chronique peut conduire à un désintérêt pour les activités quotidiennes, des difficultés de concentration et de mémorisation (« syndrome amotivationnel ») et un déclin des capacités d'apprentissage. Dans certains cas, l'usage régulier de cette substance peut favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la survenue de schizophrénie (M. H. Meier et al., 2012 ; PRESCRIRE Rédaction, 2010). Il existe également des présomptions sur l'implication du cannabis dans les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, et certaines pathologies vasculaires (Costes, 2007).

En ce qui concerne la morbidité des drogues illicites, et surtout celles prises par injection, l'ONU DC, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), la Banque mondiale et l'OMS, s'appuyant sur les données les plus récentes à leur disposition, ont estimé conjointement que 1,7 million (entre 0,9 million et 4,8 millions) d'usagers de drogues par injection sont porteurs du VIH. La situation est particulièrement grave dans deux régions du monde : l'Asie du Sud-Ouest et l'Europe orientale/Europe du Sud-Est, où l'on estime la prévalence du VIH parmi les usagers injecteurs à 28,8 % et 23,0 % respectivement. Par ailleurs, plus de la moitié des personnes qui s'injectent des drogues vivaient avec l'hépatite C (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2012).

Les conclusions du Rapport mondial sur les drogues de l'année 2019 dressent un tableau d'adopter des mesures sanitaires et de justice pénale suivant une approche intégrée et équilibrée pour réduire l'offre et la demande de drogues. Plus complet, mais aussi plus complexe des défis à surmonter au niveau mondial en matière de drogues. Elles soulignent la nécessité d'élargir la coopération internationale en vue

D'après des recherches plus approfondies et des données plus précises fournies par l'Inde et le Nigéria – qui font tous deux partie des 10 pays les plus peuplés au monde – on constate que les personnes consommant des opioïdes et celles souffrant de troubles liés à



l'usage de drogues sont bien plus nombreuses qu'on ne le pensait. À l'échelle mondiale, quelque 35 millions de personnes présentent ce type de troubles et ont besoin de suivre un traitement, alors qu'elles étaient 30,5 millions selon les estimations antérieures. Le nombre de décès est également plus élevé, l'usage de drogues ayant coûté la vie à 585 000 personnes en 2017. (Rapport Mondial sur les Drogues 2019)

En matière de prévention et de traitement, l'offre reste nettement en deçà des besoins dans de nombreuses parties du monde. Cela est particulièrement vrai dans les prisons, où les personnes détenues sont particulièrement vulnérables face à l'usage de drogues et courent un plus grand risque de transmission du VIH et de l'hépatite C. Ce déséquilibre représente un obstacle majeur à la réalisation des objectifs de développement durable et à l'engagement pris par la communauté internationale de ne pas faire de laissés-pour-compte.

Les opioïdes de synthèse continuent de faire peser une grave menace sur la santé, alors que le nombre de morts par surdose augmente en Amérique du Nord, et que le trafic de fentanyl et d'analogues du fentanyl progresse en Europe et ailleurs. L'usage non médical de tramadol, un antidouleur, est un aspect de la crise des opioïdes beaucoup moins mis en avant par les médias, mais qui requiert de manière tout aussi urgente l'attention de la communauté internationale, en particulier en Afrique. En 2017, la quantité de tramadol saisie dans le monde a atteint un niveau record de 125 tonnes ; les données limitées dont on dispose indiquent que le tramadol consommé à des fins non médicales en Afrique est fabriqué illicitement en Asie du Sud et acheminé clandestinement vers la région ainsi que vers certaines parties du Moyen-Orient.

Les mesures prises pour lutter contre l'usage abusif de tramadol illustrent les difficultés que rencontrent les pays pour garantir l'accès à cette substance à des fins médicales tout en réduisant son utilisation abusive – dans un contexte où les ressources sont limitées et où les systèmes de santé ont déjà du mal à faire face – et dans le même temps s'attaquer énergiquement à la criminalité et au trafic organisés.

La production d'opium et la fabrication de cocaïne se maintiennent à des niveaux record. Les quantités interceptées sont également plus élevées que jamais, la quantité de cocaïne saisie ayant augmenté de 74 % au cours des 10 dernières années, alors que la fabrication de cette drogue a augmenté de 50 % pendant la même période. Ces données suggèrent que les mesures de détection et de répression sont plus efficaces et que le renforcement de la coopération internationale a probablement permis d'accroître les taux d'interception.

Le Rapport mondial sur les drogues 2019 fait également état d'une diminution du trafic d'opiacés depuis l'Afghanistan vers la Fédération de Russie le long de la route « du Nord ». En 2008, environ 10 % de la morphine et de l'héroïne interceptées à l'échelle mondiale étaient saisis dans des pays situés le long de cet itinéraire ; en 2017, ce taux n'était plus que de 1 %. Cette évolution pourrait être due en partie à une réorientation de la demande vers les substances synthétiques sur les marchés de destination, l'efficacité accrue des mesures prises au niveau régional jouant peut-être aussi un rôle.

Des pays d'Asie centrale, avec l'appui de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDD), ont consacré des ressources considérables au renforcement de la coopération régionale, dans le cadre des programmes de pays et des programmes régionaux et mondiaux intégrés de l'ONUDD, ainsi que par l'intermédiaire de plateformes telles que le Centre régional d'information et de coordination d'Asie centrale, l'Initiative Afghanistan-Kirghizistan-Tadjikistan et l'Initiative triangulaire et sa cellule de planification conjointe. Des recherches supplémentaires sont nécessaires, notamment afin de dégager des enseignements et des pratiques optimales susceptibles d'orienter la poursuite de l'action.

La coopération internationale a également permis de contrôler le développement des nouvelles substances psychoactives. Ces dernières années, la Commission des stupéfiants, basée à Vienne, a agi rapidement en plaçant sous contrôle la plupart des nouvelles substances psychoactives nocives, tandis que le Système d'alerte précoce de l'ONUDD a permis de tenir la communauté internationale au fait des évolutions.

La volonté politique et la mise à disposition de financements suffisants restent des conditions préalables au succès, comme l'illustrent les mesures que la Colombie a prises pour réduire la production de cocaïne suite à la conclusion en 2016 de l'accord de paix avec les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC). Des initiatives de développement alternatif ont permis aux agriculteurs des zones centrales du pays auparavant sous contrôle des FARC d'abandonner la culture du cocaïer et de rejoindre l'économie licite, ce qui a conduit à une baisse très nette de la production de cocaïne. Cependant, d'autres zones anciennement contrôlées par les FARC ont vu des groupes criminels s'implanter pour combler le vide laissé et étendre les cultures illicites. Le développement alternatif peut réussir, à condition toutefois de faire l'objet d'une attention soutenue et d'être intégré à des objectifs de développement plus larges.

Malgré les nombreux problèmes d'envergure que les pays continuent de rencontrer pour réduire l'offre et la demande de drogues, les succès recensés montrent que la coopération

internationale fonctionne. Le défi qu'il nous faut relever est de permettre à un plus grand nombre d'en bénéficier.

La coopération internationale repose sur des cadres définis d'un commun accord. Presque tous les pays du monde ont réaffirmé leur engagement en faveur d'une action équilibrée, respectueuse des droits et fondée sur les conventions internationales relatives au contrôle des drogues. Cet engagement a été récemment réaffirmé dans la Déclaration ministérielle sur le renforcement des actions que nous menons aux niveaux national, régional et international, pour accélérer la mise en œuvre des engagements communs à aborder et combattre le problème mondial de la drogue, adoptée lors du débat ministériel de la soixante-deuxième session de la Commission des stupéfiants.

L'ONUDC aide les pays à concrétiser leurs engagements par l'application des normes internationales régissant la prévention et le traitement des troubles liés à l'usage de drogues et du VIH, ainsi que des règles et normes sur l'administration de la justice et le traitement des détenus. L'ONUDC fournit une assistance technique adaptée par l'intermédiaire des bureaux extérieurs et des programmes mondiaux, ainsi que par la mise au point de référentiels et la conduite de recherches.

L'ampleur de l'usage de drogues dans le monde est désormais mieux connue grâce à une amélioration des données

#### **4.4.1.2. Progression de nombre d'usagers de drogues**

En 2017, quelque 271 millions de personnes, soit 5,5 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, avaient consommé des drogues au cours de l'année écoulée. Bien que ces chiffres soient similaires à ceux de 2016, si l'on considère une période plus longue, on constate que le nombre d'usagers de drogues a augmenté de 30 % depuis 2009, où ils avaient été 210 millions à avoir consommé des drogues au cours de l'année écoulée.

Bien que cette augmentation soit due en partie à une hausse de 10 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, les données indiquent désormais une plus grande prévalence de l'usage d'opioïdes en Afrique, en Asie, en Europe et en Amérique du Nord, ainsi que de l'usage de cannabis en Amérique du Nord, en Amérique du Sud et en Asie. Le cannabis reste la drogue la plus couramment consommée au monde ; selon les estimations, 188 millions de personnes en avaient fait usage au cours de l'année écoulée. Malgré la tendance à la hausse observée dans les Amériques et en Asie, la prévalence de l'usage de cannabis est restée globalement stable au niveau mondial ces 10 dernières années.

De nouvelles enquêtes réalisées en Inde et au Nigéria modifient notre vision de l'usage de drogues dans le monde : les personnes consommant des opioïdes et celles souffrant de troubles liés à l'usage de drogues sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne le pensait

En 2017, à l'échelle mondiale, environ 53,4 millions de personnes avaient consommé des opioïdes au cours de l'année écoulée, soit une hausse de 56 % par rapport aux estimations pour 2016. Parmi ces personnes, 29,2 millions avaient fait usage d'opiacés, comme l'héroïne et l'opium, soit une augmentation de 50 % par rapport à 2016, où l'on estimait que 19,4 millions de personnes en avaient consommé.

Les estimations plus élevées pour 2017 s'expliquent par une meilleure connaissance de l'ampleur de l'usage de drogues, grâce à de nouvelles enquêtes menées dans deux pays très peuplés, l'Inde et le Nigéria. En Asie, on estime désormais à 29,5 millions le nombre d'usagers d'opioïdes, chiffre en hausse par rapport aux estimations précédentes, qui étaient de 13,6 millions. En Afrique, les données tirées de l'enquête menée au Nigéria ont conduit à une révision du nombre de consommateurs d'opioïdes au cours de l'année écoulée, qui s'établit à présent à 6,1 millions, contre 2,2 millions d'après les estimations précédentes.

Dans l'ensemble, l'Amérique du Nord reste la sous-région où la prévalence annuelle de l'usage d'opioïdes est la plus élevée, 4,0 % de la population y consommant ce type de substances. S'agissant de l'usage d'opiacés (opium, morphine et héroïne), le Proche et Moyen-Orient et l'Asie du Sud-Ouest constituent la sous-région où la prévalence annuelle est la plus élevée, avec 1,6 % de la population. Toutefois, du point de vue du nombre d'usagers, l'Asie du Sud regroupe 35 % des consommateurs d'opioïdes et près de la moitié des consommateurs d'opiacés recensés à l'échelle mondiale.

Compte tenu des nouvelles informations provenant de l'Inde et du Nigéria, 35,3 millions de personnes souffriraient désormais de troubles liés à l'usage de drogues, soit une augmentation de 15 % par rapport aux estimations précédentes, qui étaient de 30,5 millions. Le terme « personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues » désigne des personnes dont la consommation est nocive à tel point qu'elles pourraient se trouver en état de pharmacodépendance et/ou avoir besoin d'un traitement.

#### **4.4.1.3. Conclusions sur la toxicomanie dans le monde et incidences stratégiques**

Sans une coopération internationale renforcée et un appui concerté, il ne sera pas possible d'empêcher le problème mondial de la drogue de menacer les efforts déployés en vue de réaliser les objectifs de développement durable consistant à permettre à tous de vivre en

bonne santé et à promouvoir la paix et la justice. L'évolution des modes de consommation des drogues au niveau mondial, dont l'usage de drogues placées sous contrôle (héroïne, cocaïne, amphétamines et cannabis), de nouvelles substances psychoactives ou encore de médicaments utilisés à des fins non médicales, a participé à rendre les problèmes qui se posent de plus en plus complexes. Quelque 35 millions de personnes souffrent de troubles liés à l'usage de drogues et 11 millions consomment des drogues injectables, dont 1,4 million vivent avec le VIH et 5,6 millions avec l'hépatite C.

Les éléments factuels démontrant les effets délétères de l'usage de drogues suggèrent que la charge de morbidité est supérieure aux estimations, l'usage de drogues étant à l'origine de plus d'un demi-million de morts et de 42 millions d'années de vie en bonne santé perdues. La culture illicite de plantes servant à fabriquer des drogues et la fabrication illicite de drogues d'origine végétale atteignent des records. Malgré une diminution observée en 2017, la superficie consacrée à la culture du pavot à opium et la production mondiale d'opium restent élevées, et la culture du cocaïer et la fabrication mondiale de cocaïne ont également atteint des niveaux record.

La communauté internationale a remporté un certain succès dans la lutte contre les nouvelles substances psychoactives, comme le prouve le recul du nombre de ces substances détectées et signalées pour la première fois à l'ONUDC. Les nouvelles substances psychoactives ne se sont pas autant imposées sur le marché qu'on pouvait le craindre il y a quelques années, et la communauté internationale a réagi rapidement pour en évaluer les dangers et décider lesquels placer sous contrôle international.

#### **4.4.2. Disponibilité de l'aide**

Les mesures de santé publique restent insuffisantes. Les interventions thérapeutiques efficaces fondées sur des éléments scientifiques et conformes aux obligations internationales en matière de droits de l'homme ne sont pas aussi disponibles ou accessibles qu'il le faudrait, et les gouvernements nationaux et la communauté internationale doivent renforcer les mesures pour y remédier.

Il faut des engagements plus fermes et des ressources plus importantes, en priorité pour intensifier la prévention de la consommation de substances grâce à des mesures dont l'efficacité est avérée et qui respectent les normes internationales. Le risque de déclencher et de développer des troubles liés à l'usage de drogues est conditionné à plusieurs facteurs de protection et de risque propres à chaque individu et à certains aspects de son environnement (parents, famille, école et pairs) ainsi qu'à l'influence de son environnement physique et

socioéconomique. Les interventions thérapeutiques ne peuvent réussir que si elles renforcent le cadre protecteur tout en atténuant ou en prévenant les facteurs qui sont à l'origine d'une plus grande vulnérabilité, y compris en contribuant à l'interaction positive des jeunes avec leur famille, leur milieu scolaire et leur environnement social.

Appréhender l'usage de drogues comme une maladie chronique complexe, multidimensionnelle et récidivante qui requiert des soins et des interventions thérapeutiques continus faisant appel à de nombreuses disciplines peut aider à mettre fin à la stigmatisation qui y est associée. Cela peut également appuyer le renforcement des mesures visant à : • Intensifier les interventions scientifiques fondées sur des éléments factuels destinées à traiter les troubles liés à l'usage de drogues qui font partie intégrante du système de soins de santé de chaque pays, bénéficient de l'accès universel aux services, sont disponibles et accessibles dans différents cadres pour les personnes qui en ont besoin, sont fondées sur des principes conformes aux droits de la personne et à l'éthique, et répondent aux différents besoins des personnes concernées ;

- Accroître la mise à disposition de l'ensemble complet de neuf interventions destinées à la prévention, au traitement et à la prise en charge de l'hépatite C, du VIH et d'autres infections chez les personnes qui utilisent ou s'injectent des drogues. Il s'agit d'un ensemble de mesures respectant les principes d'égalité, de globalité, d'accessibilité et de viabilité et qui bénéficient de l'accès universel aux services ;
- S'assurer que les hôpitaux et les structures de proximité sont en mesure de prodiguer des soins d'urgence aux personnes qui utilisent des drogues en cas d'intoxication aiguë et de surdose. Pour chaque cas de surdose mortelle, on compte au moins 20 cas de surdose non mortelle ;
- Intensifier les interventions destinées à la prévention des surdoses, notamment dans le cas de l'usage d'opioïdes, en favorisant l'accès à la naloxone et la formation des premiers intervenants potentiels à la gestion des surdoses, et mettre en place des programmes de prévention dans les nombreuses sous-régions dans lesquelles il n'y en a pas encore. Les opioïdes sont responsables de la majeure partie des années de vie ajustées sur l'incapacité attribuées aux troubles liés à l'usage de drogues.

#### **4.4.1.3.2. Atténuation des risques**

L'un des principes essentiels du Programme de développement durable à l'horizon 2030 est de « veiller à ce que nul ne soit laissé pour compte » et de « s'efforcer d'aider les plus défavorisés en premier ». Les personnes en détention comptent parmi les groupes de la population les plus touchés par le problème de la drogue. Cette année, on trouvera dans le Rapport mondial sur les drogues une analyse poussée de l'usage de drogues et de ses conséquences délétères en milieu carcéral, selon laquelle les risques associés aux troubles liés à l'usage de drogues et aux troubles de la santé mentale, au VIH, à l'hépatite C et à la tuberculose sont plus élevés parmi la population carcérale que parmi le reste de la population. La prévalence des maladies infectieuses telles que le VIH, l'hépatite C et la tuberculose évolutive est également beaucoup plus élevée parmi la population carcérale, et plus particulièrement chez les personnes qui consomment des drogues injectables.

L'une des stratégies d'atténuation des risques associés à l'usage de drogues et de ses conséquences délétères consiste à promouvoir des alternatives à l'incarcération, comme le prévoient les conventions internationales relatives au contrôle des drogues, en donnant la possibilité aux personnes qui font usage de drogues et présentent des troubles connexes et qui ont eu affaire au système de justice pénale de bénéficier volontairement de services de traitement de la toxicomanie fondés sur des éléments factuels dans un cadre de vie normal.

Les personnes en détention ont droit à la santé et au bien-être au même titre que les autres. Dans les Règles Nelson Mandela, il est précisé que les détenus doivent recevoir des soins de santé de même qualité que ceux disponibles dans la société et que la continuité du traitement et des soins doit être assurée au moment de l'admission, du transfert et de la libération. La mise à disposition de l'ensemble complet de 15 interventions de base fondées sur des éléments factuels qui sont essentielles à la prévention et au traitement efficaces du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose en milieu carcéral doit être un élément fondamental des services de santé proposés aux personnes qui consomment des drogues dans ce type de structures fermées. De même, il ne faut pas oublier que la santé des personnes en détention a des incidences sur l'ensemble de la société, s'agissant en particulier des maladies infectieuses et des troubles mentaux, dans la mesure où presque tous les prisonniers rentrent chez eux un jour ou l'autre. L'amélioration des résultats sanitaires des personnes en détention participe à l'amélioration de la santé publique et à la réduction des inégalités de santé dans l'ensemble de la population.

#### **4.4.1.3.3. Paradoxe mondial du « trop » et du « pas assez »**

Les opioïdes pharmaceutiques sont essentiels à la prise en charge de la douleur et d'autres affections. Pourtant, une grande partie de la population mondiale n'a toujours qu'un accès restreint à ces médicaments du fait d'obstacles législatifs, réglementaires, administratifs et humains. Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues ont toujours visé à garantir l'accès aux substances placées sous contrôle à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement ou leur usage impropre. Si l'on veut appliquer l'esprit des conventions internationales relatives au contrôle des drogues, il faut lever les obstacles susceptibles de limiter la disponibilité des drogues placées sous contrôle et l'accès à celles-ci à des fins médicales. Des cadres législatifs et réglementaires et des directives cliniques répondant à des pratiques de prescription raisonnables peuvent aider à rendre les médicaments sur ordonnance, y compris les opioïdes pharmaceutiques, plus accessibles tout en réduisant le risque de détournement.

Toutefois, des pratiques de prescription irraisonnables, une promotion injustifiée et une disponibilité mal maîtrisée des médicaments délivrés sur ordonnance ont eu des conséquences négatives et leur usage non médical met en danger la santé publique et la santé individuelle dans de nombreuses régions du monde. L'usage non médical de médicaments sur ordonnance, en particulier des opioïdes pharmaceutiques, présente un dilemme pour les mécanismes de contrôle internationaux comme nationaux.

Comme on le voit dans l'analyse contenue dans le présent rapport, l'usage non médical de médicaments sur ordonnance est l'un des principaux aspects des modes de polyconsommation de drogues et des conséquences délétères de l'usage de drogues. Les gens détournent les médicaments sur ordonnance à des fins d'automédication, en particulier lorsque le système de santé est peu développé; pour accroître les effets de la principale substance utilisée ; pour contrer les effets secondaires de la drogue principale ; ou pour atténuer les effets indésirables et la sévérité des symptômes de sevrage.

Il est nécessaire d'approfondir les recherches afin de mieux comprendre la dynamique de l'usage non médical de médicaments sur ordonnance et de lutter efficacement contre, tout en faisant en sorte que les médicaments de base restent disponibles et accessibles. La principale difficulté consiste à trouver le juste équilibre entre un accès légitime aux médicaments sur ordonnance à des fins médicales et le risque que leur usage soit détourné. On peut citer l'exemple du tramadol, dont l'usage est très répandu dans le milieu médical mais qui constitue également une source de profits pour les groupes criminels d'Afrique centrale,



d’Afrique de l’Ouest, d’Afrique du Nord, du Proche-Orient, du Moyen-Orient et de sous-régions d’Asie du fait de la faible réglementation dont il fait l’objet. Le renforcement du contrôle du tramadol dans les pays d’origine et de destination des stocks aide à lutter contre le trafic de médicaments falsifiés. Des mesures de ce type ont récemment été instaurées en Inde afin que le tramadol soit placé sous contrôle en vertu de la loi de lutte contre les narcotiques et que les services de détection et de répression soient investis des pouvoirs officiels les autorisant à s’attaquer à la fabrication illicite et à la contrebande de la substance. Toutefois, ces mesures nationales s’appuient sur la coopération internationale, fondée sur le principe de la responsabilité partagée et commune.

#### **4.4.1.3.4. Répression comme solution**

Lorsqu’il y a une faille, elle sera exploitée à des fins criminelles. C’est pourquoi il est essentiel d’apporter des réponses équilibrées et globales grâce à des mesures de justice pénale axées sur la santé et fondées sur les droits. Les niveaux records atteints par la production de cocaïne et d’opiacés ces deux dernières années, ainsi que le marché toujours plus large pour les drogues synthétiques telles que le fentanyl fabriqué illicitement et ses analogues, exigent que les services de détection et de répression intensifient leurs efforts. La coopération internationale reste un moyen incontournable pour lutter efficacement contre le trafic de drogue. Par exemple, la Chine a adopté en mai 2019 une nouvelle loi en vertu de laquelle la plupart des analogues du fentanyl connus dans le monde sont placés sous contrôle.

Toutefois, les trafiquants de drogues pouvant remplacer les stocks de drogue perdus au prix de gros, il ne faut pas s’attendre à ce que les saisies désorganisent les marchés, sauf s’il s’agit de très grosses quantités. Si une saisie s’accompagne du démantèlement d’une organisation ayant une importante capacité d’écoulement sur le marché, on peut alors observer une corrélation entre les saisies et la variation des prix ainsi que les conséquences sur le marché de la drogue. Pour agir efficacement sur l’offre, les organismes de détection et de répression ne doivent plus mesurer leur succès aux quantités de drogue saisies mais plutôt au nombre d’organisations et de groupes criminels transnationaux organisés spécialisés dans le trafic de drogues qui ont été démantelés. Or, il faut pour cela recourir à des méthodes de plus en plus sophistiquées, développer une masse critique de connaissances de base et veiller à l’échange d’informations opérationnelles entre les organismes de détection et de répression et les unités spécialisées de différents pays. Par ailleurs, le modèle économique des groupes criminels organisés évolue, et ils se transforment en réseaux de plus en plus indépendants qu’il est difficile de contrer. C’est pourquoi il est nécessaire de renforcer la formation des

agents chargés de la détection et de la répression et d'investir dans les activités d'analyse afin de comprendre ces nouvelles tendances et de concevoir des opérations de lutte contre les stupéfiants qui soient efficaces. Ces activités auraient tout à gagner d'une coordination efficace entre les organismes nationaux, régionaux et internationaux.

#### **4.4.1.3.5. Surveillance des marchés du cannabis**

Bien qu'il soit encore prématuré d'évaluer les effets de la législation autorisant la consommation non médicale du cannabis au Canada, en Uruguay et dans certaines juridictions des États-Unis d'Amérique, il peut être utile de surveiller de près les premières tendances qui se dégagent. L'un des objectifs de la légalisation était d'empêcher les groupes criminels organisés de faire des profits avec le cannabis. Or, il existe toujours des marchés illicites de cannabis dans de nombreux États américains ayant autorisé son usage non médical et cette situation est particulièrement flagrante dans le Colorado et dans l'État de Washington qui ont été, en 2012, parmi les premiers à adopter des mesures visant à autoriser l'usage non médical du cannabis.

Autre conséquence de cette législation : les producteurs artisanaux de cannabis cèdent de plus en plus la place à des entreprises commerciales. Le marché du cannabis à usage non médical se développant rapidement, il est vraisemblable que l'évolution de la production de cannabis soit gouvernée et contrôlée par la recherche de profits plutôt que par des considérations de santé publique. Les techniques de commercialisation et l'existence d'une vaste gamme de produits à base de cannabis ayant une teneur en THC nettement supérieure à celle des produits que l'on trouvait il y a une vingtaine d'années dans les États autorisant l'usage non médical en sont un bon exemple.

Il faut également souligner qu'aux États-Unis, tous les États qui ont légalisé l'usage non médical du cannabis avaient dans un premier temps autorisé son usage médical. À l'exception d'un État, la décision a été soumise à un vote, tout d'abord s'agissant de l'usage médical, et ensuite de l'usage non médical. Le débat politique actuel et la couverture dont il fait l'objet dans les médias semblent avoir des incidences sur la perception de la dangerosité liée à l'usage du cannabis, en particulier chez les jeunes. On le voit par exemple à l'augmentation nette de l'usage du cannabis, qui est plus fréquent et abusif. Eu effet, alors que les personnes qui utilisent fréquemment et abusivement du cannabis ne représentent qu'une petite partie des usagers annuels, leur consommation représente la plus grosse partie des produits à base de cannabis du marché. Les travaux scientifiques existants laissent à penser que les personnes qui évoluent vers une utilisation quotidienne de cannabis présentent des

risques plus élevés de développer des troubles qui y sont liés, l'usage régulier et abusif de cannabis à forte teneur en THC ayant été identifié comme un facteur de risque de voir apparaître des problèmes de santé graves et chroniques, dont des troubles mentaux et des troubles liés à l'usage de cannabis.

Conséquence de la disponibilité de cannabis à forte teneur en THC, on a constaté que les demandes de traitement pour les troubles liés à l'usage de cannabis étaient en augmentation dans de nombreuses sous-régions. En plus des stratégies de prévention fondées sur des éléments factuels qui sont proposées dès le plus jeune âge, il est nécessaire de mieux faire prendre conscience aux jeunes des effets délétères de l'usage non médical du cannabis, que ce soit chez les personnes qui commencent à en consommer tôt ou chez les personnes qui en consomment depuis longtemps et fréquemment de grosses quantités.

Qui plus est, le débat public ne fait pas toujours bien la différence entre l'usage non médical du cannabis, y compris de fleurs de cannabis et d'autres concentrés à forte teneur en THC, et l'usage médical de produits à base de cannabis tels que le tétrahydrocannabinol (THC) et le CBD, qui se présentent souvent sous forme de préparations pharmaceutiques destinées au traitement et à la prise en charge de certains états pathologiques dont la douleur chronique, la sclérose en plaques et la spasticité, et les troubles du sommeil associés à la fibromyalgie et à la douleur chronique. Le CBD, un cannabinoïde non psychoactif qui est souvent présenté comme un produit procurant santé et bien-être, ne doit pas être confondu avec le THC, un cannabinoïde psychoactif très différent. Il serait souhaitable que les politiques, la législation et le débat public abordent ces questions très différentes avec une plus grande clarté.

#### **4.4.1.4. Nécessité de poursuivre les recherches**

La disponibilité, en 2019, de nouvelles données fiables sur l'ampleur de l'usage de drogues dans deux pays très peuplés, à savoir le Nigéria et l'Inde, a notablement amélioré les estimations relatives à l'usage de drogues sur le plan régional et mondial. Les estimations précédentes ont été revues en conséquence, ce qui s'est traduit par une augmentation de 50 % du nombre de consommateurs d'opioïdes dans le monde, et les mesures prises au niveau mondial afin de lutter contre les effets délétères de la consommation d'opioïdes et de renforcer les services visant à mettre fin à la crise mondiale liée à ces substances ont été adaptées. Cela vient nous rappeler également qu'il faut en permanence améliorer la qualité des données et des analyses alors que le débat public est souvent dominé par des considérations subjectives. Les problèmes mondiaux liés à la drogue sont complexes et

changeants, et on ne peut apporter les réponses qui conviennent sans une compréhension précise et évolutive. Il est donc nécessaire d'intensifier la collecte, la diffusion, l'analyse des données et les activités de recherche. Les parties prenantes nationales et internationales seront ainsi en mesure d'évaluer le problème de la drogue avec précision, d'orienter les débats sur les stratégies mondiales, d'appliquer le programme de coopération internationale et d'apporter un appui là où il est nécessaire.

Le système international de collecte des données doit être mis à jour afin de rendre compte de l'évolution à la fois de l'usage des drogues et de l'offre de substances placées sous contrôle. La surveillance des modes d'action des trafiquants de drogue et des itinéraires qu'ils empruntent doit permettre de mieux comprendre la dynamique et les systèmes d'incitations propres au trafic de drogues, et notamment la complexité et la variabilité de tous ses aspects. La dynamique de la récente crise des opioïdes en Amérique du Nord, que l'on commence à cerner, montre qu'il faut s'attaquer à la fois au trafic sophistiqué de gros envois placés dans des conteneurs et à l'envoi illégal par la poste de petits paquets contenant des nouvelles substances psychotropes et des opioïdes synthétiques (analogues du fentanyl). Certains utilisateurs achètent leurs produits directement en ligne ou sur le darknet, ce qui pose des difficultés supplémentaires. Ce paysage en constante évolution n'a rien à voir avec la situation observée il y a 20 ans, lorsque les substances, pour la plupart des produits psychoactifs, faisaient l'objet d'un trafic transfrontière.

La baisse du trafic d'opiacés le long de la route du Nord, à un moment où la production afghane d'opiacés est à son maximum, montre également que la dynamique actuelle du marché exige que l'on s'y intéresse. On peut expliquer la diminution des quantités d'opiacés saisies le long de la route du Nord par une évolution des incitations et des risques se traduisant par un éventuel déplacement vers d'autres routes. Il est également possible que la demande d'opiacés le long de la route du Nord ait baissé et que les utilisateurs se soient tournés vers d'autres drogues, dont des opioïdes synthétiques, que la coopération régionale ait fonctionné et que les autorités nationales arrivent de mieux en mieux à empêcher le trafic d'opiacés.

Pour s'opposer plus efficacement à la fabrication illicite et au trafic d'opioïdes synthétiques (fentanyl et analogues) et d'autres nouvelles substances psychoactives, il faut également renforcer les capacités nationales de suivi et de recherche, non seulement en augmentant les moyens criminalistiques mais également en repérant et en signalant l'apparition de nouvelles substances psychoactives.

L'évolution de la situation s'agissant de l'usage non médical du cannabis et le développement du marché de cette substance a montré qu'il fallait approfondir les recherches et disposer de données plus cohérentes. Dans les pays dans lesquels la législation autorise l'usage non médical du cannabis, les données manquent concernant les différents produits fabriqués à base de cannabis, leur puissance, leurs effets sur la santé et leur utilisation, y compris à des fins médicales, et il est difficile pour les décideurs, les compagnies pharmaceutiques et les utilisateurs potentiels d'en mesurer les incidences en termes de santé publique.

Grâce à une meilleure qualité et à une meilleure couverture des données sur les indicateurs relatifs à l'utilisation des drogues et à ses effets sur la santé (en particulier des estimations concernant les pays les plus peuplés) ainsi qu'à des indicateurs relatifs à l'offre, il sera possible d'approfondir l'analyse, de présenter des éléments factuels plus précis dans le Rapport mondial sur les drogues et de mieux éclairer le débat politique mondial. Pour cela, il faut favoriser la coopération entre les différentes parties prenantes internationales et régionales dans les domaines de la collecte des données, de l'établissement des rapports et de la recherche. Il faut également encourager les initiatives visant à renforcer les capacités des États Membres afin d'améliorer la qualité et la couverture géographique des données nationales et de réaliser des recherches opérationnelles sur les marchés de la drogue.

En définitive, le Rapport mondial sur les drogues 2019 aide à mieux comprendre le problème mondial de la drogue et permet à la communauté internationale de prendre des mesures éclairées. Grâce à la collaboration et à une orientation ciblée de l'attention et des ressources, l'on peut aider les personnes à bénéficier des services dont elles ont besoin sans discrimination, promouvoir la sécurité et traduire les délinquants en justice, protéger la santé et atteindre les objectifs de développement durable.

#### **4.4.2. Afrique trafics de drogues**

Des acteurs importants sur la scène mondiale tels que la Banque mondiale parlent de l'Afrique comme d'un tout uniforme. Ce tout serait menacé par le trafic de drogue et la consommation. Toutefois, le continent africain comprend plusieurs régions qui se distinguent par des climats, traditions et coutumes différentes. La question des drogues s'y décline différemment selon les régions. D'ailleurs, les éléments sociaux, économiques et politiques peuvent aider à comprendre pourquoi certaines régions ou pays développent des industries illégales alors que d'autres ne le font pas, ou le font à des moments différents (Thoumi, 2003). Ici il s'agira d'examiner ces différences quantitatives et qualitatives en les remettant en

contexte. Trois régions d'Afrique sont examinées. Nous abordons le cas de l'Afrique de l'Ouest, de l'Afrique orientale et de l'Afrique du Nord.

L'ONUDC (2014) regroupe le continent africain en quatre régions, soit l'Afrique du Nord, l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale. Cette organisation définit l'Afrique de l'Ouest comme regroupant les pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo. La communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest circonscrit la région qu'elle dessert de la même manière (CEDEAO, 2015). L'Afrique orientale est moins clairement définie mais regroupe généralement les pays qui sont situés à proximité de l'océan Indien. Par exemple, La Communauté d'Afrique de l'Est regroupe le Burundi, le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda et la Tanzanie. Nous adoptons une approche un peu moins restrictive, qui est aussi celle de l'ONU. Selon cet organisme, la partie orientale du continent africain s'étend de la mer Rouge jusqu'à l'Afrique du Sud inclusivement. En ce qui concerne l'Afrique du Nord, elle serait composée essentiellement des cinq pays se situant au nord du Sahara, soit le Maroc, l'Algérie, la Tunisie, la Libye et l'Égypte (ONUDC, 2014).

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), instance chargée de surveiller la mise en œuvre des conventions onusiennes relatives au contrôle des drogues, dans son rapport annuel présenté en mars 2020 à Londres. Un constat inquiétant se dégage : le trafic et la consommation de substances illicites s'accroissent partout dans le monde et les gouvernements peinent toujours à trouver des solutions pérennes à ce problème.

En Afrique, selon le rapport de l'OICS, les conflits dans différentes sous-régions, comme le Sahel et l'Afrique de l'Est, ont favorisé l'augmentation du trafic et la consommation de plus en plus courante des drogues illicites. Selon ce rapport, l'abus de stimulants de type amphétamine (ecstasy notamment) augmente en Afrique et leur production aussi. C'est le cas en Afrique du Sud, au Nigeria et au Kenya « *même si l'on ne dispose pas de données complètes et factuelles pour tous les pays de la région* », souligne le document.

Les racines historiques de l'Afrique seraient celles d'un vaste marché (Martin, 2009). En 2013, la Banque mondiale présentait l'Afrique comme étant composée d'États et de bureaucraties plus étouffeurs que protecteurs en matière de commerce légal. Selon la Banque mondiale, les entrepreneurs ne pourraient librement y faire prospérer leurs affaires et ainsi produire le développement économique légal de leur nation. Par exemple, en Afrique subsaharienne, lancer une entreprise officiellement coûterait 100 % du revenu annuel de

l'entreprise (Banque mondiale, 2013). Pour se conformer à cette règle, la plupart des entreprises ne pourrait pas survivre à leur première année de vie. Pour contrer cette problématique, les entrepreneurs sont forcés d'évoluer sur les marchés illégaux. Prise dans une spirale, l'informalité ainsi obligée empêcherait le développement économique légal tout en suivant les routes de commerce légales. En effet, si le développement d'une région peut se mesurer aux exportations de marchandises et à l'offre de services, dans le cas africain, ces secteurs ne représentent que 3 % du total au niveau mondial (Coussy, 2003). Selon Affinnig (2002), le commerce illégal de drogues serait quant à lui fondé sur le même système capitaliste global basé sur les innovations technologiques et sur les processus entrepreneuriaux.

En d'autres termes, le faible taux de développement économique légal en Afrique laisse la place à un autre type de marché. Les marchés illégaux y seraient florissants et leur mondialisation également (El Moussaoui, 2013). Selon Antil (2009), la question des trafics illégaux (d'esclaves, de diamants, etc.) n'est pas nouvelle dans la zone, et elle doit être replacée dans les contextes politiques et économiques de la région. Il reste que selon le Rapport mondial sur les drogues (2013), l'Afrique serait de plus en plus vulnérable au trafic de drogue et au crime organisé, entres autres parce que de nouvelles routes illégales se sont établies sur le continent soutenue par la production et la consommation de substances illégales. Cela exacerbe l'instabilité politique et économique de plusieurs pays d'Afrique.

Certains auteurs accusent la présence d'organisations criminelles, la forte urbanisation ainsi que la diffusion d'une culture hédoniste comme autres facteurs qui auraient contribué à la création et au développement d'un marché africain de la drogue (Agenzia Fides, 2007).

#### **4.4.2.1. Les drogues consommées en Afrique**

Un regard sur la problématique mondiale du trafic de drogue en augmentation, porte, dans un premier temps, à catégoriser l'Afrique comme étant un lieu de transit et un marché résiduel pour les drogues comme la cocaïne et l'héroïne (Sun Wyler et Cook, 2009). Dans un deuxième temps, la principale production locale de stupéfiants est celle du cannabis (Commission ouest-africaine sur les drogues, 2013). L'Afrique représente 27 % de la production mondiale de cannabis et les principaux producteurs sont le Maroc (3,700 tonnes), l'Afrique du Sud (2,200 tonnes) et le Nigéria (2,000 tonnes) (ONUDD, 2003). Jusqu'au début des années 1990, l'Afrique toute entière semblait relativement en marge des routes transnationales de drogue (Affinnih, 2002). En 1990, 16 % du total mondial des saisies de

cannabis avait lieu en Afrique, mais cette donnée a atteint 20 % en 2002, puis 31 % en 2004. L'augmentation des saisies de cannabis en Afrique s'expliquerait surtout par l'accroissement des contrôles de police et de douanes effectués par le Nigéria et l'Afrique du Sud (ONUDD, 2004).

Le point tournant semble se situer en 1993 en ce qui a trait aux autres drogues. En effet, c'est à ce moment que la première saisie de 300 kg d'héroïne provenant de la Thaïlande est effectuée au Nigéria. Depuis, l'Afrique de l'Ouest est de plus en plus impliquée dans le trafic de drogues. Un changement structurel voit le jour : les petits contrebandiers existants sont remplacés par des membres de gangs africains, notamment nigériens, qui transigent avec des organisations analogues sur d'autres continents (ex. : gangs mexicains et colombiens pour le trafic de cocaïne) (Perras, 2009).

Tullis (1991) et Williams (1994) ont déjà documenté des alliances entre les organisations criminelles nigériennes, la mafia mexicaine et les réseaux de trafic asiatiques. Par exemple, dans le cas de la cocaïne, un rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants de 2001 affirmait que les cartels de la drogue de l'Afrique occidentale avaient trouvé de nouveaux contacts en Amérique latine pour ainsi étendre le trafic de la cocaïne à toute la région de l'Afrique subsaharienne. Quelques années plus tard, il est documenté qu'ils ont réussi à faire passer leur trafic par des pays de l'Afrique de l'Est tels que le Kenya, et ce, en utilisant leurs contacts dans le domaine du haschich et de l'héroïne (Beckerleg, Telfer et Lewando Hundt, 2005). Il s'agit d'un tournant important dans la stratégie du trafic de narcotiques mondial, qui voit l'Afrique occidentale, puis l'Afrique de l'Est, devenir des régions pivot pour la distribution de différentes drogues dans d'autres régions (Agenzia FIDES, 2007). Pendant ce temps, l'Afrique du Nord, plus spécifiquement le Maroc et à plus petite échelle l'Algérie, continuent leur trafic axé principalement sur le cannabis.

Le continent Afrique fait l'objet de préoccupations (ONUDD, 2014) sur plusieurs plans et le contexte de la mondialisation contribue au déplacement de certaines de ces problématiques vers et dans cette zone. Toutefois, certaines régions documentent mieux l'évolution du marché de drogues. L'Afrique de l'Ouest détient de meilleurs moyens pour suivre l'évolution de la problématique et y faire face, que les deux autres régions étudiées ici. En effet, peu de statistiques sont disponibles sur ces deux dernières régions, probablement car les problématiques sont plus récentes. Il est donc difficile d'avoir un portrait plus précis du problème pour le moment.



Il est possible de dire qu'une importante proportion du trafic passe désormais par l'Afrique. Les routes illégales comportent maintenant plus souvent un arrêt par au moins un pays d'Afrique. Par exemple, des drogues produites en Amérique du Sud peuvent se rendre en Europe par le biais de l'Afrique, et vice versa. L'inclusion des pays d'Afrique dans le trafic illégal de substances psychoactives a eu pour effet de maintenir l'internationalisation de ce trafic. Toutefois, ce passage par le continent africain a des effets pervers pour sa population. En Afrique orientale, le trafic et la consommation de cocaïne et d'héroïne semblent être en pleine expansion. L'Afrique de l'Ouest a également subi ces augmentations. Le polytrafic et la polyconsommation sont désormais importants. L'Afrique du Nord est encore relativement peu touchée, mais les problématiques liées aux drogues illégales semblent être en augmentation.

Le commerce illégal de drogues sur le continent africain met à profit les avantages offerts par la mondialisation. En effet, l'Afrique est désormais un point de transit de plus en plus important pour les organisations de trafic de narcotiques illégaux. Certains accusent le manque d'efficacité des services de police africains (Julien, 2011 ; OICS, 2014), ainsi que la relativement récente prise de conscience du problème de la part des organismes locaux et internationaux. On peut supposer que l'ampleur des saisies de drogue en Afrique ne correspond pas à l'envergure réelle des charges de drogues qui transitent par le continent. Bien que l'Afrique ne soit pas le seul point de passage de la drogue provenant de l'Amérique latine et de l'Asie vers l'Europe et l'Amérique du Nord, elle est vraisemblablement devenue un marché non négligeable pour les réseaux de trafiquants de narcotiques.

Au-delà des informations sus évoquées, « *Il y a très peu d'informations disponibles quant à la production, la fabrication ou la consommation de stupéfiants en Afrique* », indique le Belge Raymond Yans, membre de l'OICS et ancien président de cette instance. Mais l'expert indique que le cannabis est de loin le produit le plus consommé. Les plus grosses saisies de résine de cannabis ont été signalées en Algérie (de 53 tonnes en 2011 à 137 tonnes en 2012) et au Maroc (de 126 tonnes en 2011 à 137 tonnes en 2012). En 2013, les autorités égyptiennes ont indiqué avoir saisi 212 tonnes d'herbe de cannabis, ajoute le rapport de l'OICS.

En plus du cannabis, présent majoritairement en Afrique du Nord, d'autres stupéfiants comme la cocaïne et l'héroïne sont aussi consommés. En Egypte, 260 kg d'héroïne ont été saisis en 2013. L'usage croissant de drogues de synthèse est également observé en Afrique du

Sud et au Kenya. « *Seuls onze pays africains ont signalé l'apparition de nouvelles substances psychoactives entre 2008 et 2013* », tempère l'OICS.

#### **4.4.2.2. Usagers de la drogue**

*« Les jeunes sont les plus gros consommateurs, note Raymond Yans, de l'OICS. En 2014, le Cameroun a indiqué qu'en moyenne 5 000 à 6 000 patients étaient traités dans la capitale chaque année pour des maladies liées à l'abus de stupéfiants et de psychotropes, et que 75 % à 80 % de ces hospitalisations concernaient des personnes âgées de 15 à 39 ans ».*

L'expert estime que le même profil se dégage dans de nombreux pays. Au Bénin, un pays dont la moyenne d'âge est de 22 ans, 45 % des usagers de drogues sont des jeunes. Raymond Yans considère que ces chiffres sont en deçà de la réalité, dans la mesure où de nombreux pays ne disposent pas de moyens logistiques suffisants ni de structures spécialisées dans le traitement et le suivi de la toxicomanie.

#### **4.4.2.3. Economie de la Drogue**

Selon une étude de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD) que l'OICS reprend dans son rapport, la consommation de cocaïne, rien qu'au Kenya et en Tanzanie, aurait généré près de 160 millions de dollars en 2014. « *Cela montre que l'Afrique n'est plus seulement une zone de transit mais un marché important pour la consommation* », analyse Raymond Yans, l'un des auteurs du rapport. La cocaïne qui transite de l'Afrique vers l'Europe est estimée à 1 milliard de dollars, toujours selon l'ONUDD.

#### **4.4.2.4. Solutions préconisées**

Dans son rapport, l'OICS recense de nombreux facteurs qui, selon elle, concourent à l'usage et au trafic de drogues illicites : pauvreté, insécurité alimentaire, disparités économiques ou encore exclusion sociale.

*« Les Etats doivent prendre en compte tous ces éléments, s'ils veulent réellement s'attaquer au phénomène, affirme Raymond Yans. L'approche équilibrée que nous prônons consiste à mettre en place des outils de prévention et de sensibilisation et de veiller à l'application de la loi. »*

#### **4.4.3. Consommation des drogues au Cameroun**

Le Comité national de lutte contre la drogue (CNLD) vient de rendre public des statistiques sur la consommation des produits illicites au Cameroun. Selon ces données, 21%

de la population camerounaise a déjà expérimenté une drogue dure, 10% sont des usagers réguliers dont 60% de jeunes âgés de 20 à 25 ans.

Les principales substances primaires les plus demandées au Cameroun sont : le cannabis (58,54%) très souvent associé au tabac, le tramadol (44,62%) et la cocaïne (12,10%). Le reste des consommations est constitué des préparations traditionnelles de fortune pour un niveau de consommation de 7,59%, les solvants (7,36%) et l'héroïne consommée à 5,70% des cas.

Le Cnld précise que plus de 12 000 jeunes âgés de moins de 15 ans sont concernés par l'usage des produits stupéfiants et des produits psychotropes dans le pays.

*« Au regard de nombreuses saisies de cocaïnes, d'héroïne, d'amphétamines et de médicaments psychotropes enregistrées ces dernières années, le Cameroun jadis considéré par les Nations Unies comme un pays de transit, se trouve actuellement être un pays de destination des drogues. », s'inquiète le Cnld.*

### **4.3. TOXICOMANIE ET CULTURE**

Sachant qu'il n'y pas de culture sans drogue(s), les anthropologues se sont de longue date intéressés à la consommation de substances psychoactives dans les différents types de sociétés, traditionnelles comme industrielles. Ils estiment, à tort ou à raison, que les problématiques qui les sous-tendent pourraient aider à comprendre l'essor des toxicomanies dans notre culture.

H. B.M. Murphy avait, en 1987, posé le cadre général de la question :

*« Bien qu'il soit généralement acquis que la toxicomanie résulte de la rencontre entre la possibilité de se procurer de la drogue et une attirance personnelle – ce qui rejoint l'aphorisme fameux de Claude Olivenstein, pour qui elle naît de la rencontre entre un produit, un sujet et un moment socio-culturel –, il existe de nombreuses sociétés dans lesquelles les drogues sont disponibles et dont les membres sont ni plus ni moins équilibrés qu'ailleurs, mais dans lesquelles l'abus des drogues présentes sur le marché est rare.... Les facteurs socio-culturels doivent donc être considérés comme jouant un rôle important dans la répartition mondiale de l'usage et de l'abus des drogues et, parmi les variables repérables, celles d'essence culturelle sont plus importantes que celles purement sociales ».*

Un certain nombre de données semblent pouvoir être considérées comme acquises. Elles concernent essentiellement le but recherché à travers la consommation du produit et le choix de celui-ci.

La plupart des toxicomanies actuelles ont une origine ancienne et ont été d'abord des moyens utilisés pour obtenir soit une "intoxication religieuse" dans les sociétés naguère qualifiées de primitives (kawa, haschich, peyotl, boissons fermentées et même le tabac dans une secte brésilienne et certaines tribus indiennes d'Amérique du Nord), soit des "ivresses divines" chez les peuples indo-européens (soma des Hindous, ivresse dionysiaque).

Il en va ainsi du peyotl, utilisé au Mexique depuis des temps immémoriaux et, aujourd'hui encore, dans la religion qui porte son nom, chez certaines tribus amérindiennes. L'ethnologue Mario Benzi (1972) l'a étudiée chez les Huichols en Amérique du Nord. Le peyotl est utilisé comme produit sacré et son principe actif, la mescaline, drogue hallucinogène, est censée procurer une expérience communautaire et religieuse d'où l'on sort spirituellement édifié. L'important est que la drogue n'est pas consommée de façon habituelle en dehors des cérémonies rituelles et que son utilisation est étroitement contrôlée par les chamans de la tribu. C'est une des raisons qui a permis à la législation américaine, en 1964, de considérer le culte du peyotl comme une religion et non comme une toxicomanie. C'est aussi classiquement le cas, au Proche-Orient, du cannabis chez les « *haschischins* », adeptes nizârites de la secte des Ismaéliens, en Syrie. L'histoire plus ou moins légendaire du « *Vieux de la montagne* », a permis à l'orientaliste Sylvestre de Sacy, au XIXe siècle, d'en faire l'étymologie du mot « *Assassin* » et de le transformer en herbe du crime, alors que son usage initial était bien de l'ordre du sacré.

Au XVe siècle, le cheikh soufi Haider en fera une drogue réservée aux fakirs, considérées comme une faveur divine : « *Les vertus de cette plante dissiperont les soucis qui obscurcissent vos âmes et dégageront vos esprits de tout ce qui peut en ternir l'éclat* » Hamza M. (1995). Le cannabis sera répandu dans le monde musulman au niveau des confréries qui en feront usage dans un but religieux ou thérapeutique pour accélérer les états extatiques et produire la transe : c'est ainsi qu'en Turquie, les derviches tourneurs absorbent, avant les répétitions des noms divins, un mélange de haschich et de yaourt. Ce qui apparaît ici, au premier chef, est l'usage religieux et limité initial de bon nombre de drogues, renvoyant au fait que la religion possède de fonction régulatrice, apparaissant, selon une expression utilisée par Gérard Pommier, comme « *une machine à ordonner la jouissance* ».

Toutefois, la majorité des produits ont été désacralisés. Ils se sont, en quelque sorte, laïcisés, passant dans le domaine des habitudes sociales, souvent utilisés pour « *soulager la misère et la faim, et rendre la vie un peu moins intolérable* » Ellenberger HF (1978). C'est le cas par exemple de la mastication de la feuille de coca au Pérou et en Bolivie. Par ailleurs, les facteurs culturels se rapportant aux croyances et aux rites associés à la consommation de ces produits renvoient aux mythes de la culture d'appartenance. L'action du toxique semble dépendre alors de facteurs aussi divers que le style de consommation ou même, dans certains cas, d'un effet placebo qui rend souvent difficile de distinguer, dans son activité, ce qui revient à la psychopharmacologie et ce qui procède d'une autosuggestion collective dictée par les croyances : ce pourrait être le cas, par exemple, du produit de la secte du tabac (Brésil, etc.).

## **Cadre méthodologique et opératoire**

## CHAPITRE 5 : METHDOLOGIE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre il sera pour nous question d'expliquer la demarche méthodologique, le choix de la population de l'étude, du contexte dans lequel nous l'avons rencontré, et les outils utilisés pour éprouver notre hypothèse. Nous articulerons ce chapitre autour des points suivants : population et le contexte de l'étude ; centres d'intérêts de l'étude ; instruments de l'étude : l'entretien ; demarche explicite du travail de recherche ; proces verbaux de la rencontre et l'interpretation des resultats ; rappel de la question de recherche et description de l'hypothese generale.

### 5.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DESCRIPTION DE L'HYPOTHESE GENERALE

#### 5.1.1. Rappel de la question de recherche

Nous avons déduit de notre problème une question de recherche qui a été formulée comme suit :

**QR** : « L'implication de la famille de l'adolescent toxicomane a-t-elle une incidence positive sur l'efficacité thérapeutique ? »

La question qui est ainsi posée, a pour visée la saisie de l'impact de l'implication de la famille de l'adolescent toxicomane dans l'efficacité thérapeutique pendant le traitement de celui-ci.

#### 5.1.2. Hypothèse générale de l'étude

##### 5.1.2.1. Formulation de l'hypothèse générale (HG)

A notre question de recherche, nous avons répondu en faisant une hypothèse générale qui est la suivante :

**HG** : « l'implication de la famille de l'adolescent toxicomane, à une incidence positive sur l'efficacité thérapeutique»

##### 5.1.2.2. Description de l'hypothèse générale

**Variable indépendante (VI)** : famille de l'adolescent toxicomane

## **Modalités de la VI :**

**Modalité 1** : parents de l'adolescent toxicomane

### **Indicateurs :**

- rencontre avec les membres de la famille de l'adolescent toxicomane
- rencontre avec l'adolescent toxicomane
- rencontre avec l'adolescent toxicomane et sa famille

### **Indices :**

- procès-verbal de rencontre avec les membres de la famille de l'adolescent toxicomane
- procès-verbal de rencontre avec l'adolescent toxicomane
- procès-verbal de rencontre avec l'adolescent toxicomane et sa famille

**Modalité 2** : fratrie, cousins, tantes et oncles de l'adolescent

### **Indicateurs :**

- rencontre avec les membres de la famille de l'adolescent toxicomane
- rencontre avec l'adolescent toxicomane
- rencontre avec l'adolescent toxicomane et sa famille

### **Indices :**

- -procès-verbal de rencontre avec les membres de la famille de l'adolescent toxicomane
- procès-verbal de rencontre avec l'adolescent toxicomane
- procès-verbal de rencontre avec l'adolescent toxicomane et sa famille

**Variable dépendante (VD)** : Efficacité thérapeutique

## **Modalités de la VD :**

**Modalité 1** : décrochage aux substances psychoactives

### **Indicateurs :**

- participation active aux rencontres (fiches de suivi)
- réduction de la consommation des substances psychoactives (bulletin d'examen)
- diminution des comportements liés aux effets des substances psychoactives (déclaration des membres de la famille)

### **Indices :**

- verbalisation des ressentiments



- participation à la vie sociale et familiale
- reprise comportement non liés aux attitudes de toxicomane

**Modalité 2** : observance thérapeutique de l'adolescent

**Indicateurs** :

- participation active aux rencontres (fiches de suivi)
- reprise des activités quotidienne familiale et sociales (déclaration de membres de la famille)
- personnalité plus stable (déclaration des membres de la famille)

**Indices** :

- verbalisation des ressentiments
- information et sensibilisation à l'observance thérapeutique de l'adolescent
- diminution des actes répréhensibles liés aux effets de la consommation des stupéfiants

### 5.1.2.3. Structure logique de l'hypothèse générale

Le tableau ci-dessous montre la structure logique de notre hypothèse générale après description :

*Tableau 02. Tableau factoriel de l'hypothèse générale*

Variable Indépendante (VI)		Variable Dépendante (VD)
parents de l'adolescent toxicomane		observance thérapeutique de l'adolescent
fratrie de l'adolescent		Décrochage aux substances psychoactives

### 5.1.3. Hypothèses de recherche de l'étude

Nous avons dégagé deux hypothèses de recherche de la description de notre hypothèse générale qui sont les suivantes :

**HR 1** : les parents de l'adolescent toxicomane influencent le décrochage de l'adolescent aux substances psychoactives.

**HR 2** : l'implication de la famille de l'adolescent toxicomane améliore l'efficacité thérapeutique.

## **5.2. CENTRES D'INTERETS DE L'ETUDE**

Les centres d'intérêts sont les points de cristallisation sur lesquels notre attention doit être portée à chaque instant de notre travail, afin de rester congruent avec nous-même. Dans cette étude, nos centres d'intérêts sont les suivants :

Famille et familialisme : définitions, biologique, anthropologique, sociologique, psychologique et juridique de la famille ;

Fondements de la famille comme fait psychobiologique et psychosocial : aspects biologique de la famille et de la parenté (en éthologie et organisation psychosexuelle et psycho familiale) ;

Familialisme en psychopathologie (les approches jungiennes, les approches psychanalytiques : ontologie, imagos, complexes, le rôle de la famille), la famille et la formation du sens de la communauté chez Alfred Adler) ; les contributions psychosociologiques)

Famille et la pathologie : les contributions de la famille à la pathologie : \*comment dans le cas des maladies mentales la vie antérieure de la famille a-t-elle pu contribuer à l'installation dans la maladie chez le sujet ?

Problématique des troubles dits familiaux (psychoses familiales, névroses familiales)

Toxicomanie (définitions, décrire les processus de toxicomanies d'un point de vue biologique et selon des positions médicales et psychiatriques, etc.), parler de la toxicomanie dans le monde et en Afrique, des approches politico-administratives et cliniques pour l'éradiquer (leurs succès et leurs échecs) ; la toxicomanie dans la culture : données historiques et littéraires

## **5.3. INSTRUMENTS DE L'ETUDE : L'ENTRETIEN**

Dans le cadre de notre travail, l'entretien est la technique que nous avons déployée pour la collecte de nos données.

### **5.3.1. Définition**

L'entretien clinique est une situation de communication particulière entre un psychopathologue clinicien et un patient, en ce sens qu'elle s'établit sur un mode inhabituel. Ce mode de communication dépendra de la théorie (non-directivité, psychanalyse, etc.) choisie par le professionnel, du praticien lui-même, et du patient. D'une façon plus large, on peut aussi définir l'entretien comme étant une interaction, essentiellement verbale, entre deux

personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé (plus ou moins formellement). C'est notamment cette caractéristique qui différencie l'entretien d'une discussion banale ou d'un échange à bâtons rompus.

Ainsi, l'entretien vise, par exemple, à rechercher de l'information (enquête, investigation, recherche scientifique), à aider ou orienter autrui (orientation, formation, pédagogie), à soigner ou accompagner une personne (entretien à visée thérapeutique). Dans les domaines de l'éducation et de la formation, l'entretien est une technique fréquemment utilisée avec des objectifs divers. Par exemple :

- l'entretien d'explicitation est une technique de questionnement permettant la verbalisation de l'action et des difficultés éventuelles rencontrées par un élève (apprenant) lors de la réalisation d'une tâche ou de la résolution d'un problème ;
- l'entretien d'aide vise à faciliter, chez le demandeur, la compréhension, voire la résolution, de sa difficulté rencontrée et évoquée. Ainsi, ce type d'entretien peut contribuer à un changement personnel d'ordre éducatif ou thérapeutique.

### **5.3.2. Les types d'entretiens**

Nous insisterons sur l'entretien directif, sur l'entretien semi-directif et sur l'entretien « *centré sur le client* » de Carl Rogers.

#### **5.3.2.1. L'entretien directif**

Proche du questionnaire. Protocole de questions ouvertes, mais les réponses restent libres dans leur contenu ainsi que dans leur forme. Ce n'est jamais un questionnaire rigide et fermé au sens strict. Le psychologue sait où il veut arriver. Il pose des questions au patient qui le mèneront jusqu'au but initialement connu ! Par exemple : un psychologue connaît les symptômes d'une anorexique, s'il se retrouve avec une patiente « anorexique » il va alors directement lui poser des questions sur sa vision de la nourriture, sur ses relations avec ses parents, etc.

#### **5.3.2.2. L'entretien semi-directif**

L'entretien semi-directif est centré sur le sujet. Le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions. Il fait quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vient de dire : hochements de tête, acquiescements, répétition des fins de phrases du sujet... Les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas où les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale

(question ouverte). Le clinicien interrompt peu le sujet, il « le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé » (Bénony & Charhaoui, 1999, p.16).

L'interviewer détermine avant l'entretien un certain nombre de thèmes ou de questions à explorer (un guide d'entretien). Puis, au cours de l'entretien, il veille à ce que l'ensemble des points soient abordés par l'interviewé et à son gré c'est-à-dire dans un ordre qui peut être différent de celui prévu par l'interviewer. Si l'interviewer s'aperçoit (notamment vers la fin du temps prévu pour l'entretien) que des points ne sont pas abordés spontanément par l'interviewé, il peut alors intervenir directement par une question ouverte pour obtenir l'expression désirée.

Au cours de ce type d'entretien et durant l'exploration de chaque thème ou question, l'attitude de l'Interviewer reste la plus "non-directive" possible (c'est-à-dire interventions de type écoute empathique, reformulation, ou éventuellement question ouverte pour faciliter l'expression sans pour autant suggérer des pistes de réponse ou manifester un quelconque jugement).

### **5.3.2.3. L'entretien non-directif**

Encore appelé plus justement « *entretien centré sur la personne* » en référence à celui qui a défini la théorie, la méthode et les techniques de ce type d'entretien, à savoir le psychologue américain Carl Rogers. L'interviewer laisse la personne libre de choisir les thèmes à aborder et adopte une attitude d'empathie (essayer de comprendre l'autre « *comme si* » on était à sa place... sans oublier toutefois qu'on ne l'est jamais vraiment...). Ce qui ne signifie pas approuver (ce n'est pas de la sympathie) mais désir et volonté de comprendre (pas seulement rationnellement mais aussi affectivement ou émotionnellement) la personne qui est en face de nous. Dès lors toutes les attitudes et les interventions de l'interviewer reflètent la volonté authentique d'écouter, de saisir et de comprendre dans leur vérité immédiate et directe les paroles et les silences de l'interviewé : reprise ou répétition d'un mot ou d'une expression pour relancer et approfondir l'expression, proposition de reformulation de ce qui a été dit (.. ou non-dit), bref résumé, etc. Le but est toujours d'aider la personne à exprimer, au maximum et en la respectant totalement, tout ce qu'elle peut dire et ressentir à propos de ce qui fait l'objet de l'entretien. Dans cette perspective « *non-directive* » il y a un profond respect par rapport à ce qu'exprime la personne, sans aucune manifestation de jugement, d'autorité, d'influence ou d'interprétation.

L'entretien non-directif est utilisé par les psychologues cliniciens mais aussi par de nombreux autres professionnels dans des contextes différents : orientation, recrutement, études de motivation, études sur les représentations, campagnes publicitaires, etc. Une solide formation et une expérience personnelle et technique sont requises avant d'être qualifié pour mener des entretiens dits « *non-directifs* ».

L'entretien non directif crée une situation de communication qui est surprenante pour l'interviewé : il commence à la demande du chercheur par une question et crée chez l'interviewé des attentes d'une interaction. Au lieu d'un dialogue, il se retrouve seul. Il doit faire face au flou des interventions qu'il cherche à interpréter de différentes manières. Ces caractéristiques de l'entretien non directif ont engendré plusieurs critiques, d'inspiration positiviste : il est question de manque de neutralité, d'artificialité du discours produit (i.e. Bourdieu, Chamboredon et Passeron 1983), et de manque d'objectivité. Au contraire, l'entretien non directif constitue pour nous un modèle générique d'interactions grâce à sa structure flexible qui permet à l'interviewé de se l'approprier.

Nous adopterons une approche dialogique qui nous servira de guide afin d'expliquer pourquoi l'absence de questions incite la participation active de l'interviewé. Celui-ci finit en effet par se servir de la situation malléable de l'entretien pour miroiter une série de dialogues entre des « soi » individuels et collectifs, concernant la question posée. Nous commencerons par la présentation de notre approche pour l'entretien non directif qui s'inscrit dans une épistémologie plus générale des recherches qualitatives et co-constructivistes en psychologie sociale (Moscovici, 1984 ; Markova, 2003) et culturelle (Valsiner, 2000). Elle s'appuie sur le regard ternaire que propose Moscovici (1984) et dont Markova souligne le caractère dialogique. Markova développe davantage la perspective dialogique en puisant chez Bakhtin (1981) la notion selon laquelle chaque personne construit le monde dans les termes des « autres » et voit son existence entière orientée vers le langage et les univers d'autrui. L'aspect « carnavalesque » de la pensée sociale est accentué. En nous inspirant du côté « carnavalesque » de la pensée sociale (Bakhtin, 1981 ; Markova, 2003) et aussi de l'interactionnisme symbolique (Mead, 1963 ; Goffman, 1973) avec ses applications pour l'entretien en sciences sociales (Berg, 2006), nous mettons en valeur le côté théâtral de la situation de l'entretien non directif. Nous faisons ainsi le lien avec des analyses théoriques du théâtre contemporain (Lehmann, 2002). Le spectacle solo qui trouve un essor particulier à partir de la fin du 20ème siècle (Fix, 2006) et l'improvisation théâtrale sont associés à la mise en scène des soi multiples par l'interviewé dans la situation d'entretien non directif.

Dans le cadre de notre travail, nous avons eu recours à tous les types d'entretiens ci-dessus présentés.

## **5.4. DEMARCHE EXPLICITE DU TRAVAIL DE RECHERCHE**

### **5.4.1. Pratique de la thérapie de groupe**

La pratique de la thérapie de groupe montre que ce sont les facteurs présents dans la dynamique de groupe qui permettent une amélioration de l'état du participant. Durant les séances de groupe, on entend quelqu'un parler et on se dit « je ne suis pas comme ça, soit » et en même temps « oui je suis comme ça moi aussi ». L'environnement sûr, car contrôlé par le (ou les) thérapeute (s) va permettre à des comportements nouveaux et des solutions originales de se mettre en place. C'est aussi l'occasion d'approfondir des problématiques nouvelles qui émergent au fur et à mesure du travail. L'aide vient du thérapeute bien sûr, mais aussi des autres participants, et l'on se retrouve rapidement à devenir soi-même un aidant pour les autres. Cette logique d'entraide permet d'appréhender ensuite différemment les situations de groupe dans la vie réelle qui sont parfois porteuses de beaucoup d'anxiété.

C'est un mode de traitement des troubles psychiques qui peuvent se manifester dans les relations d'une personne avec son environnement familial, social ou professionnel. Les troubles psychiques ont des répercussions sur les relations avec les autres. Lorsqu'au sein de son environnement il a été difficile de trouver sa place et de s'affirmer, il peut s'installer progressivement un isolement, lié à un sentiment d'exclusion. Cet isolement peut aggraver les troubles psychiques dont une personne est affectée. La situation de groupe est souvent une source de malaise. Les thérapies de groupe doivent aider à mieux vivre cette situation. C'est en se confrontant aux difficultés de la relation à l'autre que l'on peut comprendre ce qui est en jeu dans cette relation.

Chacun d'entre nous possède en lui une fonction auto-soignante. Il suffit souvent de se concentrer sur un sujet donné pour oublier un moment sa souffrance, pour être mobilisé, à l'écoute d'un autre ou des autres. Cet oubli momentané de sa souffrance peut se reproduire et favoriser un travail de compréhension de cette souffrance. C'est sur cette base que fonctionnent la plupart des groupes thérapeutiques.

Il existe dans la situation de groupe une stimulation de cette fonction « *auto-soignante* ». La présence des autres, leur parole, leur façon d'écouter et de réagir, leur façon d'être, provoquent en chacun des résonances (« Cela me fait penser à... »). Cette ouverture ainsi créée permet de prendre de la distance par rapport à ses difficultés, que l'on croit ne pas

pouvoir modifier, parce qu'on les attribue à des causes extérieures. Une personne malade peut aider une autre personne malade, par une compréhension réciproque.

Il arrive que le trouble dont on se sent atteint isole, ou nous fait penser que l'on est seul face à des problèmes insurmontables, sans pouvoir imaginer une issue possible. La confrontation aux autres peut apporter un soutien et un allègement de la souffrance, qui sont les premiers pas dans la psychothérapie.

L'écoute des autres, au lieu d'affaiblir le sentiment de sa propre existence, peut provoquer au contraire un renforcement de ce sentiment d'existence et amener les personnes à mieux savoir se défendre face à ce qui, jusqu'à présent, leur paraissait menaçant dans une telle situation.

La technique utilisée est la verbalisation ou la mise en scène des situations liées à une difficulté personnelle. Par ailleurs, on peut utiliser des médiations (techniques de soin, techniques d'expression non verbale, techniques artistiques).

Dans l'analyse de groupe, les membres du groupe s'expriment verbalement et échangent librement. Les dialogues des membres entre eux et avec le thérapeute aident à comprendre et résoudre les problèmes ou les difficultés rencontrées dans les situations de groupe.

Chaque membre étant différemment impliqué, il pourra progressivement modifier sa façon de comprendre ses difficultés relationnelles et sa façon de se comporter et d'agir au sein d'un groupe.

Le groupe s'organise à partir de quatre règles principales énoncées en début de première séance:

- Dire ce qui vient à l'esprit ici et maintenant (règle de libre association) ;
- Respecter le secret du groupe (règle de discrétion) ;
- S'abstenir de se rencontrer en dehors des séances, (règle d'abstinence), modulable selon le cadre institutionnel dans lequel le groupe est constitué ;
- Participer régulièrement aux séances (règle d'assiduité).

En plus des quatre règles qui doivent forcément énoncées à la première séance, les notions ci-après doivent être gardées en toile de fond :

**La notion de feed back :** Le feed back désigne l'effet de rétroaction d'un résultat sur l'état initial d'un système. Dans un groupe de thérapie, vous pouvez discerner avec plus de

clarté que dans la « vie réelle » l'effet que vous produisez par vos actes, vos discours ou votre comportement sur votre entourage. Cela vous permet d'ajuster avec plus de finesse ces différents éléments afin d'améliorer votre communication.

**La notion de confiance :** c'est la base du fonctionnement du groupe et c'est ce qui rend le travail efficace. C'est par la manifestation d'une confiance réciproque que les participants peuvent faire croître la confiance en soi, si précieuse dans notre vie.

**La notion d' « ici et maintenant » :** La dynamique du groupe entraîne les participants à interagir et à parler. Le point le plus remarquable consiste en l'acquisition de la capacité de prise de recul sur ce qui arrive dans le présent. C'est un des apports les plus forts du travail thérapeutique en groupe.

Dans le groupe, les individus vont partager leurs expériences. Il s'agit du principe de l'universalité, et celui-ci peut être très efficace pour aider des personnes du groupe à comprendre les problèmes auxquels ils font face en les partageant avec d'autres, ce qui aide également le groupe à travailler ensemble dans le but de créer des solutions aux problèmes en fonction de cette compréhension partagée.

Bien qu'il existe deux principes de thérapie de groupe différents, ils sont étroitement liés. Au sein d'un groupe, les membres ne cherchent pas seulement à s'aider soi-même, mais aussi à aider les autres membres de groupe. Cela crée un moyen naturel pour les gens de se connecter aux autres de manière gentille et bienveillante, ce qui est une difficulté commune pour de nombreuses personnes souffrant de différents troubles émotionnels et mentaux.

Au sein du groupe, les membres ne seront pas tous au même niveau de rétablissement et de guérison. Cela est constructif et donne espoir aux nouveaux membres de voir le potentiel de progrès de ce processus, ce qui peut manquer énormément dans leur vie sans le soutien de groupe.

Pour beaucoup de personnes en cours de guérison ou de traitement, les sentiments d'isolation et de solitude sont communs. Par le biais du soutien, de l'encouragement et de la cohésion du groupe, les individus peuvent commencer à sentir qu'ils font partie de quelque chose de bien, de positif et bénéfique.

Bien que la plupart des membres du groupes ne vont pas socialiser ou interagir en dehors du groupe, cet espace contrôlé, où ils peuvent se connecter, partager et parler ouvertement de problèmes dont il est possible qu'ils n'en aient jamais parlé avant, est un endroit idéal pour apprendre des moyens plus efficaces d'interagir avec d'autres gens.



Un autre avantage des principes utilisés en thérapie de groupe est la compréhension de l'individu vis à vis de sa responsabilité pour ses actions et les conséquences qui en découlent. En partageant leurs histoires, et en étant peut-être provoqués par d'autres membres du groupe à propos de leurs responsabilités à aller de l'avant pour guérir, les membres du groupe peuvent mieux comprendre la voie à suivre et leur capacité à affronter et gérer les blâmes et accusations des autres, et l'évitement de la responsabilité pour ses propres actions.

La thérapie de groupe est une expérience très positive pour bon nombre de personnes. Lorsque le thérapeute est en mesure de travailler avec le groupe, et permet aux membres du groupe d'interagir, il s'agit d'un endroit extrêmement ouvert, honnête et favorable pour créer des changements positifs.

Dans le psychodrame de groupe, chaque membre peut mettre en scène et jouer une situation de sa vie actuelle ou passée. Cette mise en scène permet, avec l'aide des autres et du thérapeute, de mieux comprendre ce qui s'est passé dans cette situation. Le psychodrame se déroule en trois phases:

- **Préparation:** le groupe cherche un thème à jouer. Celui qui propose un thème choisit parmi les membres du groupe ceux qui joueront les personnages de la situation avec lui.
- **Jeu:** chacun participe, soit comme acteur, soit comme spectateur.
- **Analyse:** chacun exprime ce qu'il a ressenti et ce que la situation jouée a évoqué pour lui. Le thérapeute aide à la compréhension de la mise en scène pour chacun.

Le groupe est composé de 5 à 8 personnes. Il existe des groupes composés de personnes souffrant des mêmes symptômes ou des groupes réunissant des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou somatiques divers. Lorsque la composition du groupe est variée, les expériences de ses membres sont plus riches, ce qui permet une ouverture à des façons d'être et de penser différentes.

Généralement les séances ont lieu une fois par semaine durant 1 à 2 heures et pendant 1 ou 2 ans. La composition du groupe ne varie pas. La durée peut être indéterminée, c'est ce que l'on appelle un groupe lentement ouvert. Dans ce cas, la composition du groupe varie en fonction des départs et des places laissées ainsi disponibles.

En général, les psychothérapies de groupe sont pratiquées par des psychanalystes (médecins psychiatres ou psychologues). Ils exercent en hôpital, en centre médicopsychologique (CMP), en hôpital de jour ou en cabinet libéral. Ils se sont formés à la

pratique de la thérapie analytique de groupe, dans des instituts privés, après leurs études de base.

En effet, cette technique de thérapie suppose une connaissance de base du fonctionnement mental et de la psychanalyse, qui doit être complétée par:

- la connaissance des modes de relations qui se manifestent au sein des groupes,
- un savoir-faire dans la régulation des échanges qui ont lieu pendant les séances,
- un travail de compréhension des mécanismes qui sont mis en jeu dans la situation de groupe, permettant d'accéder à leurs racines inconscientes.

Toute personne souffrant de troubles psychiques peut bénéficier de ce type de traitement. Ces troubles peuvent être des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, des troubles somatiques non traités par la médecine et attribués à une origine psychologique, des inhibitions qui se développent dans l'activité mentale, des difficultés à agir dans certaines situations de la vie quotidienne, des troubles du comportement (agressivité, violence...), de l'émotivité, des phobies ou des addictions aux drogues.

Des entretiens préliminaires avec les thérapeutes du groupe permettent d'évaluer l'intérêt pour une personne de commencer ce traitement. Par ailleurs, il est parfois utile de mettre en place une double prise en charge (ex: thérapie de groupe et suivi psychiatrique).

L'un des principes centraux de la thérapie de groupe est le modèle du groupe lui-même. Le thérapeute évalue chaque individu afin de déterminer s'il est approprié pour l'individu, selon l'avancement de son traitement, de travailler au sein d'un groupe.

Dans certains cas, la psychothérapie de groupe peut être envisagée, en même temps qu'une psychothérapie individuelle. Tout engagement dans ce traitement doit être préalablement discuté avec chaque patient.

Quand on y réfléchit, nous nous trouvons toute notre vie confronté à des situations de groupe : la famille, l'école, le travail etc., toute notre vie se passe en groupe, c'est une situation à la fois banale et angoissante : pour la plupart d'entre nous, affronter le regard d'autrui est une épreuve.

Pour améliorer le travail, le ou les thérapeutes ne choisissent cependant que des personnes qui peuvent tirer bénéfice de ce genre de thérapie et ceux qui peuvent avoir une influence utile sur d'autres membres dans le groupe. Tout le monde peut s'inscrire dans ce type d'approche.

La thérapie de groupe comme nous le disions plus haut, est un moyen hautement efficace de traiter des problèmes spécifiques qui peuvent être communs ou similaires pour une large variété de gens. Ce type d'approche thérapeutique est souvent utilisé en conjonction avec une thérapie individuelle, et se concentre sur des groupes de gens qui font face à certains problèmes spécifiques dans leur vie.

La thérapie de groupe est généralement associée à un traitement de guérison d'addiction, mais elle peut se révéler très efficace dans le cas d'un grand nombre d'affections différentes. La dépression, l'anxiété, les troubles alimentaires, les problèmes relationnels, le traumatisme, la violence domestique, l'abus, le deuil ou même la faible estime de soi peuvent être efficacement traités par des approches thérapeutiques de groupe.

Souvent, les groupes sont délibérément limités à un petit nombre par le modérateur du groupe. Dans la plupart des situations cliniques, le modérateur est un thérapeute, conseiller ou coach, et il ou elle a pour tâche de maintenir le statut émotionnel du groupe, et s'assure que les séances se concentrent et travaillent dans un but bénéfique pour chacun des membres du groupe.

L'évaluation des thérapies analytiques de groupe fait l'objet d'une recherche permanente, qui est accompagnée de supervision et de perfectionnement des praticiens. Pour toutes ces raisons, nous avons opté pour le modèle thérapeutique de groupe d'inspiration psychanalytique. En effet, les analystes de la famille s'appuient sur des concepts et des techniques adossés à la psychanalyse. La littérature concernant les psychothérapies familiales d'inspiration psychanalytique utilise différentes terminologies pour désigner ces pratiques cliniques psychodynamiques. Ainsi, les termes les plus employés sont : thérapies familiales analytiques. Mais il est souvent précisé qu'il s'agit de psychothérapies familiales psychanalytiques (TFP).

Le travail analytique de groupe porte autant sur les interactions, dans l'ici et maintenant, que sur la parole : sont pris en compte à la fois le contenu des échanges et la façon dont à travers eux s'établit l'interliaison dans la chaîne associative des modalités d'écoute et d'échange entre les patients. Il importe donc de tenter de situer ce qu'il en est de la spécificité des liens interpsychiques et des processus groupaux qui en découlent. Puis, dans un second temps, nous poserons le problème de savoir comment les utiliser à des fins thérapeutiques. La situation même de petit groupe permet d'enclencher des processus psychiques spécifiques qui transcendent les effets individuels et dont tous les participants présents sont les acteurs conscients et inconscients de même que les bénéficiaires.

## **5.4.2. Application de la thérapie de groupe familial d'inspiration psychanalytique**

Nous nous inspirerons ici de Joubert (2006) dans son article « *La thérapie familiale psychanalytique et ses développements dans le champ représentationnel* ».

### **5.4.2.1. Position générale**

Selon Ruffiot (1981) cité par Joubert (2006), la thérapie dont il est question « est une thérapie par le langage du groupe familial dans son ensemble, fondée sur la théorie psychanalytique des groupes. Elle vise, par la réactualisation, grâce au transfert, du mode de communication le plus primitif de la psyché, par le rétablissement de la circulation fantasmatique dans l'appareil psychique groupal (familial) à l'autonomisation des psychismes individuels de chacun des membres de la famille ». Dans cette compréhension, nous proposeront comme définition, que relève de la thérapie familiale toute forme de consultation ponctuelle ou répétée réunissant au moins deux personnes faisant partie du contexte de vie et de survie d'une ou de plusieurs personne(s) en souffrance, c'est-à-dire partageant une destinée commune. L'effet de ce type de consultation est appréhendé comme bénéfique sur les symptômes, la souffrance, les problèmes, les relations. Cette appréhension bénéfique peut être le fait des personnes qui consultent, des personnes en souffrance, des thérapeutes impliqués, mais aussi de l'entourage thérapeutique élargi et de l'entourage de vie des personnes qui consultent.

En ce qui nous concerne, après une présentation générale de l'étude et de ses buts, nous avons abordé avec le sujets demandeur, toutes les implications et le processus que nous envisagions de suivre pour la résolution de la situation problème. Nous avons précisé préalablement aux sujets qu'ils étaient libres d'arrêter la thérapie dès qu'il le voudrait, notamment s'ils se sentaient suffisamment fort pour affronter seuls la suite de leurs vies. Toutefois, nous leur avons aussi précisé que nos portes resteront ouvertes quel que soit leurs décisions, après leur avoir tout de même conseillé de suivre l'ensemble du processus de la thérapie.

Selon notre auteure de référence, Tout au long de son déroulement, la thérapie familiale mêle étroitement évolution du sujet et évolution de la famille. On peut distinguer deux phases dans une évolution du sujet en analyse de thérapie familiale :

- La première phase que l'on peut nommer phase de résolution des difficultés du sujet.
- La deuxième phase qui a pour but l'épanouissement de la famille.

### **5.4.2.2. Première phase de l'analyse**

Elle consiste à :

- Créer les conditions favorables pour permettre au sujet d'évoluer
- Mieux se connaître pour s'ouvrir à l'autre

Dans cette première phase, le travail personnel se déroule selon deux axes principaux :

- Un travail psychologique centré sur le présent, privilégiant l'ouverture à l'autre et l'ouverture à soi. Un retour en arrière sur sa propre vie dont le but est de se libérer des conditionnements issus de son passé. Revenir sur certains aspects de son passé permet de les dépasser et de décider librement de sa vie dans le présent. Cette exploration part toujours de ce qui concrètement ne va pas bien dans le présent, et remonte ensuite au passé pour en retrouver les racines. Cette recherche personnelle s'appuie notamment sur les techniques psychocorporelles développées dans le cadre de la psychologie humaniste durant les quatre dernières décennies. Elles ont l'avantage de permettre une première exploration de l'inconscient tout en favorisant un éveil du corps.
- Améliorer le climat de la relation dans la famille.

Dès le début de l'analyse, des outils concrets, vous sont proposés afin de développer la communication familiale et la tendresse dans la famille. Il se crée ainsi un terrain favorable pour apprendre des comportements nouveaux, dans le domaine relationnel. Différentes approches comportementales qui permettent de faire l'expérience d'autres façons d'être en relation ;

- Le partage en écho : une méthode originale de partage verbal qui permet le développement d'une communication respectueuse et constructive entre les membres d'une famille ;
- La relation affective pour ne pas être perturbée cherche à intégrer les membres de la famille au maximum.

À l'issue de cette première phase, les problèmes majeurs de la famille sont souvent résolus et il est tout à fait naturel pour certaines familles d'arrêter là leur analyse. Cependant d'autres pressentent qu'ils peuvent encore enrichir leur vie relationnelle et choisissent alors de continuer pour approfondir l'épanouissement global de la famille.

### **5.4.2.3. La deuxième phase de l'analyse**

Dans cette deuxième phase, le travail d'analyse de l'inconscient conduit de façon naturelle vers l'épanouissement de la relation entre les membres de la famille. Celui-ci est

favorisé par l'usage des pratiques relationnelles et corporelles. Les outils utilisés sont en grande partie les mêmes que dans la première phase mais ils sont utilisés avec des objectifs et dans un contexte très différents car la famille a alors beaucoup évolué :

- Approfondir la mise à jour de l'inconscient
- Épanouir l'intimité familiale

L'ouverture progressive de la conscience permet le développement d'une communication de plus en plus transparente entre les membres de la famille. Parallèlement, le travail corporel et énergétique et les approches comportementales sont mis au service des membres de la famille pour favoriser les liens familiaux, caractérisées par un aspect ludique, spontané et joyeux. L'ensemble de ce travail permet une évolution vers des transactions familiales profondes et stables.

### **5.4.3. Le schéma de la thérapie de groupe utilisé dans l'étude**

Dans l'étude des cas et la thérapie des groupes auxquels nous avons été confrontés, nous avons généralement étalé notre travail sur 05 rencontres d'une durée moyenne de 55 minutes chacune. Les articulations de ces rencontres ou entretiens furent les suivantes :

#### **5.4.3.1. Entretien 1 : rencontre avec le sous-système demandeur (adolescent ou famille)**

##### **➤ La raison de l'entretien**

Nous demandons au patient(e) ou demandeur de la rencontre, pourquoi sollicite-t-il (elle) nos services, ce en quoi nous pouvons lui être utiles. Cette question permet d'évaluer le niveau de motivation du demandeur, et de comprendre la profondeur de son malaise. C'est un entretien libre, qui peut simplement être ponctué de quelques questions de clarification sur son identité et de compréhension de la situation exposée. Le sujet s'exprime sur les thèmes de son choix et sur des questions qui lui semblent importantes.

##### **➤ Démarches entreprises antérieurement**

Nous cherchons à savoir si le demandeur avait déjà entrepris quelques démarches que ce soit pour résoudre son problème. Si oui, auprès de quelles personnes ou organisations, et qu'elles en avaient été les résultats.

##### **➤ Situation dans le macrosystème familial (famille nucléaire)**

Nous nous préoccupons à comprendre le niveau d'implication des différents sous-systèmes avec lesquels le demandeur interagit. Autrement dit, nous cherchons à comprendre jusqu'à quel point le groupe familial du demandeur influence ou peut influencer le vécu du

demandeur. Il s'agit ici d'évaluer à travers le discours du demandeur, le niveau transactionnel de différents sous-systèmes qui compose le macrocosme familial.

➤ **Discussions sur l'importance de l'approche systémique familiale**

Avec le demandeur, nous échangeons sur l'importance et la nécessité d'impliquer les autres membres du sous-système familial dans la recherche des solutions à son problème. Il est également question ici de voir jusqu'à quel degré de relation familiale l'on peut aller dans la recherche des solutions.

**5.4.3.2. Entretien 2 : rencontre avec le sous-système non demandeur (adolescent ou famille)**

➤ **Evocation des causes de la rencontre**

Dès le début des échanges avec le sous-système non demandeur, nous mettons en confiance par des questions et des échanges non directement liés à l'objet de la rencontre mais plutôt à son bien-être. Ensuite nous évoquons l'objet de la rencontre et parlons de notre place et rôle dans la situation problème qu'il vit dans sa relation avec sa famille et la société. Il est subséquemment question de lui présenter la situation telle que narrée par le sous-système demandeur lors des précédents échanges.

Lors de cette partie, l'entretien qui est semi directif, nous cherchons à cerner son niveau de connaissance de la pathologie, les motivations de son déni de la pathologie, son degré d'attachement à sa famille nucléaire.

L'objectif est également de susciter la curiosité à démarrer une recherche personnelle et relationnelle avec l'aide d'un tiers : le thérapeute.

➤ **Présentation de la situation familiale réelle**

Pendant cette partie de l'entretien, il est question de ressortir le tableau des effets de l'implication ou non des autres membres de la famille à la résolution du problème. Ressortir les effets positifs de l'harmonisation de la compréhension des origines de la maladie et les effets de celle-ci sur l'individu, et sur tout le système familial. Mettre en relief le rôle positif que peut avoir la coopération de la famille sur le soulagement des souffrances de l'adolescent et par ricochet sur ses propres souffrances.

➤ **Acceptation de la prise en charge thérapeutique**

A cette étape, par un dialogue maïeutique, nous amenons l'adolescent (non demandeur) à comprendre l'intérêt à coopérer et adhérer, au traitement pour son intérêt propre, et pour l'intérêt de sa famille nucléaire et élargie. Il est question d'exciter la pulsion

de vie, afin de réveiller l'instinct de survie et d'autoconservation de l'adolescent pour qu'il prenne conscience de la nécessité d'accepter la prise en charge thérapeutique.

➤ **Prévision et anticipation de la confrontation avec les membres de la famille**

Partant du fait que, la famille, demandeur de l'intervention a fait recourt au psychothérapeute, ayant au préalable engagé d'autres démarches sans succès, cela sous-entend que la situation dans le macrocosme familiale est déjà problématique, d'où l'impérieuse nécessité de préparer l'adolescent et les membres de la famille à plusieurs rencontres et prédisposer chacun, afin d'éviter que celle-ci dégénère en violence physique et/ou verbale. Cette préparation à l'avantage d'éviter la diabolisation du belligérant selon le principe énoncé par Karl Weber et d'harmoniser la compréhension pour la convergence vers un même but.

### **5.4.3.3. Entretien 3 : rencontre avec le sous-système adolescent et famille**

➤ **Harmonisation de la compréhension de situation**

Cette rencontre, est un moment culminant dans l'évolution de la prise en charge thérapeutique, car c'est le premier instant de rencontre entre deux sous système (sous système famille « demandeur », et sous système adolescent « non demandeur »), devant le psychothérapeute. Le succès de cet entretien dépend du travail effectué lors des entretiens précédant. Une préparation approximative de ladite rencontre entre les sous-systèmes peut non seulement entrainer une interruption prématurée de la thérapie voire provoquer une cassure irréparable entre l'adolescent et sa famille : c'est le phénomène de la « therapy drop-out »

Le succès de cette rencontre noue le lien qui se construit entre le patient (ou le groupe) et le thérapeute et qui permet à l'un d'exprimer les problèmes et à l'autre de contenir la souffrance qui en découle (lien thérapeutique). Le bon enracinement de cette relation présage une issue favorable, pour la suite du processus thérapeutique. L'harmonisation de la compréhension de la situation, rassure pour la prise en charge thérapeutique, et constitue un corpus solide pour le travail avec les autres entités familiales.

Les échanges sont faits dans une approche d'entretien semi directif où le thérapeute contrôle les échanges et les temps de parole, et encourage la catharsis entre les parties.

➤ **Entente pour l'ouverture des nouvelles possibilités avec :**

- ✓ le corps médical



C'est à cette phase de la rencontre, et du fait de la réussite du précédent entretien, que l'idée d'associer le corps médical dans le processus thérapeutique en y intégrant le partage des informations médicales et l'implication d'abord de la famille nucléaire au déroulement de la prise en charge tant médicamenteuse que psychologique.

- ✓ La prise en charge médicamenteuse

L'acceptation et l'adhésion aux médicaments est capitale à ce point. Nous amenons les deux sous-systèmes par un échange et raisonnement dialectique à comprendre la nécessité de se faire un coaching mutuel pour l'observance des soins dispensés par le personnel de santé.

- ✓ L'implication des enfants

L'adolescent et sa famille, en la présence du psychothérapeute, discutent du moment et de l'approche, pour impliquer les frères et sœurs dans le processus thérapeutique sans causer des traumatismes importants sur eux.

Le thérapeute s'inspire ici, d'un des aspects de la théorie systémique, selon laquelle le triangle est l'unité minimale d'observation des patterns relationnels au sein de la famille, il s'agit du « triangle relationnel »

- ✓ L'implication de la famille élargie

A ce point, le thérapeute introduit dans les échanges l'éventualité de l'implication de la famille élargie pour développer le « **Coping system** » autrement dit installer les stratégies qu'un groupe met en place dans le but d'activer les ressources nécessaires pour faire face aux événements stressants.

#### ➤ **Evocation de la rencontre avec les deux sous système élargie à la fratrie**

Pour dissiper toutes craintes et appréhensions, le thérapeute évoque et prépare les parties à la rencontre avec le sous-système fratrie et fait des projections dans l'optique d'une harmonisation de la compréhension mutuelle et des différents sous système. C'est aussi le moment pour le thérapeute de convenir avec le sous-système adolescent-famille, de la composition de l'assemblée autrement dit quels frères ou sœurs peuvent prendre part à ce processus thérapeutique.

#### **5.4.3.4. Entretien 4 : rencontre avec le sous-système fratrie**

- ✓ Composition de l'assemblée et vérification du quorum attendu ;
- ✓ Approche cognitive et affective de l'acceptation des uns et des autres ;
- ✓ Contrôle de la stigmatisation ;

- ✓ Contrôle de la gestion de l'information pour :
  - Compréhension la maladie
  - Accepter l'adolescent et son état (Toxicomane)
  - Accepter la situation comme une préoccupation de la famille

**Modèle de la thérapie** : la thérapie ici est de type psycho éducatif, selon lequel la famille doit être informée des caractéristiques de la maladie dont un de ses membres souffre ; le but est d'apprendre à réagir de la façon la plus adaptée et de réduire l'émotivité qui est présente au sein du contexte familial.

#### **5.4.3.5. Entretien 5 : rencontre avec le sous-système adolescent-famille**

- Composition de l'assemblée et vérification du quorum attendu
- Approche cognitive et affective de l'acceptation des uns et des autres
- Contrôle de la stigmatisation
- Contrôle de la gestion de l'information pour :
  - Compréhension la maladie
  - Accepter l'adolescent et son état (Toxicomane)
  - Accepter la situation comme une préoccupation de la famille

**Modèle de la thérapie** : le modèle employé ici est de type **Coping system**, qui sont des stratégies qu'un groupe met en place dans le but d'activer les ressources nécessaires pour faire face aux événements stressants. Il est question d'insister sur :

- ✓ Les dynamiques du holding
- ✓ L'étayage groupal

#### **5.4.3.6 Suivi et accompagnement**

Pour ce qui est du suivi évaluation, le dossier ouvert dès le début de la prise en charge, permet au thérapeute de garder un contact avec l'adolescent et la famille afin d'intervenir si nécessaire lors des récives en termes comportemental et émotionnel. Ce suivi permet également de référer l'adolescent et la famille si besoin en est.

### **5.5. TECHNIQUES ET OUTILS SYSTEMIQUES**

Lorsqu'il fonde sa pratique sur le modèle systémique, le thérapeute s'appuie sur des techniques et outils d'évaluation et d'intervention qui concernent l'ensemble des sous-systèmes impliqués, y compris la fratrie de l'adolescent toxicomane, selon la recension des

écrits, ainsi que lui-même, en tant que professionnel de santé et/ou l'institution dans laquelle se déroule la prise en soins (Caire et Dulanrens, 2011, Destailats et Belio, 1999, Caire et al., 2011)

- ❖ Patient et sa famille : partenariat avec la famille, entretien systémique, travail en équipe, contrat de soins par objectif, analyse transactionnelle ;
- ❖ Professionnels et/ou institution : supervision, analyse de pratique, psychothérapie institutionnelle.

Mettre en œuvre cette dimension réflexive individuelle et/ou collective semble nécessiter du temps et de la formalisation, moyens dont plusieurs ergothérapeutes, en réponse à l'enquête exploratoire, estiment manquer pour impliquer davantage les fratries.

À ces techniques et outils, nous avons choisi d'ajouter ceux proposés par Gammer (2005) puisqu'ils visent à considérer davantage les enfants et adolescents en thérapie systémique, approche qui conduirait les professionnels à focaliser leur attention sur les parents. Pour contrer cette inclinaison, Gammer décline une « série de procédures pratiques » pour replacer l'enfant au cœur de la thérapie familiale : la mise en scène, la vidéo, les métaphores, les techniques artistiques systémiques, l'externalisation, le jeu. Dans la recension des écrits, plusieurs études font également référence au jeu, présenté à la fois comme un moyen et un objectif, pour soutenir le développement de chacun des membres de la fratrie à travers la relation ludique. En effet, comme le rapporte Pager (2009), Karpman

« utilise l'analyse transactionnelle en s'inspirant de la notion de jeu telle qu'elle a été développée par Éric Berne ». Selon ce psychothérapeute, « dans un groupe de trois personnes se dégagent trois rôles particuliers : persécuteur, sauveteur et victime. Après que ces rôles se sont installés, se produit généralement un coup de théâtre au cours duquel les rôles vont permuter [...] » (Pager 2009, p.68).

Au regard de la problématique pratique, le jeu, entre autres « procédures pratiques », ne pourrait-il pas encourager les psychothérapeutes à considérer davantage l'ensemble des enfants de la fratrie, en termes de rôles et de modalités relationnelles ? Dans le champ de la psychologie, de la psychanalyse et de la psychiatrie, la systémique a ainsi fourni aux professionnels un cadre théorique et pratique afin de décentrer leurs interventions de l'individu pour s'attacher davantage aux interactions entre les sous-systèmes du système dans lequel il évolue, au sein d'un environnement. Si la recension des écrits a permis de montrer que l'approche écologique participe à faire la spécificité de l'ergothérapie, l'enquête

exploratoire n'a pas permis d'identifier de quelle manière elle s'inscrit dans la pratique des professionnels interrogés dans le cadre de leur intervention auprès de l'adolescent toxicomane. Peut-être pourrait-il s'avérer pertinent, sur la base du modèle systémique, d'interroger davantage la dimension écologique des interventions ergothérapeutiques, notamment lors de la phase évaluative ? En psychologie comme en psychothérapie, l'évaluation semble en effet être à la fois une étape initiale pour amorcer l'intervention mais aussi un processus continu.

## **5.6. PROCES VERBAUX DE LA RENCONTRE ET L'INTERPRETATION DES RESULTATS**

### **5.6.1. Dépouillement des procès-verbaux de rencontre**

Les différentes rencontres avec les parties prenantes des cas sur lesquels nous avons travaillé, ont donné lieu à des procès-verbaux, élaborés selon la nomenclature des entretiens en psychopathologie. Ces procès-verbaux ont dû faire l'objet de tri et de dépouillement, afin que seuls les éléments objectifs traduisant les situations cas en traitements soient retenus. Concrètement, il s'est agi de repérer les unités lexicales se référant à nos points de fixations que sont les centres d'intérêt de l'étude.

### **5.6.2. Analyse et Interprétation des procès-verbaux**

La méthode d'analyse de contenu thématique (Ghiglione et Matalon, 1978) a été utilisée. Une analyse verticale de chacune des entrevues a été effectuée à l'aide du verbatim des enregistrements audionumériques des entrevues, des fiches signalétiques et des notes préliminaires. Cette démarche permet de découvrir des unités lexicales de signification et d'élaborer des catégories conceptuelles détaillées. Une analyse horizontale et transversale a été effectuée à partir des comparaisons entre les entrevues, permettant d'identifier les thèmes récurrents (Miles et Huberman, 1994). Le contenu de ces entrevues a été comparé afin de faire ressortir les points communs et les divergences entre les perceptions des personnes impliquées. De plus, une analyse a ciblé l'implication de la famille en traitement, mais également l'influence de celle-ci sur le processus à l'extérieur du cadre des rencontres.

## **5.7. POPULATION ET LE CONTEXTE DE L'ETUDE**

Nous présentons dans cette partie, les caractéristiques de la population, la technique d'échantillonnage et l'échantillon et le contexte dans lequel ces derniers évoluent.

### **5.7.1. Caractéristiques de la population de l'étude**

Notre population est constituée d'adolescent en situation de toxicomanie au moment de l'étude. Leur caractéristique commune est qu'ils sont tous des élèves et sont classés parmi les personnes ou les groupes qui se sont adressés à nous, pour résoudre des problèmes liés à la dépendance des adolescents aux substances psychoactives.

### **5.7.2. Echantillonnage et échantillon**

Dans le cadre de cette étude, la méthode aléatoire fut celle que nous avons utilisée, pour obtenir les 7 sujets (adolescents) qui constituent notre échantillon. En effet, nous avons recruté le groupe-sujets parmi ceux dont les parents sont venus spontanément vers nous, dans le cadre de l'accompagnement psychosocial des personnes et familles vivant un dysfonctionnement que fait le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille.

### **5.7.3. Contexte de l'étude**

Dans cette section, nous présentons la cellule d'écoute et d'aide psychosociale du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, sur les plans géographique et organisationnel.

Sur le plan géographique, la cellule d'écoute et d'aide psychosociale du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille est située derrière les bâtiments de l'ancienne Présidence, abritant actuellement le musée national et le Ministère de la Culture.

Sur le plan organisationnel, la cellule d'écoute et d'aide psychosociale est constituée de plusieurs membres, cadres du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, qui travaillent seul ou en dyade.

## CHAPITRE 6 : PRESENTATION DES CAS ET ANALYSES DES PROFILS AUX ENTRETIENS

Ce chapitre s'organisera au tour de deux axes, à savoir la présentation de l'histoire de chaque cas et ; l'analyse des données recueillies au travers des entretiens. Par la suite nous aurons une présentation analytique des unités lexicales qui nous permettrons d'évaluer le niveau d'adhérence thérapeutique des adolescents et des membres de leurs familles qui ont fait partie de l'alliance thérapeutique. En d'autres termes il sera question de mettre en exergue les éléments issus des entretiens afin d'avoir une meilleure appréciation des mécanismes psychologiques en jeux.

### 6.1. PRESENTATION DU CAS IDRISSE

#### 6.1.1. Tableau analytique de contenu du cas d'Idriss

Thèmes	Unités lexicales dominantes	Commentaires
<b>Anamnèse</b>	- <i>Idriss est un garçon de 17 ans et demi, deuxième né d'une famille de trois enfants : un garçon, deux filles</i>	- L'on peut comprendre déjà qu'Idriss nait d'une mère vivant dans une angoisse certaine au regard l'état psychologique dans lequel elle attend un enfant.
	- <i>Son père est un homme très violent, il a toujours brutalisé physiquement son épouse et même tous les enfants.</i>	- Idriss assiste à cet événement médusé dans la découverte de son père géniteur.
	- <i>Il reprend la classe de 1ère pour la deuxième fois au collège Meyon. - Il a l'air mélancolique et méditatif.</i>	
	- <i>A l'âge de trois mois alors que sa mère est enceinte de lui, son père déclare que cet</i>	- sur le plan symbolique, il y a comme un vide émotionnel avec une

---

*enfant n'est pas de lui, et* absence du père géniteur.

*demande de procéder à  
l'avortement si elle tient à  
continuer à vivre sous son  
toit*

*« C'est 12 ans après quand  
les gens ont dit à son père  
que l'enfant lui ressemble  
énormément et qu'il le  
réclamait qu'il va se  
résoudre à venir me  
chercher chez mes parents  
avec son fils et sa sœur »*

*« Je ne veux pas souvent le  
voir parce qu'il m'avait  
aussi détesté avant même de  
m'avoir vue. Je le déteste  
comme lui aussi me déteste  
en plus il battait ma mère. »*

*« mon père à abusé de ma  
mère et m'a rejeté. Moi je  
ressens toujours cela, car je  
ne me connais pas et je ne  
me comprends pas moi-  
même. »*

*« Mon père est très mauvais  
et ma mère n'a rien compris,  
la preuve en est que je l'ai  
vue seulement des années  
après ma naissance. »*

*« Quand je fume je me sans*

- Chaque jour est pour cet adolescent une corvée, une remise en cause, il se culpabilise même et pense que sa mère n'aurait pas dû accepter de le mettre au monde car, il vit dans une cacophonie de question sans réponse.

- il n'a même pas envie de voir ses parents que ce soit son père ou sa mère. Ceci,

**Circonstances angoissantes  
à l'origine de toxicomanie**

*alaise et je ne dérange personne ».*

*« papa et maman ne sont pas sérieux, chacun s'est préoccupé de sa vie et non de la mienne, tout ce que je suis aujourd'hui c'est à cause d'eux, à l'heure actuelle je préfère ne pas y penser ».*

*« Si mon père m'avait aimé dès ma naissance peut-être que les causes auraient été différentes. Aujourd'hui je suis déjà grand et je fais ce que je veux »*

parce qu'ils ne représentent rien pour lui, il les considère d'ailleurs comme ses tueurs.

- L'on peut comprendre par là qu'Idriss cherche le soutien, et faute d'en trouver dans son univers biologique, il croit l'avoir trouvé auprès de ses paires, et malheureusement c'est dans la drogue qu'il trouve le bouclier, c'est avec les amis et la drogue qu'il comble le vide affectif et sécuritaire qu'il espérait trouver auprès de ses parents.



*« quand je suis avec mes amis ou quand je prends la drogue je me sens très à l'aise. Je peux dormir calmement et en paix. La drogue à un pouvoir qui chasse les mauvais esprits dans ma tête ».*

*La présence de mon père n'est matérialisée que par un appel excessif à la règle, alors même qu'il rentre tard à la maison. Mes parents donnent seulement des ordres et des punitions excessives.*

*« Tout ça me rend triste et nerveux »*

**Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

*« quand mes parents sont à la maison, je suis toujours tendu et nerveux et j'ai parfois peur, car il y a toujours la violence physique et/ou verbale dans l'aire.*

Idriss démontre sa difficulté à aborder l'histoire d'avec ses parents à travers plusieurs indices notamment le regard fuyant et parfois agar, les instants de silence, les tergiversations, les atermoiements, la voix hésitante, la crispation, les mouvements de corps, l'instabilité. Du début à

Il pense que sa mère est très agressive et ne leur assure aucune sécurité. Il se pose d'ailleurs la question sur l'importance de la mère, et pense que celle-ci ne sert qu'à porter une grossesse

**Positionnement par rapport à l'entretien**

la fin, des échanges, le regard de Idriss n'a pas croisé le nôtre de façon formelle, même pas une seule fois, il se levait de temps en temps, se rasseyait en répondant à nos préoccupations. A chaque étape, il se montrait impatient en demandant à tout moment que : « *c'est fini ou c'est déjà, entrain définir* ».

La famille nucléaire d'Idriss porte une part de responsabilité de la toxicomanie dont vit leur progéniture.

**Conclusion sur les cas**

Voilà les circonstances du développement de la toxicomanie de l'adolescent de 17 ans et demi avec qui nous avons eu plusieurs entretiens.

---

**6.1.2. Présentation et anamnèse**

Idriss est un garçon de 17 ans et demi, deuxième né d'une famille de trois enfants, un garçon, deux filles. Le père est technicien de surface dans une société brassicole de la ville de Yaoundé et la mère est tenancière d'un bar restaurant au quartier Nkomkana. Idriss est grand de taille et bien baraqué d'un teins très noir, il porte des cicatrices sur le visage qui sont en fait des points de sutures issues de l'ouverture de son arcade sourcilière. Ces yeux sont toujours rouges et il a une allure nonchalante avec des cheveux ébouriffés qu'il appelle les « locks ». Il reprend la classe de 1<sup>ère</sup> pour la deuxième fois au collège Meyon. Il a l'air mélancolique et méditatif. Il a une tenue relativement propre avec un pantalon bien court et resserré sur lui pour laisser s'exprimer son corps. Il porte toujours des tennis pour aller à l'école. Idriss a un tatouage de scorpion au niveau de l'avant-bras et, du piercing sur l'oreille gauche, il déclare sans ambages « *je suis le Big Boss, le dealer du collège. Je fonctionne seulement avec les mecs qui sont prêts, et qui peuvent supporter le choc, quand on me provoque, je frappe comme le scorpion, sans faire le bruit* ».

Son père est un homme très violent, il a toujours brutalisé physiquement son épouse et même tous les enfants. Les sœurs d'Idriss sont scolarisées dans d'autres établissements de la ville.

Sa mère nous raconte qu'à l'âge de trois mois alors qu'elle est enceinte de lui, son père déclare que cet enfant n'est pas de lui, et lui demande de procéder à l'avortement si elle tient à continuer à vivre sous son toit cette situation avait déclenché une très grosse vague des problèmes jusqu'à la naissance d'Idriss. Elle s'était même vue contrainte d'aller vivre

chez ses parents pour espérer un accouchement serein. « *C'est 12 ans après quand les gens ont dit à son père que l'enfant lui ressemble énormément et qu'il le réclamait qu'il va se résoudre à venir me chercher chez mes parents avec son fils et sa sœur* » déclare-t-elle. L'on peut comprendre déjà qu'Idriss naît d'une mère vivant dans une angoisse certaine au regard l'état psychologique dans lequel elle attend un enfant. Elle se trouve dans une précarité physique et psychique qui sera amplifiée par le déroulement de son accouchement. L'accouchement d'Idriss se passe dans des conditions difficiles, au point où mère est internée à la pédiatrie de l'hôpital central de Yaoundé pendant deux mois, parce que son enfant est né avec 1kg 100 g. La somme demandée pour la durée passée à l'hôpital s'avère trop lourde pour cette maman qui est obligé de passer beaucoup de temps à l'hôpital pour essayer de payer sa dette.

Elle va s'occuper des enfants (Idriss et sa sœur aînée) toute seule jusqu'au jour où il se décide de venir les chercher, ce qui va engendrer souvent d'énormes questionnements dans la tête de l'adolescent. Leur père les avait abandonnés pour aller vivre au quartier Nbankolo où ils avaient sa conjointe et lui commencé la construction d'une petite maison, et depuis lors, il n'a plus jamais mis pied là où vivait sa conjointe et les deux enfants. Elle habite avec ses enfants et s'occupe d'eux avec l'aide de son père (grand père d'Idriss). Le père épuisé par le poids de l'âge joue partiellement le rôle paternel, mais sur le plan symbolique, il y a comme un vide émotionnel avec une absence de la symbolique. Idriss a déjà maintes fois été traduit au conseil de discipline du collège, mais il ne change pas. Le père de cet adolescent refait surface quand Idriss atteint l'âge de 12 ans. Ce retour à fait l'objet plusieurs assises familiales qui se sont conclus par la dote de la mère d'Idriss et le retour dans le foyer conjugal. Idriss assiste à cet événement médusé dans la découverte de son père géniteur. Depuis cet événement il dit détester son père.

*« Je ne veux pas souvent le voir parce qu'il m'avait aussi détesté avant même de m'avoir vue. Je le déteste comme lui aussi me déteste en plu ill battait ma mère. Même quand on a dit que nous allions avec lui à Nbankolo, je ne voulais pas mais...et même là-bas il la battait toujours. Mais s'il tente ça encore hein, on ne va pas lui dire »*

### **6.1.3. Circonstances angoissantes à l'origine de toxicomanie.**

Idriss dit qu'il n'a jamais vécu de façon fusionnelle avec ses deux parents. D'ailleurs ils n'ont que cinq ans de vie ensemble entrecoupée de fugue et de va-et-vient entre le domicile de son grand père et celui de ces parents. Cette histoire de sa vie familiale qu'il retrace pendant ses entretiens découle en partie de celle que lui a racontée sa mère du vécu

avec son père jusqu'à la rupture. Ses parents restaient ensemble jusqu'au jour où est survenue la grossesse de cet adolescent. Beaucoup de problèmes se sont posés et le père aurait d'ailleurs dit à la mère d'Idriss d'avorter, celle-ci refusa et décida de garder la grossesse. Le père décida de l'expulser du foyer conjugal

*« mon père à abusé de ma mère et m'a rejeté. Moi je ressens toujours cela, car je ne me connais pas et je ne me comprends pas moi-même. Quand ces pensées me remplissent le cerveau je fume un peu pour dormir. Quand je regarde ma mère je sens que c'est à cause de moi qu'elle subit tout ce que lui faisait ce type-là ».*

Chaque jour est pour cet adolescent une corvée, une remise en cause, il se culpabilise même et pense que sa mère n'aurait pas dû accepter de le mettre au monde car, il vit dans une cacophonie de question sans réponse.

Les inquiétudes d'Idriss sont profondes on le ressent encore bien quand il dit,

*« Mon père est très mauvais et ma mère n'a rien compris, la preuve en est que je l'ai vue seulement des années après ma naissance. Il ne s'est jamais occupé de moi. Ma mère a gaffé parce qu'elle a encore accepté de retourner chez cet homme irresponsable et violent. Vous voyez aujourd'hui elle est presque dépassée »*

(hoche les épaules et fait une grimace pour traduire son amertume). Idriss vit son histoire dans une logique angoissante et dit n'être aimé par personne parce que même sa mère ne le soutient pas quand il a des problèmes avec son mari. Il n'y a que son grand père qui le comprend un peu et, son père et sa mère refusent qu'il aille habiter là-bas.

Il se demande ce qu'il aurait fait au ciel pour bénéficier de ce genre d'histoire, il culpabilise d'ailleurs toute sa famille et préfère souvent trouver consolation auprès de ses amis, avec qui il prend la drogue pour se calmer dit-il. Il relate les faits en ces termes :

*« papa et maman ne sont pas sérieux, chacun s'est préoccupé de sa vie et non de la mienne, tout ce que je suis aujourd'hui c'est à cause d'eux, à l'heure actuelle je préfère ne pas y penser. Quand je fume je me sens à l'aise et je ne dérange personne. ».*

Lorsque le papa de l'adolescent est en colère, il lui dit que ses problèmes ont commencés avec sa venue au monde et sa mère est une vaut-rien. Il dit d'ailleurs avoir répondu à son père que *« ma mère au moins je l'ai vu même si elle ne me fait rien, mais toi tu es le plus méchant, je ne te connais pas je t'ai jamais ressenti dans ma vie, tu n'as jamais voulu de moi »* si bien que de temps en temps, l'adolescent se sent même dans une

insécurité. Ces ses sœurs de 20 et 15 ans sont scolarisées mais celle de 20 ans fait un peu de la prostitution pour subvenir à ses besoins personnels. Elle sort avec les gars pour de l'argent.

Idriss dit qu'il n'a même pas envie de voir ses parents que ce soit son père ou sa mère. Ceci, parce qu'ils ne représentent rien pour lui, il les considère d'ailleurs comme ses tueurs. Idriss dit que son père le leur a dit ouvertement qu'il est à l'origine de ses problèmes. C'est la raison pour laquelle en dehors du fait qu'il reste en dehors de la salle de classe pendant les heures de cours quand, même il revient, il est obligé de passer beaucoup plus de son temps avec ses amis avec qui il fume souvent le cannabis. La situation devient même encore précaire parce qu'il avoue qu'il aime rester avec ses pots pour fumer et se sentir à l'aise. Il dit aller aussi chez son grand père lui donne souvent un peu d'argent et le comprend mieux que ses parents.

*« Je suis chez moi quand je suis chez mon grand-père. Là-bas je n'ai pas un tas de question et je ne vois pas les choses et les gens qui m'énervent tout le temps. Si mon père m'avait aimé dès ma naissance peut-être que les causes auraient été différentes. Aujourd'hui je suis déjà grand et je fais ce que je veux ».*

L'on peut comprendre par-là qu'Idriss cherche le soutien, et faute d'en trouver dans son univers biologique, il croit l'avoir trouvé auprès de ses pairs, et malheureusement c'est dans la drogue qu'il trouve le bouclier, c'est avec les amis et la drogue qu'il comble le vide affectif et sécuritaire qu'il espérait trouver auprès de ses parents.

#### **6.1.4. Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

Idriss affirme qu'il est deuxième né dans une fratrie et qu'il sait qu'il n'est pas aimé par son père, et sa mère, pour sauver son mariage fait comme si elle ne voyait pas ce qui se passe autour d'elle. Il n'y a que son grand père et ses amis qui le comprennent, et en qui il a confiance. Il dit que si son père était un bon père il serait bien mais hélas ce n'est pas le cas. L'on peut alors comprendre pourquoi il dit trouver la sécurité en dehors de la maison. Personne n'a son temps à la maison, son père s'en fou de lui, sa mère non plus n'a pas assez de temps. Il est abandonné à lui-même, ceci a développé chez Idriss un sentiment de rancœur et de délaissement de la part de ses parents. Il affirme d'ailleurs que *« quand je suis avec mes amis ou quand je prends la drogue je me sens très à l'aise. Je peux dormir calmement et en paix. La drogue à un pouvoir qui chasse les mauvais esprits dans ma tête ».*

Il pense que sa mère est très agressive et ne leur assure aucune sécurité. Il se pose d'ailleurs la question sur l'importance de la mère, et pense que celle-ci ne sert qu'à porter une grossesse « *Les franchement je vous l'assure ont quelle importance capitale dans la vie de la famille, mais les mien passent le temps à se chamailler sur les inutilités, oh c'est dommage et très malheureux* ». La présence de mon père n'est matérialisée que par un appel excessif à la règle, alors même qu'il rentre tard à la maison. Mes parents donnent seulement des ordres et des punitions excessives « *Tout ça me rend triste et nerveux* » déclare-t-il.

Idriss est très en colère et révolté contre ses deux parents au point qu'il exprime son désaveu à les voir. Il dit :

*« quand mes parents sont à la maison, je suis toujours tendu et nerveux et j'ai parfois peur, car il y a toujours la violence physique et/ou verbale dans l'aire. Mes parents ne sont pas gentils, mon père très méchant ; mes parents s'intéressent plus à eux-mêmes qu'à leurs enfants, mais on va faire comment ».*

Idriss voit en sa maman, une personne qui a accepté de les garder parce qu'elle n'avait pas de choix et il pense que c'est d'ailleurs pour cela qu'elle sera incapable, de s'occuper d'eux

*« ma mère a la volonté, mais, elle est dépassée par ses propres erreurs, elle a craché au-dessus de son nez et voilà qu'elle a reçu cela sur son front, il lui faut un homme stable, mais... chacun récoltera ce qu'il a semé ».*

La famille nucléaire d'Idriss porte une part de responsabilité de la toxicomanie dont vit leur progéniture. Voilà les circonstances du développement de la toxicomanie de l'adolescent de 17 ans et demi avec qui nous avons eu plusieurs entretiens.

### **6.1.5. Positionnement par rapport à l'entretien**

Idriss démontre sa difficulté à aborder l'histoire d'avec ses parents à travers plusieurs indices notamment le regard fuyant et parfois agar, les instants de silence, les tergiversations, les attermoiements, la voix hésitante, la crispation, les mouvements de corps, l'instabilité. Du début à la fin, des échanges, le regard de Idriss n'a pas croisé le nôtre de façon formelle, même pas une seule fois, il se levait de temps en temps, se rasseyait en répondant à nos préoccupations. A chaque étape, il se montrait impatient en demandant à tout moment que : « *c'est fini ou c'est déjà, entrain définir* ».

## 6.2. PRESENTATION DU CAS NATHAN

### 6.2.1. Tableau analytique de contenu du cas de Nathan

Thèmes	Unités lexicales dominantes	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nathan est un adolescent âgé de 16 ans, élève au Lycée de la Cité-Verte en classe de 2<sup>nd</sup>. Il redouble d'ailleurs.</li> <li>- sa mère dit toujours que son père entretient des liaisons avec beaucoup d'autres femmes et pour cela ils se disputent violemment assez régulièrement.</li> </ul>	<p>Il est évident que Nathan vit quotidiennement dans une famille où la violence entre ses parents est récurrente et cela lui pose des sérieux problèmes. le jeune adolescent ne supporte voir ses parents se livrer en spectacle au point où plusieurs assises familiales sont tenues pour essayer de résoudre leurs multiples disputes.</p>
<b>Anamnèse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nathan est dernier né d'une famille de qui compte cinq enfants parmi lesquels deux garçons et trois filles. Deux de ses sœurs ont quitté la maison parentale et habitent chacune avec un copain.</li> <li>- A propos de ces tatouages, il déclare, « le serpent à deux têtes c'est pour frapper des ennemis qui viennent en face et ceux qui viennent derrière par lâcheté ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La position de Nathan dans la fratrie peut également justifier sa fragilité psychologique et son angoisse.</li> <li>- le sens et la signification que Nathan donne à ses tatouages peuvent traduire une insécurité permanente dans laquelle cet adolescent de 16 ans vit au quotidien.</li> </ul>

---

- Pour ce qui est de l'œil à l'arrière de son cou il dit, « c'est pour voir tout ce qui se passe derrière moi ».

- sur le plan symbolique, il y a comme un sentiment de culpabilité.

« Un bon père ne tape pas sur sa femme et ses enfants. »

« Une bonne mère n'insulte pas son mari, le père de ses enfants partout dans le quartier. »

« c'est honteux pour nous et pour eux deux »

- Il y a eu plusieurs assises familiales pour essayer de résoudre leurs multiples disputes mais hélas jamais de solution durable n'a été trouvée. Plusieurs amis et connaissances interviennent, mais en vain aucune solution.

« chaque fois que j'allais fumer avec mes pots, quand je rentre, même s'ils font quoi là je ne ressens rien je dors seulement ».

- cet adolescent pense que la drogue l'aide à vivre hors des problèmes de violence et de querelle de ses parents.

### **Circonstances angoissantes à l'origine de toxicomanie**

« quels parents, c'est eux qui mon poussé à la drogue avec leur vie de sauvages et

Il pense que ses parents sont responsables de ce qui lui arrive.



de chiens, je ne pense rien d'eux et qu'eux aussi ne pensent rien de moi ». Il arrive à élaborer un travail mental de déni de géniteur.

« Quand je fume je me sens à l'aise et je ne dérange personne ». - il n'a même pas envie de voir ses parents que ce soit son père ou sa mère. Ceci,

« papa et maman ne sont pas sérieux, chacun s'est préoccupé de sa vie et non de la mienne, tout ce que je suis aujourd'hui c'est à cause d'eux, à l'heure actuelle je préfère ne pas y penser ». - parce qu'ils ne représentent rien pour lui, il les considère d'ailleurs comme responsable de ses malheurs.

«leurs scènes de ménage m'énervé, pour un peu oublier, je sors et je fume. A chaque fois que je repense à cela, je suis dérangé, ce qui me fait ne pas aimer revenir à la maison, c'est pour cela que j'ai multiplié la clé pour éviter de déranger quand je rentre tard, c'est n'importe quoi à la maison, je pense même qu'il n'est pas normal et moi j'aurai préféré avoir mon indépendance totale. Ça me dérange parce que je ne travaille pas ». - L'on peut comprendre par là que Nathan cherche le soutien, et faute d'en trouver dans son univers biologique, il croit l'avoir trouvé auprès de ses pairs, et malheureusement c'est dans la drogue qu'il trouve le bouclier, c'est avec les amis et la drogue qu'il comble le vide affectif et sécuritaire qu'il espérait trouver auprès de ses parents

**Contexte familial de la consommation de la drogue**

« Depuis les jours qui ont suivi l'overdose que j'avais ». - A priori l'on a l'impression qu'il se souciait de temps en

## par l'adolescent

eu en rentrant de la fête chez mon ami, mes parents sont devenus autrement. Non seulement les disputes sont devenues plus fréquentes, mais moi-même je ne supportais plus cette vie-là. Parfois j'ai même pitié de ma mère mais je peux faire comment. Parfois c'est elle-même qui cherche. Elle est souvent sûrement très triste, II semble qu'elle ne mangeait presque pas, même comme c'est elle même qui a cherché ça. C'est pour cela que je sens parfois que ni mon père, ni ma mère ne sont pas de bon parents »

Il relate que : « pendant les courts moments de paix dans la maison il se sentait aussi bien et oubliais même de fumer, mais hélas ces moments ne durent pas plus de deux semaines ».

« Si mes parents pouvaient s'entendre cela pourrait m'aider à mieux fréquenter et à être quelqu'un, moi je n'ai pas encore assez de moyens, mais un jour ça va

temps plus de sa mère que de son père, toutefois, il lui impute l'absence de discernement dans ses choix. L'on a l'impression à fouiner dans ses discours pour comprendre que sa maman n'échappe pas à la culpabilité. Cela se justifie d'ailleurs puis que Nathan pense que si ses parents s'aimaient, il ne serait pas dans sa situation actuelle

- Nathan laisse apparaître sentiments de tristesse, il a de haine contre ses parents qui ne s'aiment pas. L'adolescent ne déplore pas trop l'absence physique de son père ou de sa mère, ni même le problème de l'autorité et l'on se dit que, c'est parce qu'il est de temps en temps avec ses amis qui lui servent d'étayage.

### **Positionnement par rapport à l'entretien**

changer, je suis sûr de moi ».

Bien que ses amis soient là de temps en temps pour le soutenir selon lui. Nathan laisse néanmoins transparaître dans son discours des indices de conflits psychologiques liés aux querelles et disputes récurrente de ses parents. Notons que ceux-ci sont moins présents chez lui que chez Idriss. Nathan cherche à se montrer fort pendant l'entretien, il fait semblant d'être assez détendu, cependant plusieurs indicateurs trahissent la difficulté à relater son histoire. C'est le cas notamment des mélancolies, la voix parfois non audible et saccadée, des moments de silence, de la grimace, de la gestuelle avec une forte intonation et un regard parfois airant et agar. De plus Nathan s'est montré assez sérieux pendant ses propos. On aurait dit qu'il n'était pas pressé de finir de raconter cette histoire tragique. Un style de discours descriptif, marqué par des pauses pour mettre l'accent sur l'absence de liens entre les représentations et les affects ou bien une négation des liens proposés par le psychologue chercheur.

### **Conclusion sur les cas**

La famille nucléaire de Nathan porte une part de responsabilité de la toxicomanie dont vit leur progéniture. Voilà les circonstances du développement de la toxicomanie de l'adolescent de 16 ans avec qui nous avons eu plusieurs entretiens.

---

### **6.2.2. Présentation et anamnèse**

Nathan est un adolescent âgé de 16 ans, élève au Lycée de la Cité-Verte en classe de 2<sup>nd</sup>. Il redouble d'ailleurs. Il a un teint noir très foncé, une taille moyenne, il a des cheveux très courts avec une très longue raie qui va de son front à sa nuque, il faut dire que sa coiffure n'est pas en harmonie avec la discipline du Lycée mais le surveillant général semble indifférent et même certains enseignants, Nathan semble profiter de ce laisser faire pour se distinguer de ses camarades et jouer les caïds. Sa tenue est bien propre et « *slimer* » comme toutes les tenues de ses amis c'est-à-dire une tenue qui laisse apparaître les formes de son corps. Il a d'ailleurs déjà été traduit plusieurs fois au Conseil de discipline pour port d'une

mauvaise tenue. Comme ses amis, il amène à l'école deux tenues. A l'approcher, il a un tatouage en forme de serpent à deux têtes sur de l'avant-bras droit, et un autre en forme d'un œil humain derrière son cou, juste en dessous de sa nuque. A propos de ces tatouages, il déclare, « *le serpent à deux têtes c'est pour frapper des ennemis qui viennent en face et ceux qui viennent derrière par lâcheté* ». Pour ce qui est de l'œil à l'arrière de son cou il dit, « *c'est pour voir tout ce qui se passe derrière moi* ». Nathan est dernier né d'une famille de qui compte cinq enfants parmi lesquels deux garçons et trois filles. Deux de ses sœurs ont quitté la maison parentale et habitent chacune avec un copain. C'est une famille originaire de l'Ouest Cameroun. Nathan aime la balade, la musique et le football il joue assez régulièrement au pari-foot.

Nathan a toujours vécu avec ses deux parents jusqu'à ce jour. Il relate son histoire, en ce sens. Toute la famille vie ensemble en dehors des deux filles qui sont allées vivre avec leur copain, mais sa mère dit toujours que son père entretient des liaisons avec beaucoup d'autres femmes et pour cela ils se disputent violemment assez régulièrement. Très souvent ils s'échangent des mots durs, des insultes insupportables ceci devant les enfants. Ces altercations régulières font que les voisins sortent parfois pour les séparer et « *c'est honteux pour nous et pour eux deux* » déclare-t-il avec un air mélancolique et agacé. Il y a eu plusieurs assises familiales pour essayer de résoudre leurs multiples disputes mais hélas jamais de solution durable n'a été trouvée. Plusieurs amis et connaissances interviennent, mais en vain aucune solution. Cette situation met Nathan tellement mal à l'aise qu'il préfère souvent être hors de la maison et ne revient que pour manger et dormir. Ces longs moments hors de la maison, non pour des raisons scolaires, l'on davantage exposé aux mauvaises rencontres et à la consommation de la drogue.

A l'heure actuelle, les parents de Nathan sont dépassés et c'est ce qui explique leur démarche vers le centre d'écoute et d'aide aux familles et couples en détresse du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille. Comme chez Idriss, les parents de Nathan sont plus préoccupés par d'autres affaires particulièrement par la relation conjugale que par la vie de l'adolescent ou des autres enfants.

### **6.2.3. Circonstances angoissantes à l'origine de la toxicomanie**

Le jour où le père de Nathan apprend que son fils se droguait, il s'est mis en colère et une longue dispute avait commencée entre lui et son épouse, ils se rejetaient la faute et les bagarres ont recommencé de plus belle dans le couple. C'est à la suite des bagarres répétitives de ses parents que l'adolescent commence vraiment à chercher un exutoire pour

gérer ses angoisses régulières et la permissivité à la maison offre alors une porte à Nathan pour aller rencontrer ses amis quand il veut. Autrement dit l'adolescent se trouve impuissant et va chercher refuge et consolation auprès de ceux qu'il nomme lui-même « *la vraie famille* ». C'est dans ce sens qu'il affirme ce qui suit

*« mes parents ne s'aiment pas et n'aiment pas leurs enfants. Un bon père ne tape pas sur sa femme et ses enfants. Une bonne mère n'insulte pas son mari, le père de ses enfants partout dans le quartier. J'ai souvent envie de finir avec eux une fois mais ils ont souvent la chance qu'il y a toujours les gens »*

C'est un soir, exacerbé par les querelles répétitives entre ses parents que Nathan a fait sa première fugue qui l'a amené à vivre deux semaines chez des amis et c'est là qu'il a eu sa première expérience de drogue, et avec le temps il se sentait mieux quand il fumait le cannabis. Il dit « *chaque fois que j'allais fumer avec mes pots, quand je rentre, même s'ils font quoi là je ne ressens rien je dors seulement* ». Nathan déclare que ses parents ont découvert qu'il se droguait plus d'un an après sa première expérience de consommation.

C'est suite à une overdose que les parents de Nathan sont informés de ce que leur fils se drogue. Ce jour dit-il, à l'occasion de l'anniversaire de la copine de son ami, il devait jouer l'imprésario et alors pour avoir tout le cran nécessaire il avait fumé plus qu'il n'en fallait, mais il ne regrette pas car dit-il « *j'avais offert une prestation remarquable lors de cette fête* ».

Ainsi, Nathan quitte la maison assez régulièrement pour essayer de trouver des instants de quiétudes auprès de ses compagnons avec qui il consomme le cannabis. Nathan est encore il faut le dire, très petit quand il commence à vivre ce drame familial, il a encore besoin de la chaleur parentale, mais malheureusement, il sera obligé d'être témoins de la déchirure de ses parents. Ainsi, l'adolescent va avoir des séries de nuits d'angoisse suite aux querelles et disputes répétitives de ses parents.

Face à cette situation et pour trouver un espace de paix, Nathan avait pris l'habitude de fumer du cannabis tous les matins et pendant les récréations avec un groupe d'ami qui se faisait appeler les « Boys ». Ce groupe d'environ sept adolescents majoritairement formé d'élèves du Lycée se comportait comme un Gang bien organisé. Nathan avait une position de leader dans le groupe car c'est lui qui collectait l'argent destiné à l'achat de la drogue, c'est lui également qui nous a mis en contact avec les autres membres du groupe qui malheureusement, ont refusé de participer volontairement à notre étude. Nathan dit qu'il va

au ravitaillement au quartier briqueterie deux fois par semaine, les dimanches et les mercredis après-midi.

Il déclare aussi fumer chaque soir avant de se coucher pour bien dormir. A la question de savoir ce qu'il pense de ses parents par rapport à la drogue qu'il fume, il hoche les épaules et répond « *quels parents, c'est eux qui m'ont poussé à la drogue avec leur vie de sauvages et de chiens, je ne pense rien d'eux et qu'eux aussi ne pensent rien de moi* ». L'adolescent s'essuie le visage assez régulièrement regarde toujours de gauche à droite comme pour se rassurer de sa sécurité. Tous ces échanges sont entre coupés de long moment de silence qui cachent mal sa gêne face aux questions liées à ses parents. Il dit,

*« leurs scènes de ménage m'énervent, pour un peu oublier, je sors et je fume. A chaque fois que je repense à cela, je suis dérangé, ce qui me fait ne pas aimer revenir à la maison, c'est pour cela que j'ai multiplié la clé pour éviter de déranger quand je rentre tard, c'est n'importe quoi à la maison, je pense même qu'il n'est pas normal et moi j'aurai préféré avoir mon indépendance totale. Ça me dérange parce que je ne travaille pas »*

#### **6.2.4. Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

*« Depuis les jours qui ont suivi l'overdose que j'avais eu en rentrant de la fête chez mon ami, mes parents sont devenus autrement. Non seulement les disputes sont devenues plus fréquentes, mais moi-même je ne supportais plus cette vie-là. Parfois j'ai même pitié de ma mère mais je ne sais pas comment. Parfois c'est elle-même qui cherche. Elle est souvent sûrement très triste, elle semble qu'elle ne mangeait presque pas, même comme c'est elle-même qui a cherché ça. C'est pour cela que je sens parfois que ni mon père, ni ma mère ne sont pas de bons parents »* affirme Nathan pour décrire ses parents et son ressenti.

Pour lui, les vrais parents ne peuvent pas vivre ainsi. A priori l'on a l'impression qu'il se soucie de temps en temps plus de sa mère que de son père, toutefois, il lui impute l'absence de discernement dans ses choix. L'on a l'impression à fouiner dans ses discours pour comprendre que sa maman n'échappe pas à la culpabilité. Cela se justifie d'ailleurs puis que Nathan pense que si ses parents s'aimaient, il ne serait pas dans sa situation actuelle. Il relate que : « *pendant les courts moments de paix dans la maison il se sentait aussi bien et oubliais même de fumer, mais hélas ces moments ne durent pas plus de deux semaines* ».

Nathan laisse apparaître sentiments de tristesse, il a de la haine contre ses parents qui ne s'aiment pas. L'adolescent ne déplore pas trop l'absence physique de son père ou de sa mère,

ni même le problème de l'autorité et l'on se dit que, c'est parce qu'il est de temps en temps avec ses amis qui lui servent d'étagage. Il a alors besoin de sentir en sécurité et bénéficier de l'amour de la part de ses parents. « *Si mes parents pouvaient s'entendre cela pourrait m'aider à mieux fréquenter et à être quelqu'un, moi je n'ai pas encore assez de moyens, mais un jour ça va changer, je suis sûr de moi* ».

### 6.2.5. Positionnement par rapport à l'entretien

Bien que ses amis soient là de temps en temps pour le soutenir selon lui. Nathan laisse néanmoins transparaître dans son discours des indices de conflits psychologiques liés aux querelles et disputes récurrente de ses parents. Notons que ceux-ci sont moins présents chez lui que chez Idriss. Nathan cherche à se montrer fort pendant l'entretien, il fait semblant d'être assez détendu, cependant plusieurs indicateurs trahissent la difficulté à relater son histoire. C'est le cas notamment des mélancolies, la voix parfois non audible et saccadée, des moments de silence, de la grimace, de la gestuelle avec une forte intonation et un regard parfois airant et agar. De plus Nathan s'est montré assez sérieux pendant ses propos. On aurait dit qu'il n'était pas pressé de finir de raconter cette histoire tragique. Un style de discours descriptif, marqué par des pauses pour mettre l'accent sur l'absence de liens entre les représentations et les affects ou bien une négation des liens proposés par le psychologue chercheur.

## 6.3. PRESENTATION DU CAS DANIEL

### 6.3.1. Tableau analytique de contenu du cas de Daniel

Thèmes	Unités lexicales dominantes	Commentaires
Anamnèse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daniel est un garçon adolescent de 17 ans. Il est élève en 1<sup>ère</sup> au Lycée de Ngoa-kelle. Il est le cadet dans une fratrie de trois parmi lesquels un garçon et deux filles.</li> <li>- Le couple est permanent en conflit au sujet de la gestion du revenu familial et de la</li> </ul>	<p>Il est évident que Daniel vit quotidiennement dans une famille où la violence entre ses parents est récurrente et cela lui pose des sérieux problèmes. le jeune adolescent ne supporte voir ses parents se livrer en spectacle au point où plusieurs assises familiales sont tenues pour essayer de résoudre leurs multiples disputes.</p>

---

consommation de l'alcool par

le père de Daniel.

- Le père de Daniel en sa qualité de militaire homme de troupe a été plusieurs fois affecté d'une ville à l'autre dans le cadre de son emploi, et à chaque fois qu'il se déplace, il laisse sa famille à la métropole (Yaoundé) où il a bâti sa maison.

- « mon père et ma mère n'ont jamais vraiment vécu ensemble mon père a toujours été affecté ici et là et même quand même nous sommes dans la même ville, il dort à la maison deux ou trois fois par semaine à cause de gardes. ...Et quand il est là avec nous à la maison, c'est l'enfer, il croit que tous le monde à la maison est son Tam-tam »

- A propos de ces tatouages, il déclare, « le serpent à deux têtes c'est pour frapper des ennemis qui viennent en face et ceux qui viennent derrière par lâcheté ».

- « Un jour, ma mère nous a réuni à la maison et nous a dit que notre papa est trop

- La position de Daniel dans la fratrie peut également justifier sa fragilité psychologique et son angoisse.

- le sens et la signification que Daniel donne à ses tatouages peuvent traduire une insécurité permanente dans laquelle cet adolescent de 17 ans vit au quotidien.

- Daniel a une trajectoire de vie marquée par les violences psychologique et physique entre ses géniteurs. Son vécu familiale l'a poussé à prendre des décisions qui mettent sa vie en danger et l'expose à de la mauvaise fréquentation et aux substances psychoactives.

- sur le plan symbolique, il y a comme un sentiment de vengeance.



---

**Circonstances angoissantes  
à l'origine de toxicomanie**

irresponsable, il est toujours parti et c'est moi seule qui souffre avec vous, ils ma trahie, en plus il est un ivrogne, un jour je suis sûr, monsieur je vais mettre chacun à sa place je vais me venger contre mes parents ».

- Le revenu issu du travail de la couturière que fait la mère de Daniel n'est pas toujours suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins de la famille, entendu que le salaire de son père bien qu'élevé échappe au contrôle de sa mère.

- Daniel se trouve assez régulièrement confronté à des situations embarrassantes lorsque ses deux parents se battent, du moins lorsque son père frappe sa mère.

« je préfère souvent rentrer à la maison quand je sais mes parents dorment déjà, ou quand je sens que la maison est calme. Parfois même, j'appel d'abord ma sœur et dans sa façon de me répondre je sais si la maison est calme ou pas ».

- cet adolescent pense que la drogue l'aide à vivre hors des problèmes de violence et de querelle de ses parents. Il pense que ses parents sont responsables de ce qui lui arrive.

Il arrive à élaborer un travail mental de déni de géniteur.

- Chaque fin de journée est source d'angoisse pour cet adolescent qui redoute de vivre les scènes de violences entre ses parents.

- L'instabilité et la turbulence chez les parents de Daniel, ont plongé cet adolescent dans une sorte d'angoisse permanente qui explique sa recherche d'un moyen pour réprimer les pulsions négatives qui l'envahissent chaque fois

« avec mes amis on fume le cannabis tous les jours et je me sens très bien. Quand je

suis à la maison et que je n'arrive pas à dormir, je fume et ça me fait du bien » - Lorsque Daniel n'a pas d'argent pour se procurer du cannabis, il commet des larcins chez eux et dans le voisinage. Il dit « quelque fois quand c'est très chaud et que je ne trouve pas de quoi me procurer la dose habituelle de cannabis, j'inhale la colle forte et ça me calme ».

« rien ne m'arrive c'est mon père et ma mère qui me dérangent. Je veux ma paix »

« mes parents ont rendu notre maison invivable, nous vivions parfois un peu calmes quand papa travaillait à Djom ou à Koutaba, là, la guerre commençait seulement les weekends où il venait. Mon père c'est un taliban. Il avait même dit un jour pendant leur combat inutile qu'il va nous tuer tous si maman ne

qu'il est témoin des altercations entre ses parents.  
- L'on peut comprendre par-là que Daniel cherche le soutien, et faute d'en trouver dans son univers biologique, il croit l'avoir trouvé auprès de ses paires, et malheureusement c'est dans la drogue qu'il trouve le bouclier, c'est avec les amis et la drogue qu'il comble le vide affectif et sécuritaire qu'il espérait trouver auprès de ses parents.

- Daniel culpabilise plus son père et dit que « ma mère se bat avec sa couture pour nous elle fait de son mieux mais mon père, c'est surtout lui qui m'énerve plus. Il boit et il est trop violent. Il voulait me faire ça mais je l'ai dépassé ».

L'adolescent exprime aussi son indépendance dans ce propos, pour lui son père a

### **Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

le laisse pas tranquille » capitulé et il peut désormais  
 Il dit « le Cannabis me faire ce qu'il veut. Il n'est  
 calme et me donne la paix » plus sous contrôle ce qui  
 « je n'aime pas être avec peut expliquer ses  
 mes parents et surtout mon fréquentations  
 père, je préfère être avec problématiques et sa  
 mes potes. C'est deux là ne consommation de la drogue.  
 s'aiment même pas je ne - Daniel fait la exprime un  
 sais pas pourquoi ils sont manque d'affection et de  
 ensemble mieux même cadre serein de vie  
 chacun prend sa route » familiale. Cet état de son  
 « Les deux là sont des mal être transparait dans ses  
 terroristes, ils ne sont pas propos, gestes et attitudes  
 gentils, pourquoi nous aussi pendant les entretiens que  
 on ne peut pas rentrer de nous avons eu avec  
 l'école un jour et trouver nos l'adolescent et même lors  
 deux parents assis entrain de des rencontres familiales  
 causer sur notre vie ; les - L'adolescent déplore  
 voir s'occuper de nous » l'absence réelle de la  
 déclare Daniel pendant un fonction parentale, et  
 entretien. exprime son désarroi face à  
 une vie de famille  
 dysfonctionnelle ou les rôles  
 symboliques parentaux ne  
 sont représentés et les  
 transactions relationnelles  
 sont truffées de violences et  
 dénudé de symboles  
 affectifs.

- Daniel n'arrive pas à se  
 projeter dans cet espace de  
 vie ou toutes les scènes et  
 les transactions sont

saumâtres. C'est face à ce vécu violent douloureux que Daniel trouve un réconfort dans la rencontre avec ses paires et la consommation de la drogue.

Au niveau du contact et l'entrée en relation avec cet adolescent, il nous a paru très calme, réservé et discret. Il a semblé retissant au tout début des entretiens cependant il s'est exprimé en toute confiance, semblant même en tirer profit pour son introspection. En effet, au moment de notre rencontre, l'on a pu percevoir une immense souffrance dans ses prises de paroles, son regard, ses gestes, attitudes et mimiques. Tout cela sur fond de difficultés relationnelles avec son père et d'ambivalence évidents vis-à-vis de sa mère qui ont néanmoins réussi à le convaincre d'accepter de travailler avec nous dans le cadre de cette recherche.

### **Positionnement par rapport à l'entretien**

Les hésitations, l'attitude crispée et parfois réticente face à l'entretien, le regard perdu et fuyant, l'intonation faible de la voix, le silence prolongé et répétitif, les mouvements du corps, l'instabilité et la mimique sont autant de signes qui prouvent que Daniel est affecté par l'absence de la fonction parentale et qu'il en souffre encore. Il avait toujours la tête baissée, évitant de croiser notre regard, il était également très sérieux et n'a pas une seule fois esquissé même un sourire, il n'était pas très disposé et donc s'arrêtait très souvent avant de continuer. Aussi, son silence était si fréquent qu'il fallait en permanence relancer pour qu'il poursuive son discours. En effet, les relances étaient plus fréquentes chez lui que chez les précédents davantage parce qu'il s'éloignait trop souvent des thèmes cibles de l'entretien, c'est également pourquoi son entretien aura duré plus longtemps. Daniel est assez dur avec ses parents et

surtout son père à qui il n'a trouvé aucune excuse pour son comportement durant tous nos entretiens. Le basculement dans la toxicomanie pour cet adolescent nous semble tributaire de son vécu familial marqué par les turbulences, et altercations verbales et physiques entre ses parents

### Conclusion sur les cas

La famille nucléaire de Daniel porte une part de responsabilité de la toxicomanie dont vit leur progéniture. Voilà les circonstances du développement de la toxicomanie de l'adolescent de 17 ans avec qui nous avons eu plusieurs entretiens.

---

### 6.3.2. Présentation et anamnèse

Daniel est un garçon adolescent de 17 ans. Il est élève en 1<sup>ère</sup> au Lycée de Ngoa-kelle C'est un adolescent de teint clair et de taille moyenne, apparemment très calme et réservé. La communication avec lui n'est pas aisée car il très renfermé sur lui-même. Il est le cadet dans une fratrie de trois parmi lesquels un garçon et deux filles. Daniel va à l'école avec une tenue relativement sale et ne prend pas soin de son corps, il est né à Yaoundé de parents Eton. Son père est un adjudant-chef de l'armée de terre en fonction au quartier général, et sa mère couturière à domicile, la famille vie au quartier Obili. Le couple est permanent en conflit au sujet de la gestion du revenu familial et de la consommation de l'alcool par le père de Daniel. Le père de Daniel en sa qualité de militaire homme de troupe a été plusieurs fois affecté d'une ville à l'autre dans le cadre de son emploi, et à chaque fois qu'il se déplace, il laisse sa famille à la métropole (Yaoundé) où il a bâti sa maison. Daniel relate son histoire en ces mots,

*« mon père et ma mère n'ont jamais vraiment vécu ensemble mon père a toujours été affecté ici et là et même quand même nous sommes dans la même ville, il dort à la maison deux ou trois fois par semaine à cause de gardes. ...Et quand il est là avec nous à la maison, c'est l'enfer, il croit que tous le monde à la maison est son Tam-tam ».*

Le père et la mère de Daniel n'ont jamais réellement vécu dans une paix durable, leur vie est une alternance permanente entre bagarres, querelles et paix, tous ceci régulièrement devant les enfants et le voisinage. Face à cette récurrence des querelles et violences physiques entre ses parents, Daniel commence à rester un peu plus tard hors de la maison. Il traîne dans le quartier avec ses amis. Cette situation est en réalité douloureuse pour cet adolescent, un jour,

il a d'ailleurs fallu l'intervention des voisins pour contenir le jeune Daniel qui malgré son jeune âge voulait en découdre avec son père à la suite d'une altercation entre ses parents. Daniel dit

*« Un jour, ma mère nous a réunis à la maison et nous a dit que notre papa est trop irresponsable, il est toujours parti et c'est moi seule qui souffre avec vous, ils ma trahie, en plus il est un ivrogne, un jour je suis sûr, monsieur je vais mettre chacun à sa place je vais me venger contre mes parents ».*

A présent personne n'a de compte à rendre à l'autre. Daniel a une trajectoire de vie marquée par les violences psychologique et physique entre ses géniteurs. Son vécu familiale l'a poussé à prendre des décisions qui mettent sa vie en danger et l'expose à de la mauvaise fréquentation et aux substances psychoactives. Au moment où nous rencontrons Daniel, il mène une vie en alternance entre le domicile de ses parents et ceux de ses amis et compagnons de drogue. Il a accepté avec difficulté de participer à la recherche, par solidarité avec un de ses amis dont les parents ont également sollicité notre aide pour accompagner leur fils.

### **6.3.3. Circonstances angoissantes à l'origine de la toxicomanie**

Le revenu issu du travail de la couturière que fait la mère de Daniel n'est pas toujours suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins de la famille, entendu que le salaire de son père bien qu'élevé échappe au contrôle de sa mère. C'est d'ailleurs cette difficulté à mettre en commun les deux revenus des parents qui est très souvent source des disputes récurrentes que l'on observe chez les parents de cet adolescent. Daniel se trouve assez régulièrement confronté à des situations embarrassantes lorsque ses deux parents se battent, du moins lorsque son père frappe sa mère. Chaque fin de journée est source d'angoisse pour cet adolescent qui redoute de vivre les scènes de violences entre ses parents. Il le dit en ces termes

*« je préfère souvent rentrer à la maison quand je sais mes parents dorment déjà, ou quand je sens que la maison est calme. Parfois même, j'appelle d'abord ma sœur et dans sa façon de me répondre je sais si la maison est calme ou pas ».*

L'instabilité et la turbulence chez les parents de Daniel, ont plongé cet adolescent dans une sorte d'angoisse permanente qui explique sa recherche d'un moyen pour réprimer les pulsions négatives qui l'envahissent chaque fois qu'il est témoin des altercations entre ses parents. Passant de plus en plus de temps hors de la maison, le jeune Daniel fait des rencontres avec des jeunes de son âge et même parfois plus âgé que lui, avec qui pour mieux intégrer le groupe s'identifier, il faut absolument faire comme tous les membres du groupe, à

savoir fumer le cannabis. Cette pratique devient très rapidement chez Daniel un exutoire pour éviter de vivre les spectacles horribles que lui offre assez régulièrement ses parents.

La maison étant devenue un espace conflictogène et source de perturbation pour le jeune Daniel, le groupe de ses pairs est devenu pour lui un espace de réconfort et de sécurité. Les habitudes et la régularité de consommation de drogue ont finalement eu raison sur le Daniel qui dit « *avec mes amis ont fume le cannabis tous les jours et je me sens très bien. Quand je suis à la maison et que je n'arrive pas à dormir, je fume et ça me fait du bien* » Lorsque Daniel n'a pas d'argent pour se procurer du cannabis, il commet des larcins chez eux et dans le voisinage. Il dit « *quelque fois quand c'est très chaud et que je ne trouve pas de quoi me procurer la ma dose habituelle de cannabis, j'inhale la colle forte et ça me calme* ». Depuis que les parents de Daniel ont su qu'il se drogue de façon récurrente, ils se rejettent le tord tout le temps et essaye en vain de maitriser leur fils qui ne les écoute presque plus. Plusieurs fois Daniel a été retrouvé inconscient dans sa chambre après avoir fumé du cannabis. Quand on lui pose la question sur ce qui lui arrive il déclare « *rien ne m'arrive c'est mon père et ma mère qui me dérangent. Je veux ma paix* »

#### **6.3.4. Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

Les altercations verbales et physiques régulières entre les parents de Daniel sont les circonstances déclencheuses des fugues répétitives de l'adolescent qui en réalité n'a pas connu une vie de famille sereine d'une part du fait de la mobilité liée aux multiples affectations de son père militaire et aux crises du couple lié à la consommation d'alcool et la gestion du revenu familiale. Tout a basculé pour lui avec la rencontre des autres jeunes du quartier ayant déjà l'habitude de se droguer. Il dit :

*« mes parents ont rendu notre maison invivable, nous vivions parfois un peu calmes quand papa travaillait à Djom ou à Koutaba, là, la guerre commençait seulement les weekends où il venait. Mon père c'est un taliban. Il avait même dit un jour pendant leur combat inutile qu'il va nous tuer tous si maman ne le laisse pas tranquille »*

L'adolescent déplore l'absence réelle de la fonction parentale, et exprime son désarroi face à une vie de famille dysfonctionnelle ou les rôles symboliques parentaux ne sont représentés et les transactions relationnelles sont truffées de violences et dénudé de symboles affectifs. Daniel n'arrive pas à se projeter dans cet espace de vie ou toutes les scènes et les transactions sont saumâtres. C'est face à ce vécu violent douloureux que Daniel trouve un réconfort dans la rencontre avec ses pairs et la consommation de la drogue. Il dit « *le Cannabis me calme et me donne la paix* » Daniel fait la exprime un manque d'affection

et de cadre serein de vie familiale. Cet état de son mal être transparait dans ses propos, gestes et attitudes pendant les entretiens que nous avons eu avec l'adolescent et même lors des rencontres familiales. Il l'exprime aussi en ces mots « *je n'aime pas être avec mes parents et surtout mon père, je préfère être avec mes potes. C'est deux là ne s'aiment même pas je ne sais pas pourquoi ils sont ensemble mieux même chacun prend sa route* »

Daniel tolère un peu sa mère et est acerbe lorsqu'il parle de son père. Il le qualifie de « *taliban* » en faisant allusion aux extrémistes musulmans d'Afghanistan. Il considère sa mère un peu comme une victime mais il ne la dédouane pas totalement car dit-il « *elle-même n'est pas facile, parfois c'est elle-même qui cherche ses problèmes avec le pater* ». L'adolescent utilise assez souvent le jargon de guerre lorsqu'il qualifie ses parents.

*« Les deux-là sont des terroristes, ils ne sont pas gentils, pourquoi nous aussi on ne peut pas rentrer de l'école un jour et trouver nos deux parents assis entrain de causer sur notre vie ; les voir s'occuper de nous »* déclare Daniel pendant un entretien.

Daniel culpabilise plus son père et dit que « *ma mère se bat avec sa couture pour nous elle fait de son mieux mais mon père, c'est surtout lui qui m'énerve plus. Il boit et il est trop violent. Il voulait me faire ça mais je l'ai dépassé* ».

L'adolescent exprime aussi son indépendance dans ce propos, pour lui son père a capitulé et il peut désormais faire ce qu'il veut. Il n'est plus sous contrôle ce qui peut expliquer ses fréquentations problématiques et sa consommation de la drogue.

### **6.3.5. Positionnement par rapport à l'entretien**

Au niveau du contact et l'entrée en relation avec cet adolescent, il nous a paru très calme, réservé et discret. Il a semblé retissant au tout début des entretiens cependant il s'est exprimé en toute confiance, semblant même en tirer profit pour son introspection. En effet, au moment de notre rencontre, l'on a pu percevoir une immense souffrance dans ses prises de paroles, son regard, ses gestes, attitudes et mimiques. Tout cela sur fond de difficultés relationnelles avec son père et d'ambivalence évidents vis-à-vis de sa mère qui ont néanmoins réussi à le convaincre d'accepter de travailler avec nous dans le cadre de cette recherche.

Les hésitations, l'attitude crispée et parfois réticente face à l'entretien, le regard perdu et fuyant, l'intonation faible de la voix, le silence prolongé et répétitif, les mouvements du corps, l'instabilité et la mimique sont autant de signes qui prouvent que Daniel est affecté par l'absence de la fonction parentale et qu'il en souffre encore. Il avait toujours la tête baissée,



évitant de croiser notre regard, il était également très sérieux et n'a pas une seule fois esquissé même un sourire, il n'était pas très disposé et donc s'arrêtait très souvent avant de continuer. Aussi, son silence était si fréquent qu'il fallait en permanence relancer pour qu'il poursuive son discours. En effet, les relances étaient plus fréquentes chez lui que chez les précédents davantage parce qu'il s'éloignait trop souvent des thèmes cibles de l'entretien, c'est également pourquoi son entretien aura duré plus longtemps. Daniel est assez dur avec ses parents et surtout son père à qui il n'a trouvé aucune excuse pour son comportement durant tous nos entretiens. Le basculement dans la toxicomanie pour cet adolescent nous semble tributaire de son vécu familial marqué par les turbulences, et altercations verbales et physiques entre ses parents

## 6.4. PRESENTATION DU CAS ISMAËL

### 6.4.1. Tableau analytique de contenu du cas d'Ismaël

Thèmes	Unités lexicales dominantes	Commentaires
<b>Anamnèse</b>	- Ismaël est un adolescent âgé de 17 ans, il fréquente la classe de 2nd qu'il redouble d'ailleurs au collège PETOU	La découverte par Ismaël du conflit lié à son existence au sein de cette famille provoque en l'adolescent une série de questionnements et d'angoisses, qui peuvent expliquer son caractère timide et renfermé sur lui-même et sur ses positions. Il
	- Il est issu d'une fratrie de Cinq enfants dont il est le cadet. Il a arrêté les études pendant un an à cause des fugues répétitives.	
	- Le père d'Ismaël en sa qualité de commerçant a été plus ou moins absent de la maison du fait de ses multiples déplacements et à chaque fois qu'il se déplace, il laisse sa famille sous l'unique autorité de son épouse.	se sent comme un élément étranger dans cette famille et c'est d'ailleurs, ce qui peut expliquer ses fugues récurrentes, qui l'on exposé à la mauvaise compagnie où il a commencé à se droguer avec de la colle forte.
		- La position d'Ismaël dans

---

- L'année où Ismaël doit la fratrie peut également faire son entrée à l'école justifier sa fragilité maternelle, il est envoyé psychologique et son chez une de ses tantes dans angoisse.

un village à Bouda, et cette tante va l'inscrire à l'école sans acte de naissance tout simplement en utilisant ses entregents. Au cours moyen première année, suite au décès de sa tante, Ismaël revient chez ses parents à Yaoundé pour la suite de sa scolarité.

- le sens et la signification qu'Ismaël donne au différent qui oppose son père à sa mère peut traduire un sentiment de rejet, et d'insécurité permanente dans laquelle cet adolescent de 17 ans vit au quotidien.

- A l'âge de 9 ans alors qu'Ismaël doit présenter le certificat élémentaire primaire (CEP), il surprend son père et sa mère en train de se disputer violement au sujet de son acte de naissance. En fait, le couple vit un conflit qui date de la naissance d'Ismaël dont le père doute de sa paternité. Il pense qu'Ismaël n'est pas son fils, mais le résultat d'une infidélité de son épouse, et pour cette raison, le couple n'avait pas établi son acte de naissance.

**Circonstances angoissantes à l'origine de toxicomanie**

« J'avais exactement 9 ans quand j'ai découvert que - La découverte de sa situation dans cette famille

---

**Contexte familial de la  
consommation de la drogue  
par l'adolescent**

mon père ne voulait pas de moi parmi ses enfants. C'est même pour ça qu'il a refusé de me faire l'acte de naissance »

«Depuis ce jour où j'ai su que mon père disait qu'il n'était pas mon père je me suis demandé pourquoi je suis venu au monde si personne ne veut me reconnaître comme son fils »

Entre les classes de 6<sup>ème</sup> et la 2<sup>nd</sup> qu'il reprend il fréquentera quatre établissements scolaires

Sa mère dit « j'ai même arrêté de vendre la colle dans mon alimentation à cause d'Ismaël. Mais quand il a besoin de l'argent pour s'en procurer, il me menace violement ».

Ismaël dit « mon père veut me surveiller pour quoi n'est-ce pas il dit que je ne suis pas son fils !!! »

Ismaël déplore la querelle que sa naissance a provoquée dans la famille depuis bien longtemps.

est élément déclencheur de ses premiers comportements problématiques, du moins c'est cette découverte qui le pousse à quitter pour la première fois le cocon familial.

- Ismaël réagit au reniement par son père en cherchant un refuge qu'il fini par trouver chez ses paires.

Ismaël culpabilise plus son père que sa mère, même comme il lui reproche aussi de ne pas vouloir lui dire exactement qui est son réel géniteur.

Il y a comme une omerta dans cette famille sur cette question, un silence pesant que chacun gère à sa manière.

Ismaël est en porte-à-faux avec ses parents sur toutes les questions liées à la discipline. Il à un problème à se soumettre à l'autorité parentale et même scolaire.

Les parents de cet adolescent lui ont manqué de l'amour. Il a de la haine pour eux, il pense que s'il était

---

---

avec son vrai père, ça aurait  
« Depuis que je suis été mieux. Il quitte  
revenue de Bouda, le régulièrement la maison et  
désordre s'est installé chez passe beaucoup de temps  
nous, ma mère est devenue avec ses amis avec qui, il se  
trop nerveuse et mon père ne drogue. Il nous a même  
communique presque pas révélé que le jour où il va  
avec moi. » déclare connaitre la vérité sur son  
l'adolescent. cas personne ne le

reconnaitra et c'est ce jour  
« Si je me drogue ou pas ça qu'il va faire ce qui va  
les fait quoi ? Ils ne l'amener à en prison pour  
m'aiment pas et moi aussi je toujours. Ces propos  
ne les aime pas un point traduisent le ressenti et  
c'est tout. » l'amertume que cet

adolescent couve en lui et  
« chacun fait ce qu'il veut et cela peut aussi expliquer son  
chacun connait sa position. » refuge dans la consommation  
de la drogue.

Dans le cas d'Ismaël, l'on observe les manifestations neurovégétatives telles que les hésitations, les moments de silence, la voix qui ne se ressent pas bien c'est-à-dire toute tremblante, on a aussi les mouvements corporels, cet ensemble d'éléments prouve que Ismaël a du mal à mener à bien l'entretien, il a de la peine à parler de son histoire, de sa famille. En outre, on a le silence écourté et répétitif, la réticence. L'entretien a été marquée par des silences mis à part lors de la question : « crois-tu que ce n'est pas ton vrai père ? ». Le temps de latence de ses réponses et les annulations dont il a fait l'usage rejoignent l'idée qu'il s'agit d'une personne de réflexion, de questionnements. Ismaël à difficilement accepter que ses parents fassent partie de l'alliance thérapeutique. Il faut dire qu'il gardait presque

### **Positionnement par rapport à l'entretien**

---

toujours la tête baissée pendant nos entretiens sans vraiment nous regarder, son regard était fuyant, il était crispé avec une intonation faible une rythmique lente, la mimique est présente. Il est important de signifier qu'au terme des plusieurs entretiens Ismaël commençait soutenir le regard des autres pour quelques instants.

La famille nucléaire d'Ismaël porte une part de responsabilité de la toxicomanie dont vit leur progéniture.

#### **Conclusion sur les cas**

Voilà les circonstances du développement de la toxicomanie de l'adolescent de 17 ans avec qui nous avons eu plusieurs entretiens.

---

#### **6.4.2. Présentation et anamnèse**

Ismaël est un adolescent âgé de 17 ans, il fréquente la classe de 2<sup>nd</sup> qu'il redouble d'ailleurs au collège PETOU. Il s'exprime difficilement, car trop timide, il a un teint noir, de très grand de taille, avec un physique de sportif. Il est même appelée « *Rocky le dur* » dans sa classe. Il met une tenue très délavée bien propre et bien repassée qui lui colle au corps et expose son physique d'athlète. Sa tenue est du moins « slimée » comme pour tous ses copains, il a plusieurs tatouages sur les deux mains ; il a d'ailleurs été traduit plusieurs fois au conseil de discipline de l'établissement à cause de son corps et de ces marquages, mais il affirme que c'est une partie de lui-même. Il a la tête bien rasée au ras. Il est issu d'une fratrie de Cinq enfants dont il est le cadet. Il a arrêté les études pendant un an à cause des fugues répétitives. C'est pendant cette période que ses parents se sont rendu compte que leur fils inhalait régulièrement la colle forte dont il s'en procurait par larcins dans l'alimentation de sa mère. Sa mère est originaire de la région de l'Ouest, propriétaire d'une alimentation bien achalandée au marché d'Ekounou, et son père du Nord, commerçant exportateur de maïs et d'oignons vers le Tchad et la République Centrafricaine. La famille vit dans une aisance matérielle. Cette famille semble très unie mais elle vit mal le drame de la toxicomanie de d'Ismaël.

A l'âge de 9 ans alors qu'Ismaël doit présenter le certificat élémentaire primaire (CEP), il surprend son père et sa mère en train de se disputer violemment au sujet de son acte de naissance. En fait, le couple vit un conflit qui date de la naissance d'Ismaël dont le père doute de sa paternité. Il pense qu'Ismaël n'est pas son fils, mais le résultat d'une

infidélité de son épouse, et pour cette raison, le couple n'avait pas établi son acte de naissance. Maintenant que l'enfant allait se présenter aux examens officiels le problème à resurgit et par inadvertance Ismaël était au courant. Les disputes ont perduré et les deux parents n'ont pas pu trouver un moment d'accalmie pour penser à l'avenir de leur enfant, les émotions ont pris le dessus au point où ils ne se sont pas soucier du fait que plus tard cet enfant aura besoin de ce précieux document qu'est l'acte naissance. Comme dans le cas de Daniel, Ismaël va vivre mal le drame d'un conflit entre ses parents. Ceci va créer des situations angoissantes chez le jeune adolescent. L'année où Ismaël doit faire son entrée à l'école maternelle, il est envoyé chez une de ses tantes dans un village à Bouda, et cette tante va l'inscrire à l'école sans acte de naissance tout simplement en utilisant ses entregents. Pendant une bonne période il y aura une relative paix à ce sujet dans le couple, et chacun des parents s'occupera de ses affaires avec une attention mitigée sur l'enfant Ismaël. Au cours moyen première année, suite au décès de sa tante, Ismaël revient chez ses parents à Yaoundé pour la suite de sa scolarité.

La découverte par Ismaël du conflit lié à son existence au sein de cette famille provoque en l'adolescent une série de questionnements et d'angoisses, qui peuvent expliquer son caractère timide et renfermé sur lui-même et sur ses positions. Il se sent comme un élément étranger dans cette famille et c'est d'ailleurs, ce qui peut expliquer ses fugues récurrentes, qui l'on exposé à la mauvaise compagnie où il a commencé à se droguer avec de la colle forte.

### **6.4.3. Circonstances angoissantes à l'origine de la toxicomanie**

Ismaël déclare pendant un de nos entretiens « *J'avais exactement 9 ans quand j'ai découvert que mon père ne voulait pas de moi parmi ses enfants. C'est même pour ça qu'il a refusé de me faire l'acte de naissance* ». L'adolescent se rend compte pendant un échange houleux entre ses parents que sa naissance est source de sérieux problèmes entre ceux-ci. Il finit par comprendre les raisons pour lesquelles il s'est retrouvé à Bouda chez sa tante alors que ses autres frères et sœurs vivaient en famille. La découverte de sa situation dans cette famille est élément déclencheur de ses premiers comportements problématiques, du moins c'est cette découverte qui le pousse à quitter pour la première fois le cocon familial. « *Depuis ce jour où j'ai su que mon père disait qu'il n'était pas mon père je me suis demandé pourquoi je suis venu au monde si personne ne veut me reconnaître comme son fils* » déclare le jeune Ismaël. Il ressort de ses propos que l'adolescent fait face à une avalanche de questionnement dont les réponses ne sont pas évidentes. Sa mère n'est pas

dans les dispositions à l'aider car nous confit-elle « *ce ne sont pas des questions qu'on aborde avec les enfants. Je lui ai toujours demandé de se concentrer sur ses études* » les réponses de la mère d'Ismaël nous laissent comprendre que l'adolescent est dans une impasse où il développe une véritable angoisse et cherche en vain l'image symbolique du père car celui qu'il a en face de lui l'a rejeté et sa mère n'est pas disposée à lui donner la moindre information sur la kyrielle de questions qui le turlupine

L'adolescent va vivre des moments difficiles où il sera presque impossible de se concentrer sur ses études. Entre les classes de 6<sup>ème</sup> et la 2<sup>nd</sup> qu'il reprend il fréquentera quatre établissements scolaires. Les motifs de ses renvois des précédents établissements sont tous liés à la discipline et/ou à la consommation de la drogue.

Ismaël fréquente un groupe de jeunes tous pratiquement plus âgés que lui, et c'est avec ces jeunes-là qu'il se drogue assez régulièrement il est même un fournisseur dans ce groupe car il peut facilement soutirer de l'argent dans les caisses de l'alimentation de sa mère ou dérober directement les boîtes de colles destinées à la vente. Sa mère dit « *j'ai même arrêté de vendre la colle dans mon alimentation à cause d'Ismaël. Mais quand il a besoin de l'argent pour s'en procurer, il me menace violemment* ». Ismaël culpabilise plus son père que sa mère, même comme il lui reproche aussi de ne pas vouloir lui dire exactement qui est son réel géniteur. Il y a comme une omerta dans cette famille sur cette question, un silence pesant que chacun gère à sa manière. Ismaël est en porte-à-faux avec ses parents sur toutes les questions liées à la discipline. Il a un problème à se soumettre à l'autorité parentale et même scolaire. Il dit « *mon père veut me surveiller pour quoi n'est-ce pas il dit que je ne suis pas son fils !!!* »

#### **6.4.4. Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

Ismaël déplore la querelle que sa naissance a provoquée dans la famille depuis bien longtemps. Peut-être à cause des activités commerciales de ses parents qui étaient toujours préoccupés par leurs commerces, ou l'infidélité reprochée à sa mère par son père. L'adolescent ne trouve pas d'éléments de réponse à l'ensemble des préoccupations qui sont les siennes.

*« Depuis que je suis revenue de Bouda, le désordre s'est installé chez nous, ma mère est devenue trop nerveuse et mon père ne communique presque pas avec moi. »* déclare l'adolescent. *« Si je me drogue ou pas ça les fait quoi ? Ils ne m'aiment pas et moi aussi je ne les aime pas un point c'est tout. »*

Aussi, Ismaël déplore l'absence physique de ses parents, surtout celle de son père. Il dit qu'il y a ses amis qui n'ont pas de père et qui ont des mères qui les soutiennent mais lui sa mère fait comme son père. Le discours d'Ismaël pose aussi le problème de l'absence d'autorité et d'attachement parental, il parle très peu de ses autres frères et sœur et quand il a une question dans ce sens il dit « *chacun fait ce qu'il veut et chacun connaît sa position.* » lorsque qu'Ismaël sèche les cours personne ne semble plus s'en préoccuper dans la maison. Les parents de cet adolescent lui ont manqué de l'amour. Il a de la haine pour eux, il pense que s'il était avec son vrai père, ça aurait été mieux. Il quitte régulièrement la maison et passe beaucoup de temps avec ses amis avec qui, il se drogue. Il nous a même révélé que le jour où il va connaître la vérité sur son cas personne ne le reconnaîtra et c'est ce jour qu'il va faire ce qui va l'amener à en prison pour toujours. Ces propos traduisent le ressenti et l'amertume que cet adolescent couve en lui et cela peut aussi expliquer son refuge dans la consommation de la drogue.

#### **6.4.5. Positionnement par rapport à l'entretien**

Dans le cas d'Ismaël, l'on observe les manifestations neurovégétatives telles que les hésitations, les moments de silence, la voix qui ne se ressent pas bien c'est-à-dire toute tremblante, on a aussi les mouvements corporels, cet ensemble d'éléments prouve que Ismaël a du mal à mener à bien l'entretien, il a de la peine à parler de son histoire, de sa famille. En outre, on a le silence écourté et répétitif, la réticence. L'entretien a été marqué par des silences mis à part lors de la question : « *crois-tu que ce n'est pas ton vrai père ?* ». Le temps de latence de ses réponses et les annulations dont il a fait l'usage rejoignent l'idée qu'il s'agit d'une personne de réflexion, de questionnements. Ismaël a difficilement accepté que ses parents fassent partie de l'alliance thérapeutique. Il faut dire qu'il gardait presque toujours la tête baissée pendant nos entretiens sans vraiment nous regarder, son regard était fuyant, il était crispé avec une intonation faible une rythmique lente, la mimique est présente. Il est important de signifier qu'au terme des plusieurs entretiens Ismaël commençait soutenir le regard des autres pour quelques instants.



## 6.5. PRESENTATION DU CAS KEVIN

### 6.5.1. Tableau analytique de contenu du cas de Kevin

Thèmes	Unités lexicales dominantes	Commentaires
Anamnèse	<p>- Kevin est un adolescent âgé de 17 ans, il est élève au Lycée Technique de Nkolbisson en classe de T<sup>le</sup></p> <p>- Il vit avec sa mère et son petit frère car il est fils aîné d'une fratrie de quatre</p> <p>« Je n'ai jamais connu mon père parce que ma mère n'a aussi jamais voulu me le montrer, elle me dit seulement que mon père l'avait abandonné avec ma grossesse un disant qu'il n'est pas le responsable ».</p>	<p>- Il ressort de l'entretien avec la mère de Kevin que son père est en fait un membre de la famille qui l'avait violé quand elle était encore au Lycée et par peur de représailles, elle avait gardé le secret. C'est pour cela qu'elle n'a jamais eu le courage d'en parler à son fils.</p> <p>Sa mère vend les beignets haricots devant leur maison et c'est de ces revenus que vit toute la maisonnette. Kevin est parfois obligé de laver les voitures le soir dans une laverie non loin de leur maison pour subvenir à ses petits besoins personnels. C'est d'ailleurs dans cet environnement qu'il fait sa première expérience de consommation de la drogue.</p> <p>- Kevin semble avoir des problèmes de repère parentaux du fait qu'il est grandit chez ses grands parents tout en espèrent</p>

---

**Circonstances angoissantes  
à l'origine de toxicomanie**

- savoir qui est son géniteur que sa mère n'ose pas lui dire du fait qu'il soit en enfant issu des rapports incestueux.
- Kevin a une trajectoire de vie marquée par le silence sur ses origines. un problème de repère semble exister quant au fait que l'adolescent ne sache pas qui est son père biologique ce le pousse à qui mettent sa vie en danger et s'expose à de la mauvaise fréquentation et aux substances psychoactives.
  - Le revenu issu du travail de la couturière que fait la mère de Daniel n'est pas toujours suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins de la famille, entendu que le salaire de son père bien qu'élevé échappe au contrôle de sa mère.
  - cet adolescent pense que la drogue l'aide à vivre hors des problèmes de violence et de querelle de ses parents. Il pense que ses parents sont responsables de ce qui lui arrive. Il arrive à élaborer un travail mental de déni de géniteur.
  - Daniel se trouve assez régulièrement confronté à des situations embarrassantes lorsque ses deux parents se battent, du moins lorsque son père
  - Chaque fin de journée est source d'angoisse pour cet adolescent qui redoute de vivre les scènes de violences entre ses parents.

frappe sa mère.

« je préfère souvent rentrer à la maison quand je sais mes parents dorment déjà, ou quand je sens que la maison est calme. Parfois même, j'appel d'abord ma sœur et dans sa façon de me répondre je sais si la maison est calme ou pas ».

« avec mes amis ont fume le cannabis tous les jours et je me sens très bien. Quand je suis à la maison et que je n'arrive pas à dormir, je fume et ça me fait du bien »

- Lorsque Daniel n'a pas d'argent pour se procurer du cannabis, il commet des larcins chez eux et dans le voisinage. Il dit « quelque fois quand c'est très chaud et que je ne trouve pas de quoi me procurer la ma dose habituelle de cannabis, j'inhale la colle forte et ça me calme ».

« rien ne m'arrive c'est mon père et ma mère qui me dérangent. Je veux ma paix »

- L'instabilité et la turbulence chez les parents de Daniel, ont plongé cet adolescent dans une sorte d'angoisse permanente qui explique sa recherche d'un moyen pour réprimer les pulsions négatives qui l'envahissent chaque fois qu'il est témoin des altercations entre ses parents.

- L'on peut comprendre par là que Daniel cherche le soutien, et faute d'en trouver dans son univers biologique, il croit l'avoir trouvé auprès de ses paires, et malheureusement c'est dans la drogue qu'il trouve le bouclier, c'est avec les amis et la drogue qu'il comble le vide affectif et sécuritaire qu'il espérait trouver auprès de ses parents.

« Depuis que je suis au courant de l'histoire de ma venue au monde, tout me paraît étrange dans ma famille. J'ai l'impression que tout le monde le savait sauf moi. Je vis par pitié, Dieu a eu pitié de moi sinon je serais la nourriture des asticots ».

« Je fume le chanvre même à la maison, surtout quand je vais me laver ou quand tout le monde est couché. ».

**Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

«la vie dans cette maison n'a pas de sens pour moi. Si j'avais où aller je serais parti depuis. Je vois que dans cette maison on me donne même la nourriture par pitié. Et ça c'est depuis l'année passée quand j'ai fais savoir à ma mère qu'elle avait essayé de m'avorter. »

- La mère de Kevin l'inscrit normalement à l'école et lui achète presque tout le nécessaire, cependant, l'adolescent dit que « cela ne sert à rien puisqu'elle ne l'aime pas, et elle ne

surveille pas ses cahiers, ses bulletins. »

« Ma mère n'est pas proche de moi, je n'ai pas de père mon grand père et ma grand-mère sont fatigués, personne ne m'aime. Tout le monde voit seulement ce que je fais de mauvais. »

### **Positionnement par rapport à l'entretien**

L'on observe chez Kevin presque tous les indices de conflits psychiques liés à l'absence de la fonction parentale et à l'image parentale négative. L'on observe chez cet adolescent le sourire narquois, la voix hésitante, l'attitude crispée et réticente, le regard perdu et fuyant, du silence prolongé et répétitif, de la gestuelle, la posture instable et la mimique. Tous ces événements sont la preuve que l'évocation de son histoire fait renaître en lui plusieurs émotions avec tout ce que cela comporte comme difficultés, comme perturbation et comme gêne. Aussi à chaque entretien il est impatient de terminer comme si quelque chose l'attirait ailleurs. Notons aussi que pendant les entretiens, Kevin a du mal à parler de sa mère et même de son père. Nous pensons que faute de trouver des réponses satisfaisantes à ses questionnements, l'adolescent cherche un exutoire dans la consommation de la drogue.

### **Conclusion sur les cas**

La famille nucléaire de Kevin porte une part de responsabilité de la toxicomanie dont vit leur progéniture. Voilà les circonstances du développement de la toxicomanie de l'adolescent de 17 ans avec qui nous avons eu plusieurs entretiens.

---

#### **6.5.2. Présentation et anamnèse**

Kevin est un adolescent âgé de 17 ans, il est élève au Lycée Technique de Nkolbisson en classe de T<sup>le</sup>, il est grand de taille, il a un teint clair, une petite corpulence. Il

a l'air jovial et s'exprime aisément au cours des entretiens. Il porte une tenue et des chaussures propres, mais avec les cheveux ébouriffés. Il est né à Yaoundé des parents originaires du Sud. Bien que d'emblée réservée, il donne néanmoins l'impression d'un garçon ouverte et détendue. Il vit avec sa mère et son petit frère car il est fils aîné d'une fratrie de quatre, il aime la musique appelé rap, et le sport. Comme Ismaël, il a une tenue qui lui colle au corps et expose toutes ses formes, contrairement à, Isdriss, Nathan, Ismaël, et Daniel, il ne porte aucun tatouage, mais il met un fond noir sur ses cils. Kevin garde les cheveux comme cela, parce que le soir, quand il rencontre ses autres amis il est dans la mode et ne ressemble pas à un élève mais plutôt à un caïd. Il fait des crises d'overdose, et tombe parfois en transe. Il croît qu'il est important pour lui d'être vue et connu par les autres parce qu'il aimerait être une star.

Kevin n'a jamais grandi ensemble avec ses deux parents, n'a jamais vue son père et toutes ses questions à ce sujet sont restées vaines. « *Je n'ai jamais connu mon père parce que ma mère n'a aussi jamais voulu me le montrer, elle me dit seulement que mon père l'avait abandonné avec ma grossesse un disant qu'il n'est pas le responsable* ».

Il ressort de l'entretien avec la mère de Kevin que son père est en fait un membre de la famille qui l'avait violé quand elle était encore au Lycée et par peur de représailles, elle avait gardé le secret. C'est pour cela qu'elle n'a jamais eu le courage d'en parler à son fils. Mais elle compte quand même le lui dire quand il sera un peu plus mature. Kevin vit avec sa mère, ses frères avec qui il n'a pas le même géniteur, et ses deux grands-parents maternels. La famille vit sur un revenu très modeste. En fait, les grands parents de Kevin sont assez âgés et ne travaille plus. Sa mère vend les beignets haricots devant leur maison et c'est de ces revenus que vit toute la maisonnette. Kevin est parfois obliger de laver les voitures le soir dans une laverie non loin de leur maison pour subvenir à ses petits besoins personnels. C'est d'ailleurs dans cet environnement qu'il fait sa première expérience de consommation de la drogue.

### **6.5.3. Circonstances angoissantes à l'origine de la toxicomanie**

Un après-midi de retour des classes, la mère de Kevin décide de faire escale chez son oncle maternel pour une visite de courtoisie, surtout que cet oncle lui paraissait bienveillant chaque fois qu'elle lui rendait visite malheureusement ce jour alors qu'il n'y avait presque personne à la maison l'oncle lui fit des attouchements indécents. Stupéfaite par ces vilains gestes et insinuations, elle chercha à se soustraire de l'étreinte de son bourreau en vain. De cette scène ignoble et incestueuse naîtra le jeune Kevin, qu'elle a même essayé en vain

d'évacuer par avortement. La mère de l'adolescent gardera secret cette scène cauchemardesque jusqu'à la mort de cet oncle il y a trois ans, c'est-à-dire au moment où Kevin a 14 ans. Elle décide de se confier à sa mère une nuit malheureusement, Kevin n'est pas endormi et il suit très clairement cette conversation intime entre sa mère et sa grand-mère. Il dit : *« c'est ce jour que j'ai compris pourquoi ma mère ne voulait jamais me parler de mon père. J'ai aussi su pourquoi sur mon acte de naissance il était écrit Père non déclaré »*.

Cette histoire bouleverse cet adolescent au point où il passe toute la nuit à pleurer *« j'ai pleuré parce que je suis l'enfant de la honte dit-il »*. Depuis ce jour Kevin cherche à trouver les explications sur le comportement de sa mère vis-à-vis de lui. Il nous semble que c'est là le véritable moment où commence l'angoisse de l'adolescent qui non seulement n'a pas de réponse à ses questionnements, mais à du mal à se positionner dans sa famille et dans la société où il pense être arrivé de façon irrégulière, déshonorante et infamante.

Il veut savoir pourquoi sa mère lui a toujours caché son histoire, avait-elle honte de lui ? Était-il différent des autres du fait qu'il soit né d'un viol incestueux ? Pourquoi sa mère a-t-elle essayé de l'avorter ? Sa mère ne supporterait-elle pas sa présence dans ce monde ? Face à cette avalanche d'interrogations sans réponse satisfaisante, et des nuits angoissantes avec un sommeil intermittent, l'adolescent cherche un exutoire qu'il semble trouver dans la consommation de la drogue et l'alcool.

*« Je fume et bois chaque jour. C'est les seuls moments où je suis quand-même à l'aise. Ma mère me dégoûte, elle m'a détesté avant même que je ne vienne au monde. Mon père est un lâche mort, il n'a pas été capable d'assumer ses actes. Moi je fume et j'assume et je m'en fou »* déclare Kevin lors de nos entretiens.

Cependant, il culpabilise sans cesse sa mère d'avoir essayé d'interrompre sa grossesse *« ma mère ne voulait me laisser aucune chance de vivre ce n'est pas maintenant qu'elle pourra m'aimer sincèrement. »*

#### **6.5.4. Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

*« Depuis que je suis au courant de l'histoire de ma venue au monde, tout me paraît étrange dans ma famille. J'ai l'impression que tout le monde le savait sauf moi. Je vis par pitié, Dieu a eu pitié de moi sinon je serais la nourriture des asticots »*.

Kevin exprime le manque d'affection et le dépit des membres de sa famille. Essaye d'expliquer cette situation par son histoire et au sentiment d'un enfant rejeté et non désiré.

L'on dénote aussi de l'attitude et de l'expression de Kevin une carence affective et émotionnelle. L'absence physique du père et l'attention mitigée de la mère pousse l'adolescent à chercher refuge hors de la maison, auprès des autres jeunes ou il doit s'affirmer pour avoir une place dans leur environnement, en s'identifiant totalement et cela passe par la consommation de la drogue. Kevin passe la majeure partie de son temps après les cours avec ses compagnons il n'y pas une autorité parentale ferme qui s'exerce sur cet adolescent son grand père et sa grand-mère étant suffisamment fatigués, ils ne peuvent plus le contrôler, son père étant inexistant et sa mère peu préoccupée, le jeune fait ce qu'il veut quand il veut. « *Je fume le chanvre même à la maison, surtout quand je vais me laver ou quand tout le monde est couché.* ». En outre, Kevin révèle aussi qu'il n'a personne avec qui il cause, alors que les jeunes de son âge causent avec leur père et leur mère, lui il n'a personne. De temps en temps sa mère est là, mais Kevin la trouve trop agressive, il a l'impression que ce qui est arrivé à sa mère la beaucoup affecté et à chaque fois qu'elle le Kevin, elle devient agressive, trop exigeante sur les choses qui pour Kevin ne sont pas aussi importante.

Kevin se plaint d'ailleurs :

*« la vie dans cette maison n'a pas de sens pour moi. Si j'avais où aller je serais parti depuis. Je vois que dans cette maison on me donne même la nourriture par pitié. Et ça c'est depuis l'année passée quand j'ai fais savoir à ma mère qu'elle avait essayé de m'avorter. »*

Raison pour laquelle il profite parfois des heures de classe pour rejoindre ses amis. Kevin révèle que sa mère exerce une autorité autoritaire, autocratique sur lui, mais ne se montre pas affectueuse et responsable sur les sujets où elle devrait le faire. La mère de Kevin l'inscrit normalement à l'école et lui achète presque tout le nécessaire, cependant, l'adolescent dit que « *cela ne sert à rien puisqu'elle ne l'aime pas, et elle ne surveille pas ses cahiers, ses bulletins.* » L'absence de suivi dans le travail (scolaire) ; l'absence de dialogue, l'absence de sécurité sont également ressentis par Kevin.

*« Ma mère n'est pas proche de moi, je n'ai pas de père mon grand père et ma grand-mère sont fatigués, personne ne m'aime. Tout le monde voit seulement ce que je fais de mauvais. »*

### **6.5.5. Positionnement par rapport à l'entretien**

L'on observe chez Kevin presque tous les indices de conflits psychiques liés à l'absence de la fonction parentale et à l'image parentale négative. L'on observe chez cet adolescent le sourire narquois, la voix hésitante, l'attitude crispée et réticente, le regard perdu et fuyant, du silence prolongé et répétitif, de la gestuelle, la posture instable et la mimique. Tous ces



événements sont la preuve que l'évocation de son histoire fait renaître en lui plusieurs émotions avec tout ce que cela comporte comme difficultés, comme perturbation et comme gêne. Aussi à chaque entretien il est impatient de terminer le terminer comme si quelque chose l'attirait ailleurs. Notons aussi que pendant les entretiens, Kevin a du mal à parler de sa mère et même de son père. Nous pensons que faute de trouver des réponses satisfaisantes à ses questionnements, l'adolescent cherche un exutoire dans la consommation de la drogue.

## 6.6. PRESENTATION DU CAS JEAN DIDIER

### 6.6.1. Tableau analytique de contenu du cas de Jean Didier

Thèmes	Unités lexicales dominantes	Commentaires
Anamnèse	<p>Jean Didier est un adolescent âgé de 16 ans. Il est élève en 3ème au Lycée d'Efoulan. Il est fils unique</p> <p>- Jean Didier est le fils d'une dame commerçante communément appelé « Bayam Salam » qui sillonne les zones rurales périphériques à Yaoundé à la recherche des vivres frais à revendre. Elle est tous les jours entre deux voitures, et chaque fois son enfant est abandonné à lui-même.</p> <p>- Le père de Jean Didier a le même rythme d'instabilité à cause de sa profession.</p> <p>- Jean Didier vit dans une maison ou les deux parents sont quasiment absents à</p>	<p>- L'instabilité des parents de Jean Didier et l'absence d'une figure d'autorité présente à la maison peut justifier son errance avec ses pairs qui l'entraîne à la consommation de la drogue.</p> <p>- sur le plan symbolique, il y a comme un vide émotionnel avec une absence du père géniteur.</p> <p>- Il ressort des propos de Jean Didier un sentiment de haine et de rejet par sa mère qui l'aurait abandonné en le sevrant trop tôt.</p>

---

longueur de journée. C'est - L'identité du de Jean  
une jeune tante âgée de 21 Didier lui pose en problème.  
ans, qui vit également à la il se réclame de la tribut  
maison qui l'encadre tant bien Bassaa alors qu'il porte un  
que mal pendant les absences nom du groupe ethnique  
des deux parents. Eton.

« mon père et ma mère  
sont des pigeons  
voyageurs. Ils sont très  
rarement présents tous les  
deux. Chez nous je fais  
comme je veux surtout  
quand maman n'est pas là.  
La tantine qui est avec  
mois a aussi c'est chose à  
faire ».

« il fallait bien que ma mère  
oublie qu'elle est mère d'un  
nourrisson pour se battre,  
moi j'ai été sevré à deux  
mois et après j'ai appris à  
manger la bouillie entre les  
mains d'une voisine qui  
attendait souvent le retour de  
ses enfants ».

« il me semble que ma mère  
n'a pas fait un effort de  
réconciliation avec mon père  
alors qu'elle pouvait bien  
laisser mon père me donner  
un nom Eton. J'ai un nom  
Bassa alors que je suis un

---

Eton. Il a fallu que la famille de mon père vienne négocier quand j'étais déjà au cours élémentaire deuxième année pour que je rentre vivre avec ma mère chez mon père ».

Jean Didier vit avec ses deux parents mais se « mon père ne m'a pas accompagné dans mes premiers pas sur le chemin de l'école, pourtant c'est très important. Ma mère a vécu ça seule à cause d'une affaire de nom. Mon père ne venait même pas me voir. C'est comme s'il m'avait rejeté. »

**Circonstances angoissantes à l'origine de toxicomanie**

« ma mère a appris à m'abandonner seule entre les mains des autres, je me demande si elle était obligée de m'accoucher, si elle savait qu'elle est préoccupée par d'autres choses. Dans tout ça mon père était quelque part dans la ville, c'est ça qui me rend souvent très nerveux quand j'y pense »

Jean Didier vit avec ses deux parents mais se souvient toujours du différent qui avait opposé ses parents quand il était plus jeune. Cette situation reste traumatique pour cet adolescent qui continu à ce poser un ensemble de question sans réponse.

L'histoire douloureuse du début de vie du jeune Jean Didier lui revient à l'esprit assez régulièrement.

Il perçoit son père comme quelqu'un qui ne l'a pas vraiment aimé il développe une rancœur contre son père et à cela se greffe l'instabilité physique de ses deux parents qui sont tout le temps parti.

Jean Didier a le sentiment d'être un enfant abandonné à lui-même et pour cela il cherche refuge et protection auprès de ses paires, et c'est dans ces

circonstances qu'i fait  
l'expérience de la drogue.

«je suis un enfant abandonné  
même comme mon père et  
ma mère vivent, ma place  
n'est pas ici, je ne sais pas  
ce que j'ai fait à Dieu pour  
avoir le genre de Parent ci.  
Mon papa et ma mère sont de  
gros irresponsables. L'argent  
est leur priorité ».

« Rien ne préoccupe mes  
parents dans ce que je vis,  
ils font leur vie et s'en fout  
de moi, ils sont toujours et  
toujours parti et moi alors je  
fais comment ? pour eux, à  
16 ans je suis déjà grand  
alors je fais ce que je veux ».

« heureusement que j'ai  
des amis qui m'aiment bien  
et me soutiennent sinon  
c'est que je me suis même  
déjà suicidé. Il m'arrive de  
passer des jours sans  
dormir, surtout quand je  
n'ai pas la drogue. ».

«je n'ai pas souvent envie  
d'y penser, parce que, je  
suis la pomme de discorde

Pendant la séparation d'avec  
le père de Jean Didier du fait  
de la dispute au sujet du  
nom de l'enfant, la misère  
s'est fait sentir chez la  
maman de l'adolescent qui  
s'est retrouvé impuissante  
devant cette situation.

Jean Didier se souvient de  
cette période de sa vie car  
c'est à l'âge d'environ 9 ans  
que ses parents se sont  
réconciliés et ont repris la  
vie en couple.

Il dit « J'ai même des amis  
qui vivent avec leur oncle ou  
leur tante et ils sont bien  
encadré, mais moi ce n'est  
pas cela, je suis seul comme si  
mes parents sont morts ».  
Cette déclaration exprime  
l'angoisse dans laquelle vit cet  
adolescent.

Jean Didier exprime la  
défaillance de la fonction  
parentale dans l'ensemble

### **Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

de mes parents. Pendant une période je les entendais dire qu'ils vont faire le jugement supplétif pour me reconnaître. Mais la question de mon nom reste toujours sans solution. Mes parents sont cruels »

« mes parents cherchent de l'argent et on ne voit même pas cet argent-là, c'est vrai qu'ils ont construit une maison, mieux elle m'avortait ; chez nous c'est le Texas, le champ libre, ils font semblant quand ils sont là, mais je me demande combien de temps ils passent combien de temps avec moi, car pour moi pour me connaître il faut bien vivre avec moi ».

« mes parents sont des méchants, je les en veux, il vaut mieux ne pas penser à eux, car c'est des irresponsables purs et simples »

Les hésitations, la voix tremblante, l'attitude crispée et réticente face à l'entretien, le regard perdu et fuyant, l'intonation faible de la voix, le silence prolongé et répétitif, les mouvements du corps, l'instabilité et la mimique sont

de ses discours.

On voit un mécanisme d'inhibition en lien avec la conflictualité avec ses parents, largement associé aux soins corporels. Les entretiens comportent des témoignages poignants, ils dévoilent d'une manière constante sur un conflit parental d'une discorde conjugale du couple parental. « Et je suis maître de mon destin, de ma vie. Tous mes parents sont de même, je compte vivre sans eux »

### **Positionnement par rapport à l'entretien**

autant de signes qui prouvent que Jean Didier est affecté par l'absence de la fonction parentale et qu'il en souffre encore. Jean Didier avait toujours la tête baissée, évitant de croiser notre regard, il était également très sérieux et n'a pas une seule fois esquissé même un sourire, il n'était pas très disposé et donc s'arrêtait très souvent avant de continuer. Aussi, son silence était si fréquent qu'il fallait en permanence relancer pour qu'il poursuive son discours. En effet les relances étaient plus fréquentes chez lui que chez les précédents davantage parce qu'il s'éloignait trop souvent des thèmes cibles de l'entretien, c'est également pourquoi son entretien aura duré plus longtemps.

La famille nucléaire Jean Didier porte une part de responsabilité de la toxicomanie dont vit leur progéniture.

#### **Conclusion sur les cas**

Voilà les circonstances du développement de la toxicomanie de l'adolescent de 17 ans et demi avec qui nous avons eu plusieurs entretiens.

---

#### **6.6.2. Présentation et anamnèse**

Jean Didier est un adolescent âgé de 16 ans. Il est élève en 3ème au Lycée d'Efoulan. C'est un adolescent de teint très noir et de grande taille. Il donne l'impression d'être réservé et très nerveux. Il ne blague presque pas avec ses camarades surtout les filles. Jean Didier a du mal à nouer les relations avec les filles, il semble mieux s'entendre avec les pairs de même sexe que lui. Il est fils unique dans ce couple. Jean Didier ne prend pas vraiment soin de son corps ses oncles sont plein de crasse, il porte une boucle à son oreille gauche, avec des cheveux drus qu'il ne peigne pas. On l'appelle le « cool » dans sa classe, en raison de son caractère très réservé. Sa tenue de classe est délavée, et pas très propre, il l'a réduit pour faire paraître les formes de son corps. Il vient à l'école tous les matins en retard, il n'est pas très régulier aux cours et fait l'école buissonnière pour trainer dans les environs du Lycée avec quelques camarades avec qui il consomme la drogue en gélule. Il est né à Douala d'une mère Bassa et d'un père Eton. Sa mère est une revendeuse de vivre frais qu'elle achète dans les villages et vient revendre dans les marchés de la ville. Pour ses activités elle sort très tôt chaque jour et

revient très tard. Le père de Jean Didier est chauffeur dans une agence de voyage interurbain, il est également tout le temps parti. Jean Didier vit dans une maison où les deux parents sont quasiment absents à longueur de journée. C'est une jeune tante âgée de 21 ans, qui vit également à la maison qui l'encadre tant bien que mal pendant les absences des deux parents.

Jean Didier est le fils d'une dame commerçante communément appelé « Bayam Salam » qui sillonne les zones rurales périphériques à Yaoundé à la recherche des vivres frais à revendre. Elle est tous les jours entre deux voitures, et chaque fois son enfant est abandonné à lui-même. La maman voyage tous les jours exception faite de quelques dimanches. Le père de Jean Didier a le même rythme d'instabilité à cause de sa profession. Le couple a aujourd'hui une maison qu'il a d'ailleurs construit disent-ils grâce à leurs travaux et c'est là où vit leur fils. Cet adolescent relate son histoire en ces mots :

*« mon père et ma mère sont des pigeons voyageurs. Ils sont très rarement présents tous les deux. Chez nous je fais comme je veux surtout quand maman n'est pas là. La tantine qui est avec moi a aussi c'est chose à faire ».*

Les parents de Jean Didier ont vécu plusieurs années à deux sans enfants. L'arrivée de Jean Didier est un événement qui vient resserrer les liens dans ce couple qui avait attendu pendant très longtemps la naissance d'un enfant dans leur maison.

Bien que ce couple ait attendu beaucoup d'année pour avoir un enfant, lequel enfant très désiré devait être le symbole d'une union indéfectible, un désaccord violent lié au patronyme à donner à l'enfant vient interrompre la paix et la sérénité de ce couple. En fait le père et la mère de Jean Didier vivaient ensemble sans avoir accompli le rite de mariage traditionnel qui se symbolise par la dot. C'est de là que la querelle du sur le nom que devrait porter l'enfant naît. C'est un choc entre la culture des peuples Eton et les peuple Bassa. Cette incompréhension entre les conjoints va pousser la mère de l'adolescent à rentrer vivre chez ses parents avec son fils. Comme la mère de Jean Didier était habituée à se battre d'elle-même, elle subit la situation jusqu'au jour où elle Jean Didier entre à la maternelle, ce fut les moments les plus difficiles de sa vie, il faut nourrir, soigner et scolariser l'enfant. La jeune femme n'a pas de recours autre qu'elle-même, elle doit se battre et alors se battre :

*« il fallait bien que ma mère oublie qu'elle est mère d'un nourrisson pour se battre, moi j'ai été sevré à deux mois et après j'ai appris à manger la bouillie entre les mains d'une voisine qui attendait souvent le retour de ses enfants ».*

Cela a été horrible, même comme Jean Didier pense que sa mère se plaisait dans cette situation

*« il me semble que ma mère n'a pas fait un effort de réconciliation avec mon père alors qu'elle pouvait bien laisser mon père me donner un nom Eton. J'ai un nom Bassa alors que je suis un Eton. Il a fallu que la famille de mon père vienne négocier quand j'étais déjà au cours élémentaire deuxième année pour que je rentre vivre avec ma mère chez mon père ».*

L'adolescent pense d'ailleurs que chaque enfant doit connaître ses origines et porter le nom de sa tribu ou de son clan.

### **6.6.3. Circonstances angoissantes à l'origine de la toxicomanie**

Jean Didier vit avec ses deux parents mais se souvient toujours du différent qui avait opposé ses parents quand il était plus jeune. Il relate la séparation momentanée d'avec son père en ces termes

*« mon père ne m'a pas accompagné dans mes premiers pas sur le chemin de l'école, pourtant c'est très important. Ma mère a vécu ça seule à cause d'une affaire de nom. Mon père ne venait même pas me voir. C'est comme s'il m'avait rejeté. »*

Le père de Jean Didier devient invivable et tout bascule du mauvais côté, chasse sa femme qui elle aussi ne supporte plus surtout dans son état et accepte très volontiers la décision de son mari. Parce que pour elle vivre dans une situation d'éternelles disputes va la pousser à s'énerver et à stresser et peut-être perdre l'enfant qu'elle a longtemps cherché. Son mari lui dit que comme l'enfant ne peut pas porter le patronyme de sa famille, qu'elle parte de chez lui avec cet enfant car il ne saurait avoir son fils unique qui ne porte pas le patronyme de sa famille.

Elle rentre chez ses parents où il n'est pas très facile pour elle de s'en sortir puisque ceux-ci vivent eux même dans une précarité abjecte, elle ne trouve pas une autre solution. Elle est déprimée par la situation d'avec son mari, elle va passer des mauvais moments. Pendant six mois, elle fait presque une méditation sur sa vie jusqu'à la naissance de son fils. Deux mois après, la naissance de Jean Didier, elle doit chercher une activité nouvelle pour s'occuper de son fils mais que faire d'un nourrisson de deux mois, elle décide de se lancer dans l'achat et la vente des vivres frais, elle le fait avec le soutien d'une de ses voisines du quartier. Il faut dire que pour se déplacer, elle laisse l'enfant à ses parents qui sont eux même bien fatigués du fait de l'âge. Elle le fait constamment au moins deux déplacements par semaine dans les zones rurales riveraine à Yaoundé. Jean Didier déclare,



*« ma mère a appris à m'abandonner seule entre les mains des autres, je me demande si elle était obligée de m'accoucher, si elle savait qu'elle est préoccupée par d'autres choses. Dans tout ça mon père était quelque part dans la ville, c'est ça qui me rend souvent très nerveux quand j'y pense »*

L'histoire douloureuse du début de vie du jeune Jean Didier lui revient à l'esprit assez régulièrement qu'il commence à percevoir son père comme quelqu'un qui ne l'a pas vraiment aimé il développe une rancœur contre son père et à cela se greffe l'instabilité physique de ses deux parents qui sont tout le temps parti. Jean Didier se sent comme un enfant abandonné à lui-même et pour cela cherche refuge et protection auprès de ses pairs, ou il fait l'expérience de la drogue.

#### **6.6.4. Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

Jean Didier pense que depuis sa naissance, quelque chose ne va pas dans sa vie et cette situation est causée par ses parents qui ont fait le lit à son instabilité. Il ne se sent pas heureux bien que son père et sa mère essayent de faire en sorte qu'il ne manque de rien en termes de nourriture et de protection. Il est sûr qu'il ne connaîtra jamais la joie et la sérénité d'une vie stable avec ses parents, il nous relate ceci :

*« je suis un enfant abandonné même comme mon père et ma mère vivent, ma place n'est pas ici, je ne sais pas ce que j'ai fait à Dieu pour avoir le genre de Parent ci. Mon papa et ma mère sont de gros irresponsables. L'argent est leur priorité ».*

Pendant la séparation d'avec le père de Jean Didier du fait de la dispute au sujet du nom de l'enfant, la misère s'est fait sentir chez la maman de l'adolescent qui s'est retrouvé impuissante devant cette situation. Jean Didier se souvient de cette période de sa vie car c'est à l'âge d'environ 9 ans que ses parents se sont réconciliés et ont repris la vie en couple. Il dit *« J'ai même des amis qui vivent avec leur oncle ou leur tante et ils sont bien encadré, mais moi ce n'est pas cela, je suis seul comme si mes parents sont morts ».*

L'adolescent pense donc que ses parents ont choisi librement de vivre une vie ambulatoire, et pour lui c'est méchant, il va même plus loin et déplore l'absence réelle de la fonction parentale, c'est dans ce sens qu'il pense que vivre le clair de son temps avec ses copains avec qui il consomme la drogue l'aide à mieux gérer ses périodes d'angoisses, malheureusement, ses parents semblent ne pas trop se soucier de lui. Jean Didier exprime la défaillance de la fonction parentale dans l'ensemble de ses discours. Déjà par le fait que ses parents sont incapables de veiller sur lui, ils l'abandonnent entre les mains de sa jeune tante qui fait ce qu'elle veut de lui.

*« Rien ne préoccupe mes parents dans ce que je vis, ils font leur vie et s'en fout de moi, ils sont toujours et toujours parti et moi alors je fais comment ? pour eux, à 16 ans je suis déjà grand alors je fais ce que je veux ».*

L'on voit donc l'absence de dévouement de la part des parents qui ne savent pas qui est Jean Didier et comment il gère son temps *« mes parents sont des méchants, je les en veux, il vaut mieux ne pas penser à eux, car c'est des irresponsables purs et simples »* Jean Didier n'a personne à qui parler de ses projets

*« heureusement que j'ai des amis qui m'aiment bien et me soutiennent sinon c'est que je me suis même déjà suicidé. Il m'arrive de passer des jours sans dormir, surtout quand je n'ai pas la drogue. ».*

Toute la fonction parentale s'exprime en malaise à cause de l'instabilité des parents de Jean Didier. Car ce n'est qu'à 9 ans qu'il va voir son père qui ne le reconnaîtra jamais, puisque la famille de sa mère avait décidé de ne pas changer son nom,

*« je n'ai pas souvent envie d'y penser, parce que, je suis la pomme de discorde de mes parents. Pendant une période je les entendais dire qu'ils vont faire le jugement supplétif pour me reconnaître. Mais la question de mon nom reste toujours sans solution. Mes parents sont cruels »*

Jean Didier dit qu'il est son propre parent, sa mère et son père ne sont jamais à la maison, toujours partie, toujours absente. *« Et je suis maître de mon destin, de ma vie. Tous mes parents sont de même, je compte vivre sans eux »*. L'adolescent pense alors que ses deux parents sont des irresponsables, ils ne sont pas gentils :

*« mes parents cherchent de l'argent et on ne voit même pas cet argent-là, c'est vrai qu'ils ont construit une maison, mieux elle m'avortait ; chez nous c'est le Texas, le champ libre, ils font semblant quand ils sont là, mais je me demande combien de temps ils passent combien de temps avec moi, car pour moi pour me connaître il faut bien vivre avec moi ».*

Il relève aussi l'absence de soins parentaux à travers l'absence de suivi dans le travail scolaire de l'enfant, absence de dialogue puisque les parents ne sont jamais là. Par ailleurs l'absence de sécurité et de contrôle d'hygiène est déplorée par Jean Didier qui est abandonné à lui-même. On voit peut-être ce mécanisme d'inhibition en lien avec la conflictualité avec ses parents, largement associé aux soins corporels. Les entretiens comportent des témoignages poignants, ils dévoilent d'une manière constante sur un conflit parental d'une discorde conjugale du couple parental. Les productions picturales des sujets rendent compte d'indices révélateurs

sur une représentation parentale qui fait défaut chez l'enfant vivant dans un contexte d'instabilité et d'absence symbolique des parents.

### 6.6.5. Positionnement par rapport à l'entretien

Les hésitations, la voix tremblante, l'attitude crispée et réticente face à l'entretien, le regard perdu et fuyant, l'intonation faible de la voix, le silence prolongé et répétitif, les mouvements du corps, l'instabilité et la mimique sont autant de signes qui prouvent que Jean Didier est affecté par l'absence de la fonction parentale et qu'il en souffre encore. Jean Didier avait toujours la tête baissée, évitant de croiser notre regard, il était également très sérieux et n'a pas une seule fois esquissé même un sourire, il n'était pas très disposé et donc s'arrêtait très souvent avant de continuer. Aussi, son silence était si fréquent qu'il fallait en permanence relancer pour qu'il poursuive son discours. En effet les relances étaient plus fréquentes chez lui que chez les précédents davantage parce qu'il s'éloignait trop souvent des thèmes cibles de l'entretien, c'est également pourquoi son entretien aura duré plus longtemps.

## 6.7. PRESENTATION DU CAS DE YANNICK

### 6.7.1. Tableau analytique de contenu du cas de Yannick

Thèmes	Unités lexicales dominantes	Commentaires
Anamnèse	Yannick est un adolescent âgé de 17 ans et demi, il a abandonné l'école en classe de 4 <sup>ème</sup> année mécanique au collège d'enseignement technique industrielle de Ngoa-ekellé après avoir échoué au Certificat Aptitude Professionnel à deux reprises.	L'adolescent Yannick vit une situation particulière du fait qu'il subit le rejet de son géniteur, dès sa naissance comme se fut le cas de Jean Didier dont le père avait répudié sa naissance pour des raisons dont la responsabilité de l'adolescent n'est aucune engagée.
	Ses parents séparés depuis 17 ans n'ont jamais réellement vécu ensemble avec l'adolescente, il est le	Nous sommes ici face à une situation d'enfants non désiré. Ce sentiment de non

---

dernier-né d'une fratrie de cinq garçons. fils d'une maman enseignante et son père commerçant.

Après une consultation prénatale qui révèle le sexe de l'enfant, le papa de Yannick est triste. Il commence les négociations avec sa femme et lui dit qu'ils ont déjà trop de garçons et qu'elle n'en a plus vraiment besoin de lui en ajouter une autre, il lui propose alors d'expulser le fœtus, la maman va tenter de le faire une fois, mais en vain suite aux menaces de santé liées la tentative d'avortement, elle refuse la proposition du mari de réessayer. Ainsi de vives discussions commencent dans le foyer et de temps en temps c'est des bagarres qui en résultent. Le couple a alors commencé à vivre des moments de querelles et violences physiques au point où la séparation du couple s'est produite pendant que la mère était enceinte de Yannick.

appartenance et de rejet fait développer à Yannick une haine viscérale envers ses parents qui ont essayé de l'avorter.

La précarité dans la quelle vie la mère de Yannick l'interpelle au point où il se lance dans les petits jobs pour se prendre en charge.

Cette situation développe chez Yannick un attachement particulier avec sa mère et une haine de son géniteur

**Circonstances angoissantes  
à l'origine de toxicomanie**

Il s'est retiré avec sa femme dans un appartement en lui mettant la pression d'évacuer cet embryon, la maman accepte malgré elle la proposition, même si elle y voit beaucoup de conséquences.

*« On nous raconte d'ailleurs qu'un jour, mon père et ma mère eurent une vive querelle, et mon père dit à ma mère que tu vas rester avec tes bâtards, tu n'es pas capable de me faire une fille. J'ai assez de garçons comme ça. Ça suffit je n'en ai plus besoin ».*

Elle initie la procédure à l'hôpital, mais en vain car aucun médecin n'accepte de le faire. Elle va essayer d'interrompre la grossesse de manière clandestine, mais ne va pas y parvenir.

De temps en temps elle doit exercer les tâches de femme de ménage pendant les weekends et les congés pour se faire un peu d'argent,

Le contexte familial dans lequel grandi le jeune Yannick l'expose permanemment à se poser des questions sur son existence. Lesquelles question ne trouvent toujours réponses auprès de ceux qui vivent avec lui car sa mère est préoccupée à résoudre les problèmes d'ordre essentiels.

Les absences répétées de sa mère lui laisse un temps de liberté qui finira par le pousser vers des compagnies peu recommandable.

Le sentiment de rejet par son père est également un élément angoissant qui peut expliquer le comportement de consommation excessive de drogue.

**Contexte familial de la  
consommation de la drogue  
par l'adolescent**

pouvant l'aider à payer ses études et à s'occuper de ses enfants. Ce n'est qu'à la fin de la formation que ses enfants vont repartir à l'école. Pendant cette période le père de Yannick a pris une autre femme qui lui fait deux filles.

« Ma mère toute seule ne peut pas tout faire seule sinon qu'elle se débrouille à faire ce qu'elle peut, seulement elle est quelque peu comme dépassée »

« c'est un irresponsable qui ne m'a jamais aimé (...) c'est un méchant, c'est pourquoi il a nous a chassé de sa maison (...) quand je pense à tout ça je n'arrive pas à dormir, mais quand je me drogue bien je dors aussi très bien ».

« Je sais c'est mon père qui a cherché à m'éliminer parce qu'il ne me voulait pas. Il a forcé ma mère, c'est pour me protéger que ma mère à du le quitter, mais je ne m'entends pas trop avec elle parce qu'elle a essayé quand même de

Yannick dit être juste un peu fière de sa mère, qui se bat comme elle peut pour faire vivre sa famille.

Les propos que tient Yannick à l'égard de son père montrent combien l'adolescent vit dans un état psychologique très angoissant. Il dit ne pas trouver le sommeil quand il y pense et c'est la consommation de la drogue qui l'amène à dormir un peu. La drogue pour lui est un palliatif à ses moments d'angoisse.

m'avorter pour plaire à son mari. »

### **Positionnement par rapport à l'entretien**

Tout comme dans les cas précédents, Yannick démontre sa difficulté à parler de l'histoire de sa famille à travers plusieurs indices notamment, la voix hésitante, la crispation, le regard cependant vif. Par ailleurs, on a les silences prolongés et répétitifs, les mouvements du corps, l'instabilité. Il faut dire que Yannick est le sujet qui nous regarde vivement dans les yeux sans baisser la tête. Il se montrait cependant impatiente et nous demandait sans cesse si c'était la dernière question. De plus, Yannick s'est montré plus sérieux pendant l'entretien, pas de sourire, avec une intonation forte, une rythmique rapide. L'ensemble de ces indices peuvent expliquer la consommation excessive de la drogue par cet adolescent qui en fait vit une angoisse permanente du fait de l'histoire de sa venue au monde et le rejet de par son père. Sa dépendance aux substances psychoactives peut être la résultante des incertitudes et des questionnements obsessionnels qui ne trouvent pas de réponses satisfaisantes et qui le laisse dans une angoisse qui l'empêche de dormir. Pour retrouver le sommeil l'adolescent se livre à la consommation de la drogue aidée par ses fréquentations peu recommandables.

### **Conclusion sur les cas**

La famille nucléaire de Yannick porte une part de responsabilité de la toxicomanie dont vit leur progéniture. Voilà les circonstances du développement de la toxicomanie de l'adolescent de 17 ans et demi avec qui nous avons eu plusieurs entretiens

---

### **6.7.2. Présentation et anamnèse**

Yannick est un adolescent âgé de 17 ans et demi, il a abandonné l'école en classe de 4<sup>ème</sup> année mécanique au collège d'enseignement technique industrielle de Ngoa-ekellé après avoir échoué au Certificat Aptitude Professionnel à deux reprises. Il est un adolescent

d'apparence très vaillant, avec une taille moyenne, et une peau noire. Il a les cheveux soignés et un piercing au niveau de ses sourcils droits. Yannick est constamment habillé en Jean déchiré au niveau des genoux et des cuisses qu'il appelle « destroyer » comme tous les jeunes de son groupe, il porte toujours une paire de tennis très bien entretenue. Yannick est un adolescent qui bégaie légèrement et dont la santé physique semble très fragile. Yannick a un tatouage sur son coup et a toujours un sac à dos contenant des objets divers qu'il appelle ses business. Ses parents séparés depuis 17 ans n'ont jamais réellement vécu ensemble avec l'adolescente, il faut dire qu'il est d'une fratrie de cinq garçons. Il faut signaler qu'il est le dernier-né de la fratrie, fils d'une maman enseignante et son père commerçant.

Yannick n'avait pas encore vu le jour quand son papa et sa maman se sont séparés. IL faut dire que contrairement aux autres cas de l'étude, il est dans une famille monoparentale. Cette année-là alors que sa mère est à sa cinquième gestation ; elle en est à son quatrième mois. Après une consultation prénatale qui révèle le sexe de l'enfant, le papa de Yannick est triste. Il commence les négociations avec sa femme et lui dit qu'ils ont déjà trop de garçons et qu'elle n'en a plus vraiment besoin de lui en ajouter une autre, il lui propose alors d'expulser le fœtus, la maman va tenter de le faire une fois, mais en vain suite aux menaces de santé liées la tentative d'avortement, elle refuse la proposition du mari de réessayer. Ainsi de vives discussions commencent dans le foyer et de temps en temps c'est des bagarres qui en résultent. Le couple a alors commencé à vivre des moments de querelles et violences physiques au point où la séparation du couple s'est produite pendant que la mère était enceinte de Yannick.

Elle s'installe chez une de ses sœurs environ 6 mois dans le but de mener à terme sa grossesse. Ceci n'est pas facile car pour elle, il lui faut non seulement un abri, mais de quoi nourrir ses enfants. Elle supporte et accouche de Yannick, qui tout de suite à la naissance fait une crise de pneumonie qui va l'obliger à rester en néonatal encore un mois. Après cela la maman de Yannick rejoint la case familiale. Sa maman est pensionnaire, elle va essayer d'héberger la petite famille jusqu'à ce que Yannick ait six mois.

### **6.7.3. Circonstances angoissantes à l'origine de la toxicomanie**

Yannick est un jeune adolescent qui n'a jamais vécu avec son père et sa mère, ses parents vivaient ensemble depuis plusieurs années puisqu'ayant déjà quatre enfants ensemble, tous de sexe masculin. Alors un jour, il rentre du travail, demande à son épouse de lui faire le bilan médical. La femme lui fait le compte rendu et il est froissé d'apprendre que sa femme va encore mettre au monde un garçon. Il s'est retiré avec sa femme dans un appartement en lui mettant la



pression d'évacuer cet embryon, la maman accepte malgré elle la proposition, même si elle y voit beaucoup de conséquences. Elle initie la procédure à l'hôpital, mais en vain car aucun médecin n'accepte de le faire. Elle va essayer d'interrompre la grossesse de manière clandestine, mais ne va pas y parvenir. Yannick nous dit ceci

*« On nous raconte d'ailleurs qu'un jour, mon père et ma mère eurent une vive querelle, et mon père dit à ma mère que tu vas rester avec tes bâtards, tu n'es pas capable de me faire une fille. J'ai assez de garçons comme ça. Ça suffit je n'en ai plus besoin ».*

C'est alors qu'à la suite de tout ceci le papa va plier les bagages de la jeune fille et va lui demander de rentrer chez elle. La maman de Yannick va vivre d'abord chez une de ses sœurs jusqu'à ce qu'elle mette au monde son fils Yannick ensuite chez sa mère au centre-ville de Yaoundé où elle doit apprendre à s'occuper seule de ses enfants. Lorsque son bébé atteint l'âge de six mois, elle va se détacher pour aller en location dans un studio non loin de la maison parentale. Elle doit devoir rentrer à l'école pour se faire un emploi stable. La jeune femme a de la chance et passe le concours de l'Ecole Normale des Instituteurs de l'Enseignement Général Élémentaire. De temps en temps elle doit exercer les tâches de femme de ménage pendant les weekends et les congés pour se faire un peu d'argent, pouvant l'aider à payer ses études et à s'occuper de ses enfants. Ce n'est qu'à la fin de la formation que ses enfants vont repartir à l'école. Pendant cette période le père de Yannick a pris une autre femme qui lui fait deux filles.

#### **6.7.4. Contexte familial de la consommation de la drogue par l'adolescent**

Yannick dit être juste un peu fier de sa mère, qui se bat comme elle peut pour faire vivre sa famille. Sa mère va au travail, du retour au travail, elle s'arrange à préparer le repas du soir. Cependant il est très en colère contre son père, il dit que ce n'est pas cela un père,

*« c'est un irresponsable qui ne m'a jamais aimé (...) c'est un méchant, c'est pourquoi il a nous a chassé de sa maison (...) quand je pense à tout ça je n'arrive pas à dormir, mais quand je me drogue bien je dors aussi très bien ».*

Il décrit l'absence du désir parental de la part de son père et est même en colère parce qu'il ne porte pas le nom du groupe ethnique auquel il appartient. Le père de Yannick ne s'est jamais préoccupé de son existence, il ignore tout de cet adolescent. Il parle également de l'absence d'affection, à travers les indices tels que l'absence d'amour du père.

Yannick déplore l'absence physique de son père qui aurait dû les soutenir et soutenir particulièrement sa mère qui est quelquefois à bout de force « *Ma mère toute seule ne peut*

*pas tout faire seule sinon qu'elle se débrouille à faire ce qu'elle peut, seulement elle est quelque peu comme dépassée* ». Yannick contrairement aux six autres cas d'adolescents de l'échantillon traite sa mère avec un peu d'estime malgré sa colère sur le fait qu'elle avait essayé de l'avorter.

*« Je sais c'est mon père qui a cherché à m'éliminer parce qu'il ne me voulait pas. Il a forcé ma mère, c'est pour me protéger que ma mère à du le quitter, mais je ne m'entends pas trop avec elle parce qu'elle a essayé quand même de m'avorter pour plaire à son mari. »*

La grand-mère de Yannick a été d'un grand apport pour Yannick et ses frères, puisque c'est elle qui va les garder de temps en temps pendant qu'elle est en formation même quand elle travaille.

#### **6.7.5. Positionnement par rapport à l'entretien**

Tout comme dans les cas précédents, Yannick démontre sa difficulté à parler de l'histoire de sa famille à travers plusieurs indices notamment, la voix hésitante, la crispation, le regard cependant vif. Par ailleurs, on a les silences prolongés et répétitifs, les mouvements du corps, l'instabilité. Il faut dire que Yannick est le sujet qui nous regarde vivement dans les yeux sans baisser la tête. Il se montrait cependant impatient et nous demandait sans cesse si c'était la dernière question. De plus, Yannick s'est montré plus sérieux pendant l'entretien, pas de sourire, avec une intonation forte, une rythmique rapide. L'ensemble de ces indices peuvent expliquer la consommation excessive de la drogue par cet adolescent qui en fait vit une angoisse permanente du fait de l'histoire de sa venue au monde et le rejet de par son père. Sa dépendance aux substances psychoactives peut être la résultante des incertitudes et des questionnements obsessionnels qui ne trouvent pas de réponses satisfaisantes et qui le laisse dans une angoisse qui l'empêche de dormir. Pour retrouver le sommeil l'adolescent se livre à la consommation de la drogue aidée par ses fréquentations peu recommandables.

## CHAPITRE 7 : PERSPECTIVES D'INTERPRETATION DES CAS ET DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous présentons les données de deux cas, les analysons et les interprétons. Le choix de ces deux cas trouve sa raison dans le fait qu'ils sont très représentatifs du fait de leur histoire et la compréhension de ceux-ci donne un aperçu des éléments identifiés dans tous les autres cinq cas sur lesquels nous avons travaillé. Nous présentons successivement pour chacun des deux cas, les extraits pertinents de leurs procès-verbaux, leurs analyses et leurs interprétations.

### 7.1. LES DONNEES ET LEURS ANALYSES

#### 7.1.1. Cas de Idriss

Dans le cadre de notre travail sur l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique, nous avons reçu la mère d'Idriss, âgée de 46 ans, mère de 05 enfants et tenancière d'un bar restaurant au quartier Nkomkana. Le père est technicien de surface dans une société brassicole de la ville de Yaoundé.

La mère d'Idriss a souhaité une intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, liée à la prise en charge thérapeutique de son fils Idriss. Dans le cadre de cette sollicitation nous avons eu plusieurs entretiens dont les analyses des différents extraits des procès-verbaux sont reprises ci-dessous.

##### 7.1.1.1. Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)

La mère d'Idriss est venue solliciter l'intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, auprès son fils qui consomme très régulièrement des substances psychoactives au point où il est désormais incapable de s'en abstenir. Elle est triste, en pleur, et désemparée.

Pour essayer d'apaiser les tensions et de réduire les situations stressantes à la maison, et faire arrêter la consommation de la drogue à Idriss, cette dame dit avoir tenté de parler à son fils à plusieurs reprises sans résultats. Face à cela, elle a cherché de l'aide, auprès des amis, des frères de son mari, mais cela n'a conduit à aucun résultat positif.

*« Je lui ai parlé, je lui parle même tous les jours, et il ne change pas. J'ai parlé même à ses amis, mais rien ne marche, rien ne change. Rien ».*

Idriss lui avance des propos humiliants, « *parce qu'il est convaincu que c'est nous qui l'avons amené à souvent se droguer à cause de nos querelles interminables* » déclare la dame. La dimension narcissique du comportement apparaît chez Idriss, lorsqu'il aborde son image dans le regard de ses parents. Ce dernier fonctionne à l'image d'un miroir qui dit une partie de ce qu'il est. Dans une dialectique du miroir qui est l'expression d'une médiation structure son image par rapport à ce que son fils pense d'elle et s'imagine qu'elle est. Son fils fait usage de termes assez durs. Elle est « une belliqueuse », elle « est irresponsable ». Tous ces faits que la dame vit dans le discours et les actes de son fils et même du père d'Idriss la font souffrir dans un contexte où le regard social du moins de la communauté où la famille vit n'est pas de nature à faciliter l'arrêt de la consommation de la drogue par son fils.

Les propos de la mère d'Idriss traduisent l'existence d'une situation de crise sur les plans psychoaffectifs et psychosociaux. Ils permettent de souligner à l'analyse la reconnaissance par le sujet d'états affectifs susceptibles de nécessiter un processus de prise en charge. La même sentimentalité rejaillit plus tard lorsque parlant de ses relations à son fils, elle dit « *je souffre* », ce qui traduit qu'elle ne parvient plus à supporter les contraintes liées à sa relation avec son fils.

Les intentions de cette dame sont que son fils arrête de se droguer, qu'il se concentre sur ses études, qu'il arrête de fuguer et de vagabonder et que les tensions dans sa famille se réduisent au maximum.

Du point de vue défensif, la dame fait montre des mécanismes de coping. Si comme son fils le dit et le pense, c'est elle qui est responsable, fautive et belliqueuse, il faudrait en retour que son fils respecte certaines conditionnalités morales et fasse de l'école sa priorité. Celles-ci devraient prendre corps dans des aménagements comportementaux nouveaux : suivre des conseils, arrêter la consommation de substances psychoactives, cesser tout vagabondage. Autrement dit, il faudrait que son fils en retour se moralise et se normalise. L'accent est mis ici sur le cognitif avec ses liens avec l'affectif. Il faut être flexible du point de vue intellectuel et ne pas continuer dans des comportements de types obsessionnels eux-mêmes liés à des attitudes de refus et de dénégation de la vérité. Les stratégies développées ne semblent pas bien fonctionner parce que malgré les efforts que fait la dame, son fils persiste dans son entêtement à ne rien comprendre et à tenter constamment de rester dans l'évitement et même le déni.

*« On m'a dit que c'est vous qui arrangé les problèmes dans les familles !!!  
C'est vous qui savez ce qu'il faut faire, moi je veux seulement que mon fils*

*arrête de se droguer, il va devenir fou, il va mourir. Qu'il arrête de fumer et de vagabonder. Je veux aussi que son père me laisse tranquille ».*

Cette dame admet avec réserve le principe d'une prise en charge familiale.

*« Je ne sais pas (Silence) ha !! Vous pouvez, mais je ne sais pas si ça va changer quelque chose !!! »*

#### **7.1.1.2 Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)**

La rencontre avec le sous-système non demandeur (l'adolescent) a entre autres but de vérifier si le sujet non demandeur est au courant de ce qui se traite dans sa prise en charge. Il ne faut donc pas s'étonner que plus d'une fois, il puisse paraître surpris. C'est ce qu'on note lorsqu'on fait attention à Idriss, gêné par sa présence devant le psychothérapeute. Il se pose des questions qui ne manquent pas d'intérêt parce qu'à l'analyse elles font ressortir son déni de réalité. Pourquoi est-il appelé à se présenter devant le psychothérapeute car il ne perçoit pas sa situation comme un problème surtout qu'il est bien jeune et n'a jamais su qu'il existe ce type d'intervention.

*« Toutes les familles ont les problèmes ! Si ma mère est venue vous voir, c'est elle qui sait pourquoi ! Si elle vous a dit quelque chose, dites-moi ! Tous les jeunes ont les petits petits problèmes avec leurs parents ! »*

La tonalité est ici clairement narcissique, le sujet parlant de lui-même mais aussi pour lui-même. Il se décrit dans la logique d'un corps propre atteint, blessé et victime de multiples castrations symboliques. Il se voit dégradé et analyse sa chute en termes d'amour propre :

*« C'est son problème. Moi je n'ai pas de problème. Elle m'avait dit que le ministère de la promotion de la femme et de la famille va me prendre en charge, qu'il va me soigner. Moi je ne sais pas. La maladie dont elle parle là c'est quoi ? Elle m'a humilié elle m'a souillé dans le quartier elle et mon père avec leurs bagarres. Chacun vit sa vie maintenant ».*

Lorsqu'on fait attention aux aménagements comportementaux du sujet, on note qu'ils sont empreints de dénégation. Il s'exprime en ces termes : *« Je n'ai aucun problème, et je ne veux pas m'en créer. Je suis bien comme ça ».*

L'adolescent dit être *« normal »* et d'être seulement mal vécu et analysé. Il en fait le reproche entre autres à ses parents : *« je ne suis pas un drogué ».*

*« Est ce que je vous ai mal répondu depuis qu'on parle ? Je ne suis pas un drogué ! Est-ce que le cannabis m'empêche de faire ce que je veux. Mes parents racontent partout que je suis un toxicomane et que je vagabonde. Si*

*je fume où est leur problème là-dedans ? Si je suis toujours avec mes potes, eux même ils sont souvent là ? »*

L'adolescent verbalise aussi ses relations de prestance à ses parents dans des termes de rejet et de refus de l'autre. Il rejette ses allégations qu'il juge infondées. Il pense que celles-ci sont le fait des parents coupables mais qui se défendent aux yeux de tous de l'être, préférant se donner comme victime expiatoire. D'où ces propos : *« C'est eux qui savent. S'ils ont des problèmes ça les regarde c'est leur problème ! Moi je n'ai pas de problème. Monsieur vous savez, mes parents ont leurs problèmes et ça la regarde »*.

Et on comprend alors pourquoi. Car l'attitude d'Idriss frise d'autant plus le rejet qu'il nie être toxicomane. Le thérapeute tente alors de dédramatiser chez l'adolescent tout vécu conflictuel de la problématique de la consommation excessive de drogue et de le faire comprendre que reconnaître son statut de consommation problématique de drogue est un acte de connaissance de moralité autant que de courage : le courage de se savoir toxicomane au lieu d'adopter une attitude de dénie. Ceci finit par avoir des effets.

*« Vous voulez dire qu'il est possible que votre intervention fasse arrêter les querelles entre mes parents et m'aider à ne plus fumer le cannabis ? Mes parents peuvent vraiment arrêter de se battre tous les jours ? (...) ... ok ... ok... je vais voir... on peut faire ça ici ? (...) d'accord. Je vais suivre vos conseils pour voir si ça va marcher. Mais vraiment Monsieur, pour ne rien vous cacher, mon père et ma mère m'énervent ! »*

Le jeune Idriss accepte bien qu'ayant quelques doutes de s'engager dans une prise en charge thérapeutique avec l'implication de ses parents.

*« (Le thérapeute) je te comprends Idriss. Serait-il possible qu'on parle de cette situation ensemble avec tes parents ? »*

*« (Idriss) pourquoi ?... Bon si c'est important. Ha ! C'est vous qui savez. ... si vous voulez appeler les... »*

Dans ces conditions, le thérapeute propose à l'adolescent s'il peut avoir la force et le courage de franchir le « tabou familiale ». Il lui suggère des rencontres d'échanges à visées thérapeutique entre lui et ses parents. Idriss trouve cela « difficile », mais accepte tout de même.

La problématique d'intégrer les parents dans l'alliance thérapeutique qu'Idriss redoute est cependant surmontée. Il a en réalité, une approche conflictualisée à ceux-ci. *« (Après un temps de latence) Oui. Je dois être là, sinon ils peuvent commencer à dire du n'importe quoi sur mon nom »*.

### 7.1.1.3 Entretien avec le système familial

Le système familial dans ce cas consiste en la rencontre entre les membres des autres sous-systèmes avec lesquels le thérapeute a déjà pris contact. C'est l'occasion pour chacun des membres de la famille d'exprimer devant les autres, son sentiment réel, ses anciennes récriminations, colères et apaisements.

Tous ceux qui participent à cette rencontre sont au courant non seulement des conflits, du problème à résoudre (toxicomanie du jeune Idriss), mais aussi des étiologies possibles désormais indiscutables : si Idriss est toxicomane c'est qu'il fume le cannabis ; s'il reconnaît qu'il fume le cannabis c'est que ses parents en sont responsable ; et pour qu'il arrête de se droguer il faut résoudre le problème qui le pousse à prendre cette drogue car c'est ce qui ramènera le calme entre les uns et les autres.

Chaque membre du groupe familial expose aux deux autres ses difficultés et ses souffrances face à la toxicomanie d'Idriss. Sur le plan psychologique, Idriss sent qu'il n'est plus seul. Il peut parler de ses souffrances et de sa dépendance à ses parents. Ceci a pour conséquence de renforcer le sentiment de force de son Moi

*« Je voulais vous informer que je ne supporte pas bien le fait que mon fils fume le chanvre et que je me batte tous les jours avec son père. Comme je ne savais pas comment vous alliez prendre la nouvelle, c'est pour cela que je suis venu ici voir ce monsieur. Je souhaite que vous revenions à des meilleurs sentiments et que nous aidions Idriss à sortir cette situation. En dehors de ça, il n'y a rien d'autre ».*

Cette évolution psychologique heureuse où Idriss a de plus en plus confiance en lui, lui permet de comprendre et d'adhérer aux efforts d'abandon de la consommation de la drogue et soutenir ses parents qui font de l'auto-culpabilisation :

*« (Après un temps de latence, le père d'Idriss) euh ! Le constat de la consommation de la drogue par mon fils a été un grand choc pour moi. C'est vrai que je n'ai pas été tendre envers ma femme, mais je crois que tout le monde peut comprendre ma réaction » ;*

Toute la famille se veut compatissante pour ce qui arrive à Idriss. Les deux parents veulent apporter leur aide et leur soutien à leur fils.

*« (la mère d'Idriss) (après un temps de latence) hum ! Mon fils, il faut que tu arrêtes de fumer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, nous allons tous t'accompagner et nous allons aussi arrêter de nous disputer tout le temps »*

« (Idriss)(après un très lin silence) *papa, maman je vais tout faire pour m'en sortir, mais je vous prie aussi de ne plus nous faire honte avec vos problèmes. (...) je m'engage à faire ce que ce monsieur va me proposer pour sortir de la drogue* ».

La famille finie par s'accorder sur un fait, la responsabilité collective sur ce qui arrive à leur fils et à toute la famille

#### **7.1.1.4. Conclusion sur le cas d'Idriss**

A l'observation, le cas du jeune Idriss présente un mouvement dynamique, non seulement en termes de structure, mais aussi sur le plan du lien et de l'acceptation de l'adhésion au processus thérapeutique. On part des parents désemparé, fragilisé et déstabilisé par la consommation de la drogue par leur fils, vers l'acceptation de l'adhésion à la thérapie par l'adolescent et l'engagement des parents à l'accompagnement de leurs fils pour sa prise en charge thérapeutique. En effet, l'analyse des discours enregistrés au cours des rencontres, dégage deux types de contenus : des contenus traduisant un mal être individuel et familial (stress, traumatismes psychiques, investissements narcissiques...) et des contenus traduisant un désir de faire partie de l'alliance thérapeutique et d'adhésion au protocole thérapeutique (décontraction des relations, réduction de la fracture familiale, ouverture vers autrui ...).

Le stress, entendu comme tension continue ou répétée, d'ordre physique ou psychologique ainsi que la difficulté à vivre les situations de vie, apparaissent chez nos sujets à travers des expressions comme : « *mes parents me font honte avec leur bagarre chaque jours* », « *je souffre* », « *je réfléchis sans dormir* », « *ce n'est pas facile* » ... qui ont été spontanément exprimées par toutes les parties prenantes à la thérapie. De même qu'il en a été du stress, le traumatisme ici de type 1, défini comme choc émotionnel pouvant entraîner un désordre psychique et modifier la personnalité, peut être perçu via les silences et les soupirs, autant que par des paroles telles que : « *je ne suis pas un drogué* » indicateur de la consommation des substances psychoactives, sinon de stupéfiants, « *j'ai été scandalisé de savoir qu'Idriss fume le chanvre* » signe du débordement, « *c'est les problèmes interminables entre mon père et ma mère qui font que je passe beaucoup de temps avec mes amis et que je fume pour oublier* » indiquant une douleur à peine exprimable... En outre, il est apparu des investissements narcissiques et des mécanismes de défense mal adaptatifs en ce qui concerne la situation telle qu'exposée antérieurement. En l'occurrence, des expressions telles que : « *c'est à cause de mes parents que je me drogue* », « *je fume mais je n'ai de problèmes avec personne* », « *mes parents ont leur problème et ils veulent faire comme si c'est moi le*



*problème* » dénotent des investissements très narcissiques proche du pathologique, accompagnés du déni et de la projection.

Au fil des rencontres la situation d'Idriss et du groupe familial évolue. Il est perceptible que les parents de l'adolescent sont déterminés à accompagner leur fils à l'adhésion au processus thérapeutique, une réduction de la fracture psychosociale au sein de la famille ainsi qu'une volonté de l'adolescent à suivre et à observer les consignes thérapeutiques interviennent. Des expressions comme :

*« je vais tout faire pour m'en sortir », « je m'engage à faire ce que ce monsieur va me proposer pour sortir de la drogue », « nous allons tous t'accompagner et nous allons aussi arrêter de nous disputer tout le temps »*

... émises spontanément au cours des entretiens, en témoignent à suffisance.

### **7.1.2. Cas de Nathan**

Dans le cadre de notre travail sur l'incidence de la famille d'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique, nous avons reçu la mère du jeune Nathan une femme au foyer.

La mère de Nathan a souhaité une intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, pour une aide auprès de son fils afin que celui-ci arrête de fumer le cannabis.

Dans le cadre de cette sollicitation nous avons eu plusieurs entretiens dont les analyses des différents extraits des procès-verbaux sont reprises ci-dessous.

#### **7.1.2.1. Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)**

Les parents de Nathan sont venus solliciter l'intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la famille auprès de leur fils qui consomme très régulièrement des substances psychoactives au point où il est désormais incapable de s'en abstenir.

Pour essayer d'apaiser les tensions et de réduire les situations stressantes à la maison, et faire arrêter la consommation de la drogue à Nathan, ce couple dit avoir tenté de parler à leur fils à plusieurs reprises sans résultats. Face à cela, ils ont cherché de l'aide, auprès des amis, mais cela n'a conduit à aucun résultat positif.

*« Nous avons essayé par le dialogue cela n'a rien donné. Nous avons utilisé même la force mais cela ne marche toujours pas. »*

Nathan devient souvent violent quand ses parents essayent de lui faire des reproches sur son comportement, *« pour lui c'est nous le problème et nous n'avons pas de leçon à lui donner il est suffisamment grand pour savoir ce qui est bon pour lui »* déclare le couple. La

dimension narcissique du comportement apparaît chez Nathan, lorsqu'il aborde son comportement dans le regard de ses parents. Pour lui ses parents ne représentent pas un modèle au point de vouloir lui faire des remontrances. Les expressions utilisées par Nathan traduisent à suffisance le mal être qu'il vit et son refus d'identifications à ses géniteurs. Ils sont « *batailleurs* », ils « *sont ignobles* ». Tous ces faits, que ces parents vivent dans le discours et les actes de toxicomanie de leurs fils, les font souffrir et n'est pas de nature à faciliter leur accompagnement vers l'arrêt de la consommation de la drogue par leur fils.

Les propos des parents de Nathan traduisent l'existence d'une situation de crise sur les plans relationnels et psychoaffectifs. Ils démontrent l'existence d'un besoin d'aide et d'accompagnement tant pour eux que pour leur fils. La détérioration des éléments d'expression de l'affection intrafamiliale est perceptible dans le discours des parents de Nathan mais, à l'analyse il se dégage aussi une souffrance émotionnelle liée à des carences affectives de part et d'autre. Ceci renvoie à la reconnaissance par les parents d'états affectifs susceptibles de nécessiter un processus de prise en charge. La même sentimentalité rejaillit plus tard lorsque parlant de leurs relations à leurs fils, le père Nathan dit « *notre fils me déteste particulièrement* », ce qui traduit qu'il ne parvient plus à supporter les contraintes liées à sa relation avec son fils.

Les intentions des parents de cet adolescent sont que leur fils arrête de se droguer, qu'il se concentre sur ses études, qu'il arrête de fuguer et de vagabonder et que les tensions dans leur famille se réduisent au maximum.

Si comme leur fils le dit et le pense, c'est eux qui sont responsables, répréhensibles et belliqueux, il faudrait en retour que leur fils respecte certaines conditionnalités morales et fasse de l'école sa priorité. Cela devrait prendre corps dans des aménagements comportementaux nouveaux : suivre des conseils, arrêter la consommation de substances psychoactives, cesser tout vagabondage. Autrement dit, il faudrait que leur fils en retour s'amende. L'accent est mis ici sur le cognitif avec ses liens avec l'affectif. Il faut être flexible du point de vue intellectuel et ne pas continuer dans des comportements de types obsessionnels eux-mêmes liés à des attitudes de refus et de dénégation de la vérité. Les stratégies adaptatives ne semblent pas bien fonctionner parce que malgré les efforts que font les deux parents, leur fils persiste dans son entêtement à ne rien comprendre et à tenter constamment à fuir la réalité.

« *Nous venons vers vous parce que c'est vous les professionnels des questions des familles. Nous voulons seulement que Nathan arrête de se droguer et que la paix revienne*

*dans notre famille. ». Ce couple adhère sans réserve au principe d'une prise en charge familiale. « Si on est venu vous voir c'est parce que nous comptons sur vous »*

### **7.1.2.2. Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)**

Cet entretien avec le sujet Nathan vise le même objectif que celui recherché dans l'entretien précédant, autrement dit, la rencontre avec le sous-système non demandeur (l'adolescent) a entre autres but de vérifier si le sujet non demandeur est au courant des préoccupations des siens par rapport à sa situation et sa prise en charge. Il ne faut donc pas s'étonner que plus d'une fois, il puisse paraître surpris. C'est ce qu'on note lorsqu'on fait attention à Nathan, gêné par sa présence devant le psychothérapeute. Il se pose des questions qui ne manquent pas d'intérêt parce qu'à l'analyse elles font ressortir son déni de réalité. Pourquoi est-il appelé à se présenter devant le psychothérapeute car il ne perçoit pas sa situation comme un problème surtout qu'il est bien jeune et n'a jamais su qu'il existe ce type d'intervention ?

*« Moi je veux savoir mon problème ! Mes parents disent que j'ai besoin des soins. Je veux bien savoir de quels soins il s'agit ! Ma maladie c'est quoi ? »*

*« Il n'y a pas d'amour dans cette famille. Le père menace tout le monde »*

*« Chaque fois que fume avec mes pots, quand je rentre, même s'ils font quoi là je ne ressens rien je dors seulement ».*

La tonalité est ici clairement narcissique, le sujet parlant de lui-même mais aussi pour lui-même. Il se décrit dans la logique d'un corps propre atteint, blessé et victime de multiples castrations symboliques. Il se voit dégradé et analyse sa chute en termes d'amour propre :

*« C'est leur problème. Moi je n'ai pas de problème. Ils m'avaient dit que le ministère de la promotion de la femme et de la famille va me prendre en charge, qu'il va me soigner. Moi je ne sais pas. La maladie dont ils parlent là c'est quoi ? Ils m'ont humilié ils m'ont souillé dans le quartier avec leurs bagarres. Chacun vit sa vie maintenant ».*

Lorsqu'on fait attention aux aménagements comportementaux du sujet, on note qu'ils sont empreints de dénégation. Il s'exprime en ces termes : *« Je n'ai aucun problème, et je ne veux pas m'en créer. Je suis bien comme ça ».*

L'adolescent dit être *« normal »* et d'être seulement mal vécu et analysé. Il en fait le reproche entre autres à ses parents : *« je ne suis pas un drogué ».*

*« Est ce que le cannabis m'empêche de faire ce que je veux. Mes parents racontent partout que je suis un toxicomane et que je vagabonde. Si je fume où est leur problème là-dedans ? Si je suis toujours avec mes potes, eux même ils sont souvent là ? »*

L'adolescent verbalise aussi ses relations de prestance à ses parents dans des termes de rejet et de refus de l'autre. Il rejette ses allégations qu'il juge infondées. Il pense que celles-ci sont le fait des parents coupables mais qui se défendent aux yeux de tous de l'être, préférant se donner comme victime expiatoire. D'où ces propos :

*« Ils ont leurs problèmes qu'ils n'arrivent pas à gérer entre eux, et ils mettent toutes la famille mal à l'aise avec ça. Monsieur vous savez, mes parents ont leurs problèmes et ça, ça lès regarde (...) mes parents ne s'aiment pas et n'aiment pas leurs enfants. Un bon père ne tape pas sur sa femme et ses enfants. Une bonne mère n'insulte pas son mari, le père de ses enfants partout dans le quartier. J'ai souvent envie de finir avec eux une fois mais ils ont souvent la chance qu'il y a toujours les gens »*

*« Leurs scènes de ménage m'énervé, pour un peu oublier, je sors et je fume. A chaque fois que je repense à cela, je suis dérangé, ce qui me fait ne pas aimer revenir à la maison, c'est pour cela que j'ai multiplié la clé pour éviter de déranger quand je rentre tard, c'est n'importe quoi à la maison, je pense même qu'il n'est pas normal et moi j'aurai préféré avoir mon indépendance totale. Ça me dérange parce que je ne travaille pas »*

Et on comprend alors pourquoi. Car l'attitude de Nathan frise d'autant plus le rejet qu'il nie être toxicomane. Le thérapeute tente alors de, dédramatiser chez l'adolescent tout vécu conflictuel de la problématique de la consommation excessive de drogue et de le faire comprendre que reconnaître son statut de consommation problématique de drogue est un acte de connaissance de moralité autant que de courage : le courage de se savoir toxicomane au lieu d'adopter une attitude de dénie. Ceci finit par avoir des effets.

*« Après tout ça mes parents finiront par ne plus s'insulter en public et se battre tous les jours ? Humm je vais voir (...) d'accord. Je vais suivre vos conseils pour voir si ça va marcher même comme je suis bien fâché de mes parents »*

Nathan accepte bien qu'ayant quelques doutes de s'engager dans une thérapie avec l'implication de ses parents. Mais le thérapeute trouve les mots pour le rassurer et lui propose une date pour cette rencontre familiale.

(Nathan) *« Ok monsieur si c'est important. Ha ! C'est vous qui savez. ... si vous voulez appeler les... »*

Dans ces conditions, le thérapeute propose à l'adolescent s'il peut avoir la force et le courage de franchir le « *tabou familiale* ». Il lui suggère des rencontres d'échanges à visées thérapeutique entre lui et ses parents. Nathan trouve cela « *difficile* », mais accepte tout de même.

La problématique d'intégrer les parents dans l'alliance thérapeutique que Nathan redoute est cependant surmontée. Il a en réalité, une approche conflictualisée à ceux-ci.

(Après un silence) « *Je viendrais, je crois que là chacun parlera* ».

### **7.1.2.3. Entretien avec le système familial**

Le système familial dans ce cas consiste en la rencontre entre les membres des autres sous-systèmes avec lesquels le thérapeute a déjà pris contact et eu des entretiens. C'est l'occasion pour chacun des membres de la famille d'exprimer devant les autres, son sentiment réel, ses anciennes récriminations, colères et apaisements.

Tous ceux qui participent à cette rencontre sont au courant non seulement des conflits, du problème à résoudre (toxicomanie du jeune Nathan), mais aussi des étiologies possibles désormais indiscutables : si Nathan est toxicomane c'est qu'il fume le cannabis ; s'il reconnaît qu'il fume le cannabis c'est que ses parents en sont responsable ; et pour qu'il arrête de se droguer il faut résoudre le problème qui le pousse à prendre cette drogue car c'est ce qui ramènera le calme entre les uns et les autres.

Chaque membre du groupe familial expose aux autres ses difficultés et ses souffrances face à la toxicomanie de Nathan. Sur le plan psychologique, Nathan sent qu'il n'est plus seul. Il peut parler de ses souffrances et de sa dépendance à ses parents. Ceci a pour conséquence de renforcer une ventilation et la perception des autres dans son univers mental. La mère de l'adolescent dit,

*« Je voulais vous informer que je ne supporte pas bien le fait que mon fils fume le chanvre et que je me batte tous les jours avec son père. Je souhaite que vous revenions à des meilleurs sentiments et que nous aidions Nathan à sortir cette situation. En dehors de ça, il n'y a rien d'autre ».*

Cette progression psychologique heureuse où Nathan prend conscience de ce qui se passe en lui et dans sa famille, lui permet de comprendre et d'adhérer aux efforts de décrochage à la consommation de la drogue et soutenir ses parents qui font de l'auto-culpabilisation :

« (Le père de l'adolescent d'un air mélancolique) *Le jour où j'ai su que Nathan se droguait, je ne m'en revenais pas ce fut vraiment un coup dur pour moi. C'est vrai que je n'ai pas été tendre envers sa mère, mais je crois que tout le monde peut comprendre ma réaction* ».

Toute la famille culpabilise et est sensible pour ce qui arrive à Nathan. Les deux parents veulent apporter leur aide et leur soutien à leur fils.

« (Madame B avec les yeux larmoyant) *Nathan, il faut que tu arrêtes de te droguer. Nous allons arrêter de nous disputer tout le temps. Nous savons tous que ce n'est pas facile, nous allons tous t'accompagner* »

« (Nathan, après un très long silence méditatif) *je vais tout faire pour arrêter, mais vous aussi ne nous faites plus honte avec vos problèmes. (...) je m'engage à faire ce que ce monsieur va me proposer pour laisser* ».

La responsabilité collective sur ce qui arrive à Nathan et à toute la famille est dégagee et tous sont d'accord de mettre du leur pour inverser la situation en faisant partie de l'alliance thérapeutique.

#### **7.1.2.4. Conclusion sur le cas de Nathan**

Le cas de Nathan, nous apparaît digne d'intérêt parce qu'il est doublement question de la question de toxicomanie mais aussi du lien familial. La demande d'intervention vient, non pas d'un seul parent, comme cela est le cas un grand nombre de fois, mais plutôt des deux. A l'instar de notre premier cas, où la série d'entretien démarre sur le constat d'un couple dysfonctionnel c'est-à-dire déstabilisé et perturbé, aux relations familiales désorganisées. La crise au sein du couple finit par déteindre sur les enfants avec Nathan qui pour essayer de gérer les angoisses provoquées par les crises entre ses parents se lance dans la consommation de la drogue, « *c'est quand je fume que je dors bien* », traduction du fait que les parents ne sont pas une monade, isolée dans un ailleurs imprescriptible, mais que lorsque les crises deviennent récurrentes, les enfants essaient de trouver un support anaclitique dans des groupes de paires. Il s'ensuit une dynamique d'informations, d'analyses avec interprétations de celles-ci et d'élaboration de différentes stratégies adaptatives. Et comme sur le modèle des oppositions comportementales au sein des familles, le système familial se divise et une fracture psychosociale oppose alors deux camps qui paraissent irrémédiables. Le sous-système adolescent sous l'influence des paires et des mécanismes internes de jugulations des angoisses répétitives et compulsives, commence à influencer et à perturber le système

familial. Cette influence est d'autant plus notable lorsque les parents à l'image de « faux selfs » perdent le contrôle sur leurs progénitures.

Ce sont toutes ces évidences que les différents entretiens permettent de noter. L'enjeu de la prise en charge familiale est alors de d'amener l'adolescent à abandonner un comportement et habitudes problématique à savoir la consommation de la drogue, de les laisser investir le champ affectif et communicationnel et d'en vivre les conséquences d'un point de vue de l'adhésion au protocole thérapeutique. C'est ce que l'on observe d'une rencontre à l'autre, alors que deux types de contenus ceux exprimant un mal être individuel et familial (stress, traumatismes psychiques, investissements narcissiques) et ceux traduisant une volonté de décrocher à la toxicomanie et de former une alliance thérapeutique (stress, (décontraction des relations, réduction de la fracture familiale, ouverture vers autrui ...) se laissent noter à l'analyse.

L'ouverture au dialogique et qui est aussi ouverture à l'autre engendrée par la situation thérapeutique permet aux uns et aux autres de s'exprimer de dire « *ce qu'ils ont sur cœur* » ou plutôt « *dans le ventre* » pour parler bantou. Les reproches sont plus aisément formulés, les accusations plus facilement vécues et tolérées, d'autant plus qu'en situation d'entretien, chacun admet ses possibilités de limitations. Nathan exprime clairement ses angoisses face aux querelles récurrentes et répétitives de ses parents. Sur le plan affectif, les liens s'affirment et les engagements réciproques se prennent, entre l'adolescent et ses parents. Aux « *finales* » les entretiens permettant des adaptations d'empathie préparent l'adolescent toxicomane à une adhésion au protocole thérapeutique, et mettent les parents dans une posture de co-thérapeute.

L'approche thérapeutique avec l'implication des parents comme co-thérapeute permet aussi de mettre l'accent sur les silences des uns et des autres. Car le mal être de chacun se vivait de l'intérieur sans échange, et la conséquence est la recherche des réponses aux questions angoissantes. Nathan parlait à lui-même de même que ses parents parlaient à eux-mêmes. Alors, investissant le champ du discours, ils avaient sans le vouloir, mais peut-être l'avaient-ils réellement envisagé, la parole de Nathan. Le drame de l'ignorance sans doute, car contre toute attente, les parents découvrent que c'est leur dysfonctionnement qui est cause de la toxicomanie de leur fils. Tsala Tsala (1989) disait que

*« dans la plupart des traditions du Cameroun et des pays de l'Afrique centrale, la maladie est rarement une donnée individuelle. Elle est toujours la manifestation directe ou indirecte d'un désordre cosmique ayant des effets immédiats sur l'organisation sociale et sur les rapports interpersonnels entre individus du même groupe »*

Les entretiens font aussi ressortir l'item de l'engagement, entre Nathan et ses parents, dans l'objectif d'aider l'adolescent à décrocher de la consommation de la drogue et de se concentrer à l'école.

### **7.1.3. Cas de Daniel**

Dans le cadre de notre travail sur l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique, nous avons reçu la mère de Daniel, couturière à domicile. Le père est militaire en service au Quartier Général de Yaoundé.

La mère de Daniel a souhaité une intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, liée à la prise en charge thérapeutique de son fils. Dans le cadre de cette sollicitation nous avons eu plusieurs entretiens dont les analyses des différents extraits des procès-verbaux sont reprises ci-dessous.

#### **7.1.3.1. Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)**

La mère de Daniel est venue solliciter l'intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, auprès de son fils qui consomme très régulièrement des substances psychoactives au point où il est désormais incapable de s'en abstenir. Cette situation la préoccupe énormément.

Pour essayer d'apaiser les tensions et de réduire les situations stressantes à la maison, et faire arrêter la consommation de la drogue à son fils, cette dame dit avoir tenté de parler à son fils à plusieurs reprises sans résultats. Face à cela, elle a cherché de l'aide, auprès des enseignants, mais cela n'a conduit à aucun résultat positif.

*« Je l'ai déjà conseillé n'importe comment il ne comprend pas, même son père a déjà parlé fatigué il ne comprend pas, je suis allée même rencontrer ses enseignants Rien. ».*

Daniel pense que sa consommation de la drogue est liée au fait que ses parents se dispute régulièrement au point où leur famille est la risée du quartier. La drogue est pour lui une façon de fuir, un exutoire, un moyen de libération des pressions psychologiques et psychiques, *« Je sais seulement que Daniel dit souvent que mon mari et moi sommes des parents irresponsables. Un jour pendant que son père le grondait il a dit que c'est parce que son père me frappe souvent et que c'est aussi parce que son père est saoulard qu'il n'aime pas rester à la maison. »* déclare la mère de l'adolescent. Ici il s'agit d'une forme de défense et de protection de l'adolescent aux travers de plusieurs mécanismes de défense, qui sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont



l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement. La peur pour le sort de son fils crée chez cette dame un sentiment dimpuissant et de désespoir. « *C'est vous qui savez ce qu'il faut faire, moi je veux seulement que mon fils arrête de se droguer. Qu'il arrête de fumer et de vagabonder* ». L'on ressent également l'instinct de protection chez cette dame, lié à l'attachement. Une dimension du lien et de l'attachement ressort de façon significative dans la démarche de cette dame donc l'appel à l'aide cache mal son instinct de protection maternel. Toutes ces réalisés que la dame vit dans les propos et les actes de son fils et même du père de son conjoint la martirise dans un environnement où le regard social du moins de la communauté où la famille vit n'est pas propice à l'arrêt de la consommation de la drogue par son fils.

Le discours de la mère de Daniel laisse transparètre l'existence d'un dysfonctionnement familial qui se traduit par la violence physique et verbale provoquant ainsi des crises sur les plans psychoaffectifs et psychosociaux. L'analyse du discours et la gestuelle de cette dame montre un besoin urgent d'aide tant pour elle-même, son couple que pour son fils. Le mal être général que cette dame exprime, se cristallise sur la consommation de la drogue par son fils. Le même bouleversement resurgit encore au sujet de ses relations à son fils, elle dit « *C'est ça qui me fais encore très mal. Il est violent envers nous et surtout envers son père.* », ce qui traduit qu'elle ne parvient plus à supporter les exigences liées à sa relation avec son fils.

Les intentions de cette dame sont que son fils arrête de se droguer, qu'il se concentre sur ses études, qu'il arrête de fuguer et de vagabonder et que les tensions dans sa famille se réduisent au maximum. « *moi je veux seulement que mon fils arrête de se droguer. Qu'il arrête de fumer et de vagabonder. Je veux aussi que mon mari arrête de boire et de me frapper.* »

Nous sommes là en plein dans une situation d'angoisse maternelle face au comportement répréhensible et peu recommandable d'un fils adolescent qui s'accommode très mal du comportement des ses geniteurs qui se battent régulièrement devant leur progéniture et les voisins. Une démarche vers une situation acceptable tant pour cette dame, son conjoint, ses filles, que pour son fils adolescent nécessite des aménagements comportementaux tant pour chaque membre de la famille que pour l'adolescent. Un travail individuel et collectif s'avère nécessaire et crucial pour le rétablissement d'une harmonie familiale pouvant déboucher sur le décrochage de Daniel à la consommation de la drogue.

Le récit de cette dame pendant les entretiens laisse entrevoir un investissement émotionnel dont il serait recommandé d'aborder avec une flexibilité intellectuelle capable d'intégrer le lien psychoaffectif d'une mère face à un fils adolescent qui sombre dans l'addiction à des substances psychoactives. *« Il est mon seul garçon et il veut déjà se perdre »* Un accent est de ce fait mis ici sur le cognitif avec ses liens avec l'affectif.

### **7.1.3.2. Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)**

L'entretien avec le sous-système non requerant offre une opportunité d'échange et de premier contact avec l'adolescent. Cette entrevue sert de porte d'entrée et il donne l'occasion au thérapeute de commencer les premières observations sur l'adolescent. Cet entretien donne l'opportunité au thérapeute d'aborder avec destérité et tact la question de consommation de drogue, des rapports avec les parents et autres membres de la famille, des rapports avec les pairs etc. C'est également un moment important pour le thérapeute et l'adolescent, de construire à travers la parole et la communication non verbale les liens et les règles qui vont régir leur collaboration. Daniel exprime son mal être face à l'ambiance familiale qui prévaut à la maison *« je préfère souvent rentrer à la maison quand je sais que mes parents dorment déjà, ou quand je sens que la maison est calme. »* ici l'adolescent extériorise une déliquescence dans l'attachement à la structure parentale. Une fragilisation symbolique des liens familiaux. L'image parentale est dans sa globalité, source de perturbation de l'adolescent dans un contexte social qui renvoie à Daniel une image négative de sa famille.

*« je n'aime pas être avec mes parents et surtout mon père, je préfère être avec mes potes. Ces deux-là ne s'aiment même pas, je ne sais pas pourquoi ils sont ensemble mieux même chacun prend sa route. Les deux-là sont des terroristes, ils ne sont pas gentils, »*

L'état mental ici est celui d'un adolescent dont l'environnement familial est agressif et violentogène, et de ce point de vue le mécanisme de défense mis en place est l'évitement. *« je préfère être avec mes potes. »* le milieu familial dès lors représente un espace de menace à la quietude. Les pairs ici prennent une place prépondérante dans la vie de l'adolescent ce qui ouvre la voie aux influences de toutes sortes.

Une observation sérieuse laisse transparaître des aménagements comportementaux du sujet, qui expriment le rejet. Il s'exprime en ces termes : *« je n'aime pas être avec mes parents et surtout mon père, je préfère être avec mes potes. »*

L'adolescent exprime également son identification à son groupe d'amis avec qui il se sent plus en sécurité qu'avec ses parents. Le rejet de la famille pour un attachement à un groupe extérieur met en exergue un problème de repère.

L'on peut comprendre alors pourquoi l'attitude de rejet que Daniel exprime et son exposition à l'influence de ses pairs qui l'ont entraîné à la consommation du cannabis. Le thérapeute essaye alors d'amener l'adolescent à un réaménagement de la perception de sa relation avec ses parents et minimiser l'influence des pairs.

Le thérapeute dans son accompagnement au réaménagement des relations intrafamiliales obtient de l'adolescent un accord de rencontre familiale restructurant *« je n'ai pas de problème à cela. S'ils peuvent venir et discuter en face avec nous devant vous, je suis d'accord. (...) Pour mes sœurs, je vous ai déjà dit que je n'ai pas de problème avec elles. Vous pouvez les appeler si ça peut résoudre le problème tant mieux. »* et une promesse de décrocher à la consommation du cannabis *« vais arrêter de fumer. Je vais arrêter. Maman je vais arrêter. »*

Le jeune Daniel accepte de s'engager dans une prise en charge thérapeutique avec l'implication de ses parents.

### **7.1.3.3. Entretien avec le système familial**

Ici il est question d'organiser une rencontre avec tous les autres membres des sous-systèmes constituant du système familial. Le thérapeute crée ainsi un espace d'expression pour tous les membres de la famille afin que les uns et les autres libèrent leurs ressentis et leurs vécu traumatique, leurs colères, leurs récriminations devant les autres, pour qu'à terme naisse un sentiment de défoulement et d'apaisement, pour le bien de tous les membres de la famille.

L'ensemble de ceux qui prennent part à cette entrevue sont informés non seulement des conflits, du problème à résoudre (toxicomanie de Daniel), mais aussi des étiologies possibles désormais certains et établis : si Daniel est toxicomane c'est qu'il fume le cannabis ; s'il reconnaît qu'il fume le cannabis c'est que ses parents en sont responsables ; et pour qu'il arrête de se droguer il faut résoudre le problème qui le pousse à prendre cette drogue car c'est ce qui ramènera le calme entre les uns et les autres.

Chaque membre du groupe familial verbalise aux deux autres ses difficultés et ses souffrances face à la toxicomanie de Daniel. Sur le plan psychologique, Daniel sent qu'il n'est

plus seul. Il peut parler de ses souffrances et de sa dépendance à ses parents. Ceci a pour conséquence de renforcer le sentiment de force de son Moi

(Sœur aînée de Daniel) « *monsieur moi je comprends bien ce que dit maman mais ce n'est pas qu'à Daniel que leur comportement fait mal, nous tous nous en souffrons. Le pardon que maman demande là doit être pour toute la famille.* »

(Père de Daniel) « *c'est vrai comme ma fille dit, nous devons demander pardon à vous tous car cette situation nous fait tous très mal. Moi je sais que j'ai commis beaucoup d'erreurs dans ma vie de famille mais je ne suis pas le seul responsable ma femme m'y a souvent poussé par ses paroles. Mais le plus important maintenant c'est de mettre tout ça dans le passé.* »

(Sœur cadette de Daniel) « *ma sœur a raison mais nous. C'est Daniel qui doit aussi dire s'il veut arrêter de fumer, parce que si on parler tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.* »

Cette évolution psychologique heureuse où Daniel a de plus en plus confiance en lui, lui permet de comprendre et d'adhérer aux efforts d'abandon de la consommation de la drogue et soutenir ses parents qui font de l'auto-culpabilisation :

(Mère de Daniel) « *Je sais qu'il est souvent très fâché de nous mais je voudrais d'abord lui demander pardon pour tout le mal qu'il dit que nous lui faisons.* »

Toute la famille se veut compatissante pour ce qui arrive à Daniel. Les deux parents veulent apporter leur aide et leur soutien à leur fils.

(Mère de Daniel) « *calme toi Daniel* » (elle prend son fils dans ses bras, les sœurs de Daniel fondent aussi en larmes.) « *ça va aller, ça va aller.* »

(Père de Daniel) *ça va aller, monsieur je vais l'accompagner et je vais changer mon comportement vis-à-vis de ma femme et de mes enfants. J'aime ma famille.*

« (Daniel)(après un très lin silence) *je vais arrêter de fumer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais* » « (Sanglots, pleurs) *non non non je ne veux pas devenir fou, je ne veux pas mourir.* »

La famille finie par s'accorder sur un fait, la responsabilité collective sur ce qui arrive à leur fils et à toute la famille.

#### 7.1.3.4. Conclusion sur le cas de Daniel

Dans cette démarche thérapeutique auprès de l'adolescent Daniel et sa famille, des progrès significatifs se dégagent dans le sens où, on part d'une situation où la famille est désemparée et destabilisée par la consommation excessive de la drogue par leur fils, vers une acceptation tant de l'adolescent que des parents et la fratrie, à la participation à l'alliance thérapeutique. Daniel, bien que sceptique au départ du processus, fait montre d'une démarche coopérante et d'une ouverture au travail de reconstruction du lien familial. En effet, l'exploitation des verbatim enregistrés au cours des entrevues, fait observer deux types de d'association libre : 1) un mal être individuel et familial (stress, traumatismes psychiques, investissements narcissiques...) 2) un désir de faire partie de l'alliance thérapeutique et d'adhésion au protocole thérapeutique (ventilation du langage, décrispation des relations, réduction de la fracture familiale, ouverture vers autrui ...).

Les différents membres du groupe familial vivent chacun à son niveau le stress qui est un état entravant l'équilibre physique et/ou psychologique d'un individu. Il est déclenché par un stimulus appelé « agent stressant » pouvant être d'ordre physique, mental, social ou émotionnel. Les agents stressants sont perçus différemment d'un individu à l'autre, mais certains facteurs favorisent l'apparition du stress comme la perte de contrôle face à une situation, la nouveauté, l'imprévisibilité ou la menace de l'égo. Chez nos sujets les expressions telles que : (le père de Daniel) « *Ça me dérange certainement mais je vais faire comment ?* » (L'une des sœurs de Daniel) « *Maman pleur souvent et ça me dérange* »

Nos sujets sont également en situation de traumatisme de type II qui s'installe lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. La violence intrafamiliale, les abus sexuels, etc. (Père de Daniel) « *c'est quand même vrai que nous nous querellerons assez souvent et ça met mal à l'aise les enfants et même le voisinage. Ma femme en est aussi responsable.* »

Tout au long des entrevues, des progrès sont observables tant chez Daniel que chez les membres du groupe familial. Il est perceptible que les parents de l'adolescent sont déterminés à accompagner leur fils à l'adhésion au processus thérapeutique, une réduction de la fracture psychosociale au sein de la famille ainsi qu'une volonté de l'adolescent à suivre et à observer les consignes thérapeutiques interviennent. Des expressions comme :

(Daniel) « *je vais arrêter de fumer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais* »

(Père de Daniel) « *je vais aussi faire les efforts pour ne plus boire. Je vais accompagner mon fils pour ce qu'il y aura à faire.* »

... émises spontanément au cours des entretiens, en témoignent à suffisance.

#### **7.1.4. Cas d'Ismaël**

La mère d'Ismaël a souhaité une intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, pour une aide auprès de son fils afin que celui-ci arrête de fumer le cannabis. Nous avons suggéré à cette dame de participer comme sujet avec son fils et les autres membres de sa famille, à notre étude sur l'incidence des familles d'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique. Dans le cadre de cette sollicitation nous avons eu plusieurs entretiens dont les analyses des différents extraits des procès-verbaux sont reprises ci-dessous.

##### **7.1.4.1. Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)**

Les entretiens entre le thérapeute et les parents du jeune Ismaël commencent par la sollicitation de ceux-ci pour l'intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la famille auprès de leur fils qui consomme très régulièrement des substances psychoactives au point où il est désormais incapable de s'en abstenir.

Les parents d'Ismaël disent avoir essayé de faire arrêter la consommation de la drogue à leur fils en vain. Ce couple dit avoir tenté de parler à leur fils à plusieurs reprises sans succès. Ils ont cherché de l'aide, auprès des amis, mais cela n'a conduit à aucun résultat positif. Le climat à la maison est permanent tendu, délétaire et stressogène.

*(Mère d'Ismaël) « je ne sais pas, son frère aîné m'avait dit qu'Ismaël dit qu'il sait qu'il n'est pas de notre famille. Je crois qu'il sait les problèmes que j'ai avec son père à son sujet. Ismaël est trop renfermé et c'est très difficile de savoir ce qu'il pense. »*

Ismaël devient souvent nerveux et violent quand ses parents essaient de lui faire des observations sur son comportement, « *il est toujours renfermé sur lui-même ne communique avec personne* » déclare le couple.

Ismaël affiche là une introversion avec anxiété de fonctionnement élevé. Ce profil cache mal ce que nous appelons une « *anxiété secrète* ». Ainsi, et malgré le fait de toujours afficher une admirable sérénité, Ismaël accumule en lui, comme dans un puzzle impossible, un souci excessif, un besoin d'évasion. Un trait commun de ce profil de personnalité est donc sa façon de s'exprimer. Ils parlent souvent avec nervosité et précipitation, de sorte que les

autres peuvent même les prendre pour des personnes extraverties. Il s'agit cependant d'un symptôme supplémentaire d'une angoisse interne, de cette pelote intérieure si complexe. *« Ismaël ne communique pas. Il fait ses choses sans rien dire à personne, il est toujours nerveux. Je ne sais pas. »* L'introversion est perçue comme un défaut, une faiblesse. Popularisé par Carl Gustav Jung en 1921, ce terme désigne les personnes tournées vers leur monde intérieur.

Les expressions utilisées par Ismaël traduisent à suffisance le mal être qu'il vit et son refus d'identifications à ses géniteurs. (Ismaël) *« je ne pense rien je sais seulement qu'il dit qu'il n'est pas mon père et il me déteste. Je suis chez lui parce que je n'ai pas où aller. »*

Une crise psychoaffective et relationnelle transparait dans les propos des parents d'Ismaël. Un besoin réel d'aide et d'accompagnement tant pour eux que pour leur fils est s'avère nécessaire. Les échanges au sein de cette famille sont fragilisés par la qualité précaire de rapports entre les parents d'Ismaël d'une part, et entre Ismaël et ses parents d'autre part.

Les intentions des parents de cet adolescent sont que leur fils arrête de se droguer, qu'il se concentre sur ses études, et que les tensions dans leur famille se réduisent au maximum.

(Mère d'Ismaël) *« moi j'aime mon mari et mes enfants je suis prêt à tout faire pourvu qu'Ismaël arrête de se droguer et que notre famille soit en harmonie. (Après un temps de latence) Mon fils, il faut que tu arrêtes de te droguer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, nous allons tous t'accompagner. »*

(Père d'Ismaël) *« moi je veux aider Ismaël à changer son comportement. Je veux aussi que toute la famille l'accompagne dans ses efforts. »*

#### **7.1.4.2. Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)**

Cet entretien avec le sujet Ismaël vise le même objectif que celui recherché dans les entretiens précédant, autrement dit, la rencontre avec le sous-système non demandeur (l'adolescent) a entre autres but de vérifier si le sujet non demandeur est au courant des préoccupations des siens par rapport à sa situation de toxicomanie et sa prise en charge. Les positions d'Ismaël au sujet de sa relation avec ses parents et en lien avec sa consommation de la drogue (hinalation de colle forte) mettent en exergue son sentiment de rejet par son géniteur. (Ismaël) *« je me drogue depuis le jour où j'ai su que mon père disait qu'il n'était pas mon père je me suis demandé pour quoi je suis venu au monde si personne ne veut me reconnaître comme son fils »*. Il se pose des questions qui ne manquent pas d'intérêt parce qu'à l'analyse elles font ressortir son angoisse et même un indice de tendance

suicidaire. « *je me suis demandé pour quoi je suis venu au monde si personne ne veut me reconnaître comme son fils* » ce propos est extrêmement révélateur d'un état psychologique perturbé par des questions et interrogations existentielles.

Il y a également une teinte de narcissisme, le discours d'Ismaël parlant de lui-même et du rejet parental. « *J'ai déjà dit que les deux-là m'énervent. Mon père dit qu'il n'est pas mon père et ma mère ne veut pas me clarifier la situation.* »

L'on observe des aménagements comportementaux chez le sujet Ismaël qui revoie à rupture des liens familiaux par la non reconnaissance de sa filiation par son père. Le silence de sa mère sur la question renforce le sentiment de non appartenance à la famille.

*« je ne sais pas, son frère aîné m'avait dit qu'Ismaël dit qu'il sait qu'il n'est pas de notre famille. Je crois qu'il sait les problèmes que j'ai avec son père à son sujet. Ismaël est trop renfermé et c'est très difficile de savoir ce qu'il pense. »*

Ismaël accepte bien qu'ayant quelques doutes de s'engager dans une thérapie avec l'implication de ses parents. Mais le thérapeute trouve les mots pour le rassurer et lui propose une date pour cette rencontre familiale.

(Thérapeute) « *je vous ai posé cette question la semaine dernière, et si votre père et votre mère revenaient à des meilleurs sentiments ?* »

(Ismaël) « *(hochement des épaules puis silence).* »

(Thérapeute) « *êtes-vous prêt à échanger avec vos parents et vos sœurs en vue de la résolution des problèmes qui vous poussent à vous droguer ?* »

(Ismaël) « *(Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)* »

Dans ces conditions, le thérapeute propose à l'adolescent s'il peut avoir la force et le courage de franchir le « tabou familiale ». Il lui suggère des rencontres d'échanges à visées thérapeutiques entre lui et ses parents. Ismaël trouve cela « difficile », mais accepte tout de même.

La problématique d'intégrer les parents dans l'alliance thérapeutique est en fin des comptes acceptée par Ismaël, ce qui rassure par rapport à l'adhésion au travail thérapeutique sur sa consommation problématique de la colle forte.

(Ismaël) « *(Silence) ha !! Vous pouvez ! Je vais suivre vos conseils pour voir si ça va marcher. Mais vraiment monsieur, pour ne rien vous cacher, mon père et ma mère m'énervent ! Mais s'ils changent, je change aussi.* »



### 7.1.4.3. Entretien avec le système familial

Partant du fait que le groupe familial est un système, le système familial dans ce cas permet la rencontre entre les membres des autres sous-systèmes avec lesquels le thérapeute a déjà pris contact et eu des entretiens. C'est l'occasion pour chacun des membres de la famille d'exprimer devant les autres, son sentiment réel, ses anciennes récriminations, colères et apaisements.

Tous ceux qui prennent part à cette rencontre sont au fait non seulement des conflits, du problème à résoudre (toxicomanie du jeune Ismaël), mais aussi de l'origine possibles désormais indiscutables. Pour qu'Ismaël arrête de se droguer il faut résoudre le problème qui le pousse à prendre cette drogue car c'est ce qui ramènera le calme entre les uns et les autres. Ismaël est toxicomane et ne le nie pas. Il ne nie pas non plus qu'il sais que son père renie sa paternité et que sa mère ne faire aucun effort pour clarifier sa paternité. Sa filiation dans cette famille est problématique en son sens.

Chaque membre du groupe familial expose aux autres ses difficultés et ses souffrances face à la toxicomanie d'Ismaël. Sur le plan psychologique, Ismaël sent qu'il n'est plus seul. Il peut parler ses perant et sa fratrie, de ses souffrances liées à ses incertitudes sur sa filiation, de la perception qu'il à de sa place au sein de sa famille, et de sa dépendance à la drogue. Ceci a pour conséquence de renforcer une ventilation et la perception des autres dans son univers mental, l'aménagement de sa perception narcissique.

(Sœur aînée d'Ismaël) « *monsieur moi je crois que c'est beaucoup plus à maman et papa qu'il faut s'adresser. Ismaël l'a fait savoir à son frère et peut-être même à papa et maman que c'est parce que pas et maman ne s'accordent pas sur sa paternité que tous ses problèmes commencent. C'est eux qui doivent revoir leurs problèmes et je crois qu'Ismaël va changer.* »

(L'autre sœur d'Ismaël) « *ma sœur a raison mais, Ismaël doit dire s'il veut arrêter de prendre la colle forte, bref de se droguer, parce que si on parler tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.* »

(Ismaël) « *je veux changer, la situation de toute la maison ne me plait pas, moi-même je fais parfois les efforts pour changer mais c'est difficile que je pense à ma situation dans cette famille. Je veux d'abord que papa et maman me disent la vérité.* »

(Mère d'Ismaël) « *moi j'aime mon mari et mes enfants je suis prêt à tout faire pourvu qu'Ismaël arrête de se droguer et que notre famille soit en harmonie. (Après un temps de latence) Mon fils, il faut que tu arrêtes de te droguer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, nous allons tous t'accompagner.* »

L'on note une progression psychologique bienheureuse où Ismaël prend conscience de ce qui se passe en lui et dans sa famille, il comprend et est disposé à adhérer aux efforts de décrochage à la consommation de la drogue et se sentir faisant partie de la famille.

Toute la famille culpabilise et est sensible pour ce qui arrive à Ismaël. Les deux parents veulent apporter leur aide et leur soutien à leur fils.

La responsabilité collective sur ce qui arrive à Ismaël et à toute la famille est dégagee et tous sont d'accord de mettre du leur pour inverser la situation en faisant partie de l'alliance thérapeutique.

(Père d'Ismaël) *« je crois que cette situation que vit Ismaël nous a suffisamment perturbé. Je crois qu'Ismaël n'est pas le seul à en souffrir. Ma femme et moi allons nous asseoir pour en parler plus posément. Mais je promets que nous allons améliorer la situation et vraiment travailler pour que nous soyons une vraie famille unie. »*

#### **7.1.4.4. Conclusion sur le cas d'Ismaël**

La question de rejet d'Ismaël est au centre de la problématique de consommation de la drogue par cet adolescent perturbé et déstabilisé par le sentiment de rejet de celui qui à priori est son géniteur. La récurrence du sentiment de rejet, autrement dit, plus l'impression de rejet est répétitive, plus la blessure est palpable. Ismaël exprime durant les différentes entrevues, un vécu d'indifférence de la part de son père. Le degré d'affectivité avec la personne responsable du rejet. Ismaël porte des blessures de rejet qui sont des blessures émotionnelles. (Ismaël) *« je ne pense rien je sais seulement qu'il dit qu'il n'est pas mon père et il me déteste. Je suis chez lui parce que je n'ai pas où aller »* Celles-ci correspondent au fait de se sentir repoussé, méprisé, dénigré ou mis à l'écart que ce soit dans sa vie, familiale, ou amicale. Ce sentiment peut être plus ou moins fort en fonction de son âge, de sa structure de personnalité et du contexte. Le rejet peut correspondre à une opposition, un mépris, une exclusion, une mise à l'écart, un refus, un déni, un dédain,... Il s'agit souvent d'une blessure refoulée et donc inconsciente qui se réactive dans le présent, en écho avec le passé. Ismaël qui souffre de cette blessure peut avoir l'impression de vivre des situations de rejet à répétition dans sa vie quotidienne, et dans un mécanisme de défense trouve un soulagement en consommant de la drogue. (Ismaël) *« je veux seulement inhaler la colle. Quand je suis aussi avec mes amis ça va. »* Et comme de nombreuses blessures émotionnelles, la blessure de rejet est souvent peu identifiée ou sous-estimée par la personne qui en souffre.

A l'instar des autres cas, le cas d'Ismaël démarre sur le constat des relations conjugales désorganisées, déstabilisé et perturbé, c'est-à-dire, un couple dysfonctionnel, une famille en crise. La crise au sein du couple finit par déteindre sur les enfants avec Ismaël qui pour essayer de gérer les angoisses provoquées par les crises entre ses parents se lance dans la consommation de la drogue, (Ismaël) « *Quand mes parents sont à la maison, je suis toujours tendu et nerveux. J'étais bien à Bouda. La maison m'énerve quand je prends un peu de colle et je me sens bien.* » Ceci laisse comprendre que les parents ne sont pas des êtres vivant dans des bulles sans influences sur leurs progénitures et leurs familles. Mais que lorsque les crises deviennent récurrentes, les enfants et plus les adolescents essaient de trouver un support anaclitique dans des groupes de pairs. La conséquence logique devient une dynamique d'informations, d'analyses avec interprétations de celles-ci et d'élaboration de différentes stratégies adaptatives. Cette situation nous semble correspondre au cas d'Ismaël qui vit non seulement le rejet mais aussi querelle recurente de ses parents à son sujet. Et comme sur le modèle des oppositions comportementales au sein des familles, le système familial se divise et une fracture psychosociale oppose alors deux camps qui paraissent irrémédiables. Le sous-système adolescent sous l'influences des pairs et des mécanismes internes de jugulassions des angoisses répétitives et compulsives, commence à influencer et à perturber le système familial. Cette influence est d'autant plus notable lorsque les parents perdent le contrôle sur leurs progénitures.

### **7.1.5. Cas de Kevin**

Dans le cadre de notre travail sur l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique, nous avons reçu la mère de Kevin, vendeuse de begniet. Kevin est un enfant issu de l'inceste par viol du défunt oncle de sa mère.

La mère de Kevin a souhaité une intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, liée à la prise en charge thérapeutique de son fils toxicomane. Dans le cadre de cette sollicitation nous avons eu plusieurs entretiens dont les analyses des différents extraits des procès-verbaux sont reprises ci-dessous.

#### **7.1.5.1. Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)**

La mère de Kevin est venue solliciter l'intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, auprès son fils qui boit et consomme très régulièrement des

substances psychoactives au point où il est désormais incapable de s'en abstenir et fait des overdoses. Elle est dépassée par les faits.

Pour essayer de faire arrêter la consommation de la drogue à Kevin, cette dame dit avoir tenté de parler à son fils à plusieurs reprises sans résultats. Face à cela, elle a cherché de l'aide, auprès des amis, mais cela n'a conduit à aucun résultat positif.

*« je lui ai parlé, je lui parle même tous les jours, et il ne change pas. J'ai parlé même à ses amis, mais rien ne marche, rien ne change. Rien. Parce qu'il est convaincu que c'est moi qui l'amène se droguer parce que dit-il je ne l'aime pas. »*

Kevin dit que c'est moi qui suis cause de sa consommation de la boisson et de la drogue. *« parce qu'il est convaincu que c'est moi qui l'amené à souvent se droguer du fait que je ne lui ai jamais parlé de son père et qu'il ai su par indiscretion que j'avait essayé de provoquer un avortement. »* déclare la dame. Les interrogations sans réponses de Kevin commencent à trouver réponses depuis la révélation confidentielle entre sa mère et sa Grand-mère. Les sentiments de frustration, de rejet et s'installent comme dans le cas d'Ismaël. Le sentiment de culpabilité et une agouisse récurrente s'installe aussi chez la mère de Kevin. Ce sentiment de culpabilité permanent résulte d'une suite d'enchaînement. Tout commence par la constatation d'un fait ou d'un événement que la victime ne pouvait pas contrôler, tel que le viol par son oncle qu'elle trouvait bienveillant. Ensuite, elle pense qu'elle en est la cause. Viennent ensuite le déni et le refus de la réalité. La mère de Kevin se sent constamment coupable ce qui provoque des émotions négatives comme l'anxiété et la frustration, pouvant conduire jusqu'à la dépression. L'arrêt de la consommation de la drogue par son fils lui semble être une issue tant pour elle que pour lui.

Une crise sur le plan psychoaffectif est perceptible dans les propos de la mère de Kevin. Il y a lieu de souligner à l'analyse la reconnaissance par le sujet d'états affectifs susceptibles de nécessiter un processus de prise en charge. La même sentimentalité rejaillit plus tard lorsque parlant de ses relations à son fils, elle dit *« je veux que vous m'aidiez »*, ce qui traduit qu'elle ne parvient plus à supporter les contraintes liées à sa relation avec son fils.

Cette dame annonce clairement son besoin, elle souhaite que le thérapeute aide son fils à arrêter de boire et de se droguer et celui-ci se reconcentre sur sa scolarité. *« je veux que vous aidiez Kevin pour qu'il ne fume plus le chanvre et qu'il cesse de boire. »*

### 7.1.5.2. Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)

L'entrevue avec l'adolescent Kevin dans nous à permis de vérifier d'une part avec l'adolescent si les recriminations que sa mère a contre lui, lui semble fondé et préoccupantes et sa perception sur une éventuelle démarche thérapeutique impliquant sa mère et ses frères. L'adhésion à une démarche thérapeutique incluant des tiers n'a pas été un problème pour cet adolescent qui est assez expressif bien que son sentiment de culpabilisation de sa mère reste tout vif. (Kevin) « *Ma mère me dégoûte, elle m'a détesté avant même que je ne vienne au monde, elle ne voulait me laisser aucune chance de vivre ce n'est pas maintenant qu'elle pourra m'aimer sincèrement.* » Kevin ne comprend pas pourquoi sa mère veut qu'il rencontre le Psychothérapeute bien qu'il ne s'y oppose pas « *c'est ce pourquoi ma mère est venu vous voir ? oui je bois un peu et je prends du chanvre souvent* »

Kevin est résolument porté vers un discours morbide et chargé de haine et d'envie d'évasion, il se décrit dans la logique d'un corps propre atteint, blessé et victime de multiples castrations symboliques.

(Kevin) « *mon père à abusé de ma mère et m'a renié. Moi je ressens toujours cela, car je ne me connais pas et je ne me comprends pas moi-même. Quand ces pensées me remplissent le cerveau je fume un peu pour dormir. Quand je regarde ma mère j'ai de la haine qui monte dans mon esprit.* »

L'on note à la file des entretiens une reconnaissance de la dépendance à la boisson et à la drogue, et même une envie de décrocher (Kevin) « *oui je veux souvent mais ce n'est pas facile et surtout quand je pense à ma vie et ce que ma mère a essayé de faire quand j'étais dans son ventre. Tout ça m'énerve* »

Dans ces conditions, le thérapeute propose à l'adolescent s'il peut avoir la force et le courage de franchir le « tabou familiale ». Il lui suggère des rencontres d'échanges à visées thérapeutique entre lui sa mère et ses frères. Kevin trouve cela « *difficile* », mais accepte tout de même.

(Kevin) « *vous pouvez moi je n'ai pas de problème, c'est ma mère qui ne peux pas me regarder dans les yeux pour ce qu'elle avait essayé de faire de ma vie. Pour mes frères je n'ai pas de problème avec eux.* »

La problématique d'intégrer les parents dans l'alliance thérapeutique que Kevin redoute est cependant surmontée. Il a en réalité, une approche conflictualisée à ceux-ci.

### 7.1.5.3. Entretien avec le système familial

Dans ce cadre il est simplement question de permettre à tous les membres de la famille de se rencontrer sous la coordination du Psychothérapeute pour extérioriser, exprimer et ventiler tout le ressenti et le vécu par rapport à la situation de consommation de drogue de Kevin et le mal être qui entrave le fonctionnement harmonier de la famille. Autrement dit, Le système familial dans ce cas consiste en la rencontre entre les membres des autres sous-systèmes avec lesquels le thérapeute a déjà pris contact. C'est l'occasion pour chacun des membres de la famille d'exprimer devant les autres, son sentiment réel, ses anciennes récriminations, colères et apaisements.

Tous les membres de la famille qui prennent part à cette entrevue sont formellement au courant de l'enjeu de la rencontre, pour avoir déjà eu une entrevue avec le psychothérapeute. Chaque participant sait clairement qu'il est question de voir ensemble comment aider Kevin à arrêter de boire excessivement et de couper avec la consommation de la drogue. Il est question de s'accorder pour résoudre le problème qui pousse Kevin à prendre la drogue car c'est ce qui pourra ramener le calme entre les uns et les autres.

Chaque membre du groupe familial expose aux deux autres ses difficultés et ses souffrances face à la toxicomanie de Kevin. Sur le plan psychologique, Kevin sent qu'il n'est plus seul. Il peut parler de ses souffrances et de sa dépendance à sa mère et ses frères. Ceci a pour conséquence de renforcer le sentiment de force de son Moi

(Mère de Kevin) « *mes enfants je suis prêt à tout faire pourvu que Kevin arrête de se droguer et que notre famille soit bien. (Silence) Mon fils, il faut que tu arrêtes de fumer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, je te dirais toute la vérité et nous allons tous t'accompagner moi je suis disposé à t'accompagner et à changer mon comportement vis-à-vis de toi. »*

(Kevin) « *(après un très long silence) je voudrais dire à ma mère et mes frères que je vais changer, je vais arrêter de boire et de fumer le chanvre. Je vais faire ce que ce monsieur va me proposer pour sortir de la drogue »*

Cette évolution psychologique heureuse où Kevin a de plus en plus confiance en lui, lui permet de comprendre et d'adhérer aux efforts d'abandon de la consommation de la drogue et soutenir sa mère qui fait de l'auto-culpabilisation :

Toute la famille se veut compatissante pour ce qui arrive à Kevin. La mère veut apporter son aide et son soutien à son fils.

« (la mère d'Kevin) (après un temps de latence) *hum ! Mon fils, il faut que tu arrêtes de fumer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, nous allons tous t'accompagner* »

« (Kevin)(après un très lin silence) *je vais tout faire pour m'en sortir, (...) je m'engage à faire ce que ce monsieur va me proposer pour sortir de la drogue* ».

#### **7.1.5.4. Conclusion sur le cas de Kevin**

La ventilation et la catharsie qui sont aussi des ouvertures à l'autre engendrée par la situation thérapeutique permettent aux uns et aux autres de s'exprimer librement dans un esprit rassuré et serein grâce aux entrevues préalables avec le psychothérapeute. Les reproches sont plus aisément formulés, les accusations plus facilement vécues et tolérées, d'autant plus qu'en situation d'entretien, chacun admet ses possibilités de limitations. Kevin exprime clairement ses angoisses face au silence de sa mère au sujet de sa paternité. Le mea-culpa de la mère de Kevin apaise son sentiment de haine et chez la mère, ses entretiens ont atténué son sentiment de culpabilité. Sur le plan affectif, les liens s'affirment et les engagements réciproques se prennent, entre l'adolescent, sa mère et ses frères. In-fini les entretiens permettant des adaptations d'empathie préparent l'adolescent toxicomane à une adhésion au protocole thérapeutique, et mettent la famille dans une posture de co-thérapeute.

#### **7.1.6. Cas de Jean Didier**

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons reçu la mère de Jean-Didier qui a sollicité une intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, pour une aide auprès de son fils afin que celui-ci arrête de fumer le cannabis. Nous avons suggéré à cette dame de participer comme sujet avec son fils et les autres membres de sa famille, à notre étude sur l'incidence de la famille d'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique.

Dans le cadre de cette sollicitation nous avons eu plusieurs entretiens dont les analyses des différents extraits des procès-verbaux sont reprises ci-dessous.

##### **7.1.6.1. Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)**

La mère de Jean-Didier est venue solliciter l'intervention auprès du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, pour son fils qui consomme très régulièrement des substances psychoactives au point où il est désormais incapable de s'en abstenir. Cette situation préoccupe sérieusement les parents de l'adolescent.

Dans un ellant de recherche de sollution et faire arrêter la consommation de la drogue à son fils, cette dame dit avoir tenté de parler à son fils à plusieurs reprises sans résultats. Même les interventions de son conjoint n'ont pas donné de resultat. Face à cela, elle a cherché de l'aide, auprès de plusieurs personnes, mais cela n'a conduit à aucun résultat positif.

*« je lui ai parlé, je lui parle même tous les jours, et il ne change pas. J'ai parlé même à ses amis, mais rien ne marche, rien ne change. Même son père parle rien. Il dit que c'est nous qui le dérangeons ».*

Jean-Didier pense que sa consommation de la drogue est liée au fait que ses parents n'ont pas pu s'entendre au moment de sa naissance pour lui faire porter le patronime de son père qui est groupe sociologique Eton et sa mère du groupe sociologique Bassa. Cette situation qui en son temps avait conduit à la repuation de sa mère lui reste entravers la gorge car ils continu de porter un patronime du groupe sociologique de sa mère.

*(Mère de Jean Didier) « il se souvient souvent de ce qu'il n'a vu son père qu'à l'âge de neuf ans et il conclut que son père ne l'aime pas. Qu'il le déteste. Et parfois il dit que nous l'énervons. »*

*(Père de Jean Didier) « je ne sais pas. Parfois il dit que c'est à cause de nous, mais je l'ai dit, les enfants n'ont rien à voir dans les problèmes des parents. »*

La drogue est pour lui une façon de fuir, un exsutoire, un moyen de liberation des pressions psychologiques et psychiques,

*(Mère de Jean Didier) « (moment de silence) je crois que c'est lié au fait que nous avons beaucoup discuté pour son non et son père m'a chassé de la maison. Parce ce qu'il dit souvent qu'il ne sait même pas s'il est Bassa ou Eton. Quand je lui répons qu'il est Eton il me dit pourquoi alors il a un nom bassa »*

Ici il s'agit d'une forme de défense et de protection de l'adolescent aux travers de plusieurs mécanismes de défense. Un mécanisme de défense est une stratégie défensive que l'on va mettre en place sans en être conscient, et ce, dans le but d'échapper à une angoisse ou à un conflit interne. Bref, pour se prémunir de ce qui nous fait souffrir. La peur pour le sort de son fils crée chez cette dame un sentiment d'impuissant et de désemparement.

*« C'est vous qui savez ce qu'il faut faire, moi je veux seulement que mon fils arrête de se droguer. Qu'il arrête de fumer et de vagabonder ».*



Pendant les entrevues avec les deux parents de Jean-Didier, un fort sentiment de protection se dégage tant chez mère de l'adolescent que chez son père malgré le fait du rejet du jeune Jean-Didier qu'il a cherché à revoir 9 ans après. L'on peut relever chez les deux parents un fort sentiment de culpabilité.

(Père de Jean Didier) « *cette situation nous fait tous très mal, je sais que j'ai commis beaucoup d'erreurs dans ma vie de famille, mais je ne suis pas le seul responsable ma femme m'y a souvent poussé par ses paroles. Mais, Jean Didier doit aussi dire s'il veut arrêter de fumer, parce que si on parle tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.* »

#### **7.1.6.2. Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)**

Cet entretien avec le sujet Jean-Didier vise le même objectif que celui recherché dans les entretiens précédant, autrement dit, la rencontre avec le sous-système non demandeur (l'adolescent) a entre autres but de vérifier si le sujet non demandeur est au courant des préoccupations des siens par rapport à sa situation de toxicomanie et sa prise en charge. Les positions de Jean-Didier au sujet de sa relation avec sa mère et en lien avec sa consommation d'alcool et de drogue mettent en exergue son sentiment de rejet par son géniteur.

(Jean-Didier) « *mon père m'a abandonné pour le nom. Même s'il avait raison il devrait penser à moi avec de chasser ma mère de la maison. Il ne s'est pas occupé de moi quand j'étais bébé. Mon père ne m'a pas accompagné dans mes premiers pas sur le chemin de l'école, pourtant c'est très important. Mon père ne venait même pas me voir. C'est comme s'il m'avait rejeté. Quand ces pensées me remplissent le cerveau je fume un peu pour dormir.*».

Il se pose des questions qui ne manquent pas d'intérêt parce qu'à l'analyse elles font ressortir son angoisse et son stress, ses colères...etc ces propos sont extrêmement révélateur d'un état psychologique perturbé par des questions et interrogations existentielles.

L'on observe des aménagements comportementaux chez le sujet Jean-Didier qui renvoient à rupture des liens familiaux par le sentiment d'appartenance à un groupe sociologique du fait du nom alors profondément il se sent d'autre groupe. L'attitude de son père sur la question de patronyme reste un élément perturbateur et destabilisant pour le jeune Jean-Didier. « *mon père m'a abandonné pour le nom.*»

Le thérapeute propose à l'adolescent s'il accepte de participer à la rencontre d'échange avec les autres membres du groupe familial. Il lui suggère des rencontres d'échanges à visées thérapeutiques entre lui et ses parents. Jean-Didier trouve cela « difficile », mais accepte tout de même.

Malgré toutes ces colères non apaisées Jean-Didier accepte de s'engager dans une thérapie avec l'implication de ses parents. (Jean Didier) « (Silence) *ha !! Vous pouvez ! si c'est important. Si vous voulez appeler les !* »

La problématique d'intégrer les parents dans l'alliance thérapeutique est en fin des comptes accepté par Jean-Didier, ce qui rassure par rapport à l'adhésion au travail thérapeutique sur sa consommation problématique de la colle forte.

(Jean-Didier) « (après un très long silence) *je promets de changer et d'aller régulièrement à l'école. Je vais arrêter de fumer la drogue.* »

### **7.1.6.3. Entretien avec le système familial**

Ici il est question de la rencontre entre tous les membres du groupe familial avec lesquels le thérapeute a déjà pris contact. C'est l'occasion pour chacun des membres de la famille d'exprimer devant les autres, son sentiment réel, ses anciennes récriminations, colères et apaisements.

Tous ceux qui participent à cette rencontre sont au courant non seulement des conflits, du problème à résoudre (toxicomanie du jeune Jean-Didier), mais aussi des sources possibles désormais indiscutables : Jean-Didier boit beaucoup d'alcool et est toxicomane il fume le cannabis ; il reconnaît qu'il fume le cannabis et pense que c'est ses parents qui en sont responsable ; et pour qu'il arrête de se droguer il faut résoudre le problème qui le pousse à prendre cette drogue car c'est ce qui ramènera le calme entre les uns et les autres.

Chaque membre du groupe familial expose aux deux autres ses difficultés et ses souffrances face à la toxicomanie de Jean-Didier. Sur le plan psychologique, Jean-Didier sent qu'il n'est plus seul. Il peut parler de ses souffrances et de sa dépendance à ses parents. Ceci a pour conséquence de renforcer le sentiment de force de son Moi

(Mère de Jean Didier) « *je suis prêt à tout faire pourvu que Jean Didier arrête de se droguer (Après un temps de latence) hum ! Mon fils, il faut que tu arrêtes de fumer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, nous allons tous t'accompagner et nous allons aussi résoudre le problème qui te dérange.* »

(Père de Jean Didier) « *moi je suis disposé à l'accompagner et à changer mon comportement vis-à-vis de lui et de ma femme* »

Cette évolution psychologique heureuse où Jean-Didier a de plus en plus confiance en lui, lui permet de comprendre et d'adhérer aux efforts d'abandon de la consommation de la drogue et soutenir ses parents qui font de l'auto-culpabilisation :

Toute la famille se veut compatissante pour ce qui arrive à Jean-Didier. Les deux parents veulent apporter leur aide et leur soutien à leur fils.

(Jean Didier) « (après un très long silence) je promet de faire tous les efforts possibles (...) je promets de changer et d'aller régulièrement à l'école. Je vais arrêter de fumer la drogue. »

La famille finie par s'accorder sur un fait, la responsabilité collective sur ce qui arrive à leur fils et à toute la famille.

#### **7.1.6.4. Conclusion sur le cas de Jean Didier**

Les différents entretiens avec tous les membres du groupe familial ont permis de relever que l'enjeu de la prise en charge familiale est alors d'amener l'adolescent à abandonner un comportement et habitudes problématique à savoir la consommation de la drogue et l'alcool, de les laisser investir le champ affectif et communicationnel et d'en vivre les conséquences d'un point de vue de l'adhésion au protocole thérapeutique. Au cours des différents entretiens, deux grands types d'émotions de part et d'autres chez les membres du groupe familial. 1) un mal être individuel et familial (stress, traumatismes psychiques, investissements narcissiques rejet) 2) une volonté de décrocher à la toxicomanie et de former une alliance thérapeutique (stress, décontraction des relations, réduction de la fracture familiale, ouverture vers autrui ...) sont observés.

#### **7.1.7. Cas de Yannick**

Dans le cadre de notre travail sur l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique, nous avons reçu la mère de Yannick, enseignante. Le père de Yannick ayant repudié sa mère pour avoir conçu un cinquième enfant garçon alors que son conjoint désirait avoir plutôt une fille.

La mère de Yannick a souhaité une intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, liée à la prise en charge thérapeutique de son fils. Nous lui avons suggéré de faire partie des sujets de notre travail de recherche avec son fils Yannick et elle a accepté. Dans le cadre de cette sollicitation nous avons eu plusieurs entretiens dont les analyses des différents extraits des procès-verbaux sont reprises ci-dessous.

### 7.1.7.1. Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)

La mère de Yannick est venue solliciter l'intervention du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, auprès son fils qui prend très régulièrement des substances psychoactives au point où il est désormais accro. Elle est exacerbée par la situation.

Pour essayer de faire arrêter la consommation de la drogue à Yannick, cette dame dit avoir tenté de parler à son fils à plusieurs reprises en vain. Face à cela, elle a cherché de l'aide, auprès des amis, mais cela n'a conduit à aucun résultat positif.

*« je lui ai parlé, je lui parle même tous les jours, et il ne change pas. J'ai parlé même à ses amis, mais rien ne marche, rien ne change. »*

Yannick est toujours en colère contre son père « Je ne sais pas comment mais il sait aussi que j'ai essayé de commettre un avortement. Moi-même ça me dérange beaucoup. C'est peut-être pour ça qu'il est toujours en colère contre son père moi et ça le pousse à fumer..» déclare la dame.

Les parents de Yannick se sentent constamment coupable. La culpabilité survient lorsqu'un individu considère que ses actions ont transgressé une norme morale personnelle et causé du tort à autrui. Elle comprend donc un sentiment de responsabilité personnelle, assorti d'une forme de détresse éprouvée envers autrui. La personne qui éprouve de la culpabilité se « sent mal » vis-à-vis de la personne auprès de qui du tort a été causé, ce qui provoque des émotions négatives comme l'anxiété et la frustration, pouvant conduire jusqu'à la dépression. L'arrêt de la consommation de la drogue par son fils lui semble être une issue tant pour eux.

Cette dame annonce clairement son besoin, elle souhaite que le thérapeute aide son fils à rarreter de se droguer. *« je veux que vous aidiez Yannick pour qu'il ne fume plus le chanvre. »*

Les sentiments de frustration, de rejet et s'installent comme dans le cas d'Ismaël. Le sentiment de culpabilité et une agoisse recurante s'instale aussi chez la mère de Yannick. Ce sentiment de culpabilité chez la mère de cet adolescent naît à partir du moment où elle se reproche d'avoir essayé, sous la pression de son conjoint, d'évacuer la grossesse de son fils Yannick et qu'en plus l'adolescent le sais aujourd'hui. Tout commence par la constatation d'un fait ou d'un événement que la victime ne pouvait pas contrôler, tel que la tentative d'avortement. Ensuite, elle pense qu'elle en est totalement responsable. Viennent ensuite le déni et le refus de la réalité. La mère de Yannick se sent constamment coupable ce qui provoque des émotions négatives comme l'anxiété et la frustration, pouvant conduire jusqu'à

la dépression. L'arrêt de la consommation de la drogue par son fils lui semble être une issue tant pour elle que pour lui.

#### **7.1.7.2. Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)**

L'entrevue avec l'adolescent Yannick dans nous à permis de vérifier d'une part avec l'adolescent si les recriminations que sa mère a contre lui, lui semble fondé et préoccupantes et sa perception sur une éventuelle démarche thérapeutique impliquant ses parents et ses frères.

L'adhésion à une démarche thérapeutique incluant des tiers n'a pas été un problème pour cet adolescent malgré le fait qu'il reste remonté contre ses parents contre qui tient un langage dur.

(Yannick parlant de son père) « *c'est un irresponsable qui ne m'a jamais aimé (...) c'est un méchant, c'est pourquoi il nous a chassé de sa maison (...) quand je pense à tout ça je n'arrive pas à dormir, mais quand je me drogue bien je dors aussi très bien* ».

Yannick ne comprend pas pourquoi sa mère veut qu'il rencontre le Psychothérapeute bien qu'il ne s'y oppose pas « *je viens de la part de monsieur et madame G. je suis leur fils je m'appelle Yannick. Ils m'ont demandé de venir ici vous rencontrer.* »

Les propos de l'adolescent sont chargés de haine envers son géniteur, cet état mental génère du stress pour Yannick et lorsque des événements terribles se produisent, la plupart des personnes sont touchées de façon durable. Chez certains, les effets sont si persistants et si sévères qu'ils sont invalidants et constituent un trouble. En général, les événements susceptibles de provoquer un stress sont ceux qui provoquent des sentiments de peur, d'impuissance, ou d'horreur. Cependant, il peut être la conséquence de toute expérience ressentie comme accablante. Yannick est résolument porté vers un discours morbide et chargé de haine et d'envie d'évasion.

(Yannick) « *Je sais c'est mon père qui a cherché à m'éliminer parce qu'il ne me voulait pas. Il a forcé ma mère, c'est pour me protéger que ma mère a dû le quitter, mais je ne m'entends pas trop avec elle parce qu'elle a essayé quand même de m'avorter pour plaire à son mari.* »

L'on note à la file des entretiens une reconnaissance de la dépendance à la drogue, et même une envie de décrocher (Yannick) « *je veux que tout change. Je vais faire tous les efforts mais que papa et maman fassent aussi les efforts.* »

En définitive, sur proposition du psychothérapeute l'adolescent accepte de mettre les mots sur ses souffrances devant les membres de son groupe familial. Il lui suggère des rencontres d'échanges à visées thérapeutiques entre lui, ses parents et ses frères. Yannick accepte non sans hésiter.

(Yannick) « *je ne sais pas (Silence) mais pour mon père (silence) sa présence peut m'énerver. Bon beh !! Vous pouvez, je suis là ! Si ça peut aider tant mieux !* »

La problématique d'intégrer les parents dans l'alliance thérapeutique que Yannick redoute est cependant surmontée. Il a en réalité, une approche conflictualisée à ceux-ci.

### **7.1.7.3. Entretien avec le système familial**

L'entrevue dans le système familial donne lieu à des rencontres entre ses membres et les autres sous-systèmes le constituant. Il est question pour le psychothérapeute de créer un espace de rencontre où les uns et les autres pourront verbaliser, extérioriser, exprimer et ventiler tout le ressenti et le vécu par rapport à la situation de consommation de drogue de Yannick et le mal-être qui entrave le fonctionnement harmonieux de la famille. Autrement dit, le système familial ouvre au contact direct et des échanges croisés. C'est l'occasion pour chacun des membres de la famille d'exprimer devant les autres, son sentiment réel, ses anciennes récriminations, colères et apaisements.

Tous les membres du groupe familial qui prennent part à cette entrevue sont formellement au courant de l'enjeu de la rencontre, pour avoir déjà eu une entrevue avec le psychothérapeute. Chaque participant sait clairement qu'il est question de voir ensemble comment aider Yannick à arrêter avec la consommation de la drogue. Il est question de s'accorder pour résoudre le problème qui pousse Yannick à prendre la drogue car c'est ce qui pourra ramener le calme entre les uns et les autres.

Chaque membre du groupe familial expose aux deux autres ses difficultés et ses souffrances face à la toxicomanie de Yannick. Sur le plan psychologique, Yannick sent qu'il n'est plus seul. Il peut parler de ses souffrances et de sa dépendance à sa mère et ses frères. Ceci a pour conséquence de renforcer le sentiment de force de son Moi.

Cette évolution psychologique heureuse où Yannick a de plus en plus confiance en lui, lui permet de comprendre et d'adhérer aux efforts d'abandon de la consommation de la drogue et soutenir sa mère qui fait de l'auto-culpabilisation :

Toute la famille se veut compatissante pour ce qui arrive à Yannick. La père veut apporter son aide et son soutien à son fils.

(Père de Yannick) « *je promets de changer mon comportement vis-à-vis de Yannick et de l'accompagner dans ses efforts de décrochage.* »

(Mère de Yannick) « *Je veux tout d'abord dire pardon à mon fils ici présent pour tout le mal peut lui voir fait. Je suis venu ici au Ministère de la promotion de la femme et de la famille pour solliciter leur intervention afin que Yannick arrête de se droguer. Je voudrais aussi dire à Yannick comme à vous tous que je vous aime.* »

(Yannick) « *je vais arrêter de fumer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais* »

#### **7.1.7.4. Conclusion sur le cas de Yannick**

Le choix thérapeutique avec l'implication des parents dans l'alliance thérapeutique permet aussi de mettre l'inflexion sur les silences des uns et des autres. Car le mal être la souffrance de chacun se vivait de l'intérieur sans échange, et la conséquence est la recherche des réponses aux questions angoissantes. Yannick parlait à lui-même de même que ses parents parlaient à eux-mêmes. Alors, investissant le champ du discours, ils avaient sans le vouloir, mais peut-être l'avaient-ils réellement envisagé, la parole de Yannick. Le drame de l'ignorance sans doute, car contre toute attente, les parents découvrent que c'est leur dysfonctionnement qui est cause de la toxicomanie de leur fils.

Les entretiens font aussi ressortir l'item de l'engagement, entre Yannick et ses parents, dans l'objectif d'aider l'adolescent à décrocher de la consommation de la drogue.

## **7.2. DISCUSSION**

L'importance d'impliquer la famille dans le processus thérapeutique en toxicomanie chez les adolescents fait consensus, mais la nature de son influence demeure peu documentée. Le but de cette recherche est de mieux comprendre la contribution de l'implication familiale dans ce processus de prise en charge. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées auprès de sept adolescents en traitement de la toxicomanie, leurs parents et leurs fratries. Des données qualitatives sur la gravité des problèmes familiaux et de consommation auprès des sept adolescents ont été recueillies. Les récits de ces différents acteurs soulignent les bienfaits d'une implication familiale constante à travers les différentes étapes thérapeutiques.

### **7.2.1. Travaux convergent sur l'implication de la famille dans le processus thérapeutique**

Selon la dernière enquête épidémiologique camerounaise réalisée auprès des jeunes du secondaire, 15 % des élèves présentent une consommation problématique ou à risque de le devenir (Comité National de Lutte Contre la Drogue). De plus, les manifestations cliniques de la dépendance au cannabis sont rapportées deux fois plus fréquemment parmi les adolescents que chez les adultes (Chen et Anthony, 2003). Les parents jouent un rôle primordial dans la compréhension du développement d'une telle dépendance tout en étant des acteurs importants pouvant favoriser la réadaptation des adolescents (Kumpfer et Alvarado, 2003). Il s'avère donc pertinent d'étudier l'influence du système familial sur ce processus thérapeutique chez les adolescents toxicomanes, d'autant plus que peu de données existent sur la façon dont une telle influence peut opérer (Dennis et al., 2004)

La précocité de l'initiation à la consommation de cannabis chez les adolescents peut accentuer ses effets délétères sur leur développement. L'Institut National de la Statistique du Cameroun rapporte qu'environ 16 % des jeunes du secondaire disent avoir déjà pris de la drogue (incluant le cannabis) de façon régulière au cours de leur vie; pour eux, l'âge de début de consommation régulière est de 15 ans. La consommation régulière correspond ici à une consommation d'au moins une fois par semaine pendant au moins un mois. Selon Fergusson, Horwood et Swain-Cambell (2002), les jeunes adolescents de 14-15 ans sont plus enclins à développer des conséquences psychologiques négatives de leur consommation régulière de cannabis que leurs pairs âgés de 20-21 ans. Ainsi, il y a consensus sur le fait que la consommation problématique de drogue, particulièrement chez les plus jeunes, vient interférer avec les tâches normatives du développement (Baumrind et Moselle, 1985; Brewster, 2001; Ridenour et al., 2002). Une consommation de cannabis qui commence plus tôt et qui est plus intensive est aussi associée à une augmentation de plusieurs problèmes tels que la polyconsommation, les délits criminels, les difficultés scolaires ainsi que le décrochage scolaire (Fergusson, Horwood et Beautrais, 2003; Lynksey et al., 2003; Lynskey et Hall, 2000; Patton et al., 2002)

Plusieurs recensions des écrits permettent aux auteurs de souligner le rôle central de la famille dans la compréhension des facteurs de risque et de protection de l'abus de substances chez les jeunes (Dufour et Nadeau, 1998; Hawkins, Catalano, et Miller, 1992; Kumpfer et Alvarado, 2003)



Ainsi, Steinberg et ses collègues (1994) ont démontré que l'encadrement parental, décrit comme étant la supervision et la connaissance des sorties de l'adolescent de la part des parents, est efficace tant pour prévenir la consommation de drogue des adolescents que pour aider la réduction de cette consommation. Les résultats de plusieurs autres études appuient ce constat (Baumrind, 1991; Dorius, Bahr, Hoffmann et Harmon, 2004; Munk, 2008; Parker et Benson, 2004; Schmidt, Liddle et Dakof, 1996). Dans le même sens, l'étude de Lee et Bell (2003) montre qu'un haut degré d'attachement et d'autonomie est associé à de meilleures compétences sociales et d'adaptation chez le jeune, à moins de consommation de cannabis ou de problèmes liés à la consommation de substances.

En ce qui concerne la structure familiale, les liens étroits entre parents et adolescents préviennent l'utilisation de drogues ainsi que la délinquance selon McArdle *et al.* (2002). Leur étude menée auprès de 3 984 adolescents de 14 et 15 ans vivant avec leurs deux parents biologiques permet de conclure que tant la qualité des relations familiales que la structure des familles influent significativement, mais de façon indépendante sur la consommation de drogues des adolescents. La structure est identifiée par les auteurs comme étant la composition de la famille, soit le fait de vivre avec ses deux parents biologiques ou non. Pour ce qui est de la qualité des relations familiales, ils la caractérisent par le fait de pouvoir se confier à ses parents ainsi que par la présence de supervision parentale. Griffin, Botvin, Scheier, Diaz et Miller (2000) obtiennent des résultats allant dans le même sens concernant la structure familiale et stipulent que les familles biparentales ont la capacité de fournir une plus grande protection contre les comportements à risques tels que la consommation de drogue. Ledoux, Miller, Choquet et Plant (2002) vont encore plus loin en examinant trois structures parentales (biparentale, monoparentale, reconstituée) et en concluant non seulement que les familles biparentales sont un facteur de protection, mais également que ce sont les familles reconstituées qui sont le plus à risque de voir leurs adolescents consommer.

De plus, un manque de soutien parental est associé aux problèmes de consommation de substances ainsi qu'aux comportements délinquants chez les adolescents (Barnes, Farrell, et Cairns, 1986; Hundleby et Mercer, 1987; Simons, Lin et Gordon, 1998). En ce sens, une étude longitudinale effectuée auprès de 16 749 adolescents révèle que ceux qui perçoivent plus de soutien de la part de leurs parents sont moins enclins à la délinquance, à une mauvaise conduite à l'école ainsi qu'à l'abus de drogues et d'alcool (Parker et Benson, 2004).

Par ailleurs, les problèmes de comportements des parents sont des facteurs de risque de l'usage problématique de drogues des adolescents. Ainsi, la consommation de drogues des parents augmente le risque de consommation de leurs adolescents, et ce, de façon significative (Anderson et Henry, 1994; Brook *et al.*, 2001; Brook, Zhang, Koppel et Brook, 2008). L'alcoolisme parental est aussi associé à l'augmentation du risque de consommation problématique chez les adolescents (Chassin, Pitts, DeLucia, et Todd, 1999; Vitaro, Assaad et Carbonneau, 2004) ainsi qu'à l'augmentation du risque de voir la consommation de psychotropes débiter de façon précoce (Obot, Wagner, et Anthony, 2001). Enfin, il est également important de souligner que les enfants de parents ayant une dépendance ont de trois à neuf fois plus de risques de développer une dépendance que le reste de la population (Cotton, 1979; Schuckit, 1999; Vitaro, Tremblay et Zoccolillo, 1999).

Plusieurs de ces résultats qui documentent le rôle de la famille au plan du développement de l'abus de substances chez les adolescents appuient l'importance d'impliquer la famille dans le traitement de la toxicomanie (Center for Substance Abuse Treatment, 2004; Henggeler, Borduin et Mann, 1993; Liddle et Dakof, 1995a, 1995b). Depuis plus de 20 ans, l'efficacité des approches de traitement familial auprès d'adolescents qui abusent de substances a été démontrée et a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs (Bukstein, 2000; Farrington et Welsh, 1999; Liddle *et al.*, 2001; Liddle et Dakof, 1995a; Szapocznik *et al.*, 1983, 1986; Szapocznik et Kurtines, 1989). Deas et Thomas (2001), en se basant sur une revue de littérature des traitements auprès des adolescents consommateurs de drogues, en sont venus à la conclusion que les traitements ciblant le système de la famille ont davantage fait l'objet d'études évaluatives que tout autre traitement. Les résultats suggèrent que ce type de thérapie est efficace pour traiter les adolescents aux prises avec un problème de consommation. Certaines études tendent même à documenter la supériorité des approches familiales sur les différentes approches dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents (Diamond, Serrano, Dickey, et Sonis, 1996; Liddle et Dakof, 1995b; Stanton et Shadish, 1997).

Bien que les données soient insuffisantes pour conclure à une supériorité claire d'une approche sur une autre, il existe un large consensus sur la pertinence d'impliquer la famille dans le traitement des adolescents qui abusent de substances, notamment pour favoriser la persistance au traitement et son efficacité (Broome, Joe et Simpson, 2001; Santé Canada, 2001; Tremblay, Bertrand et Ménard, 2005). Ce consensus d'experts sur la pertinence clinique d'impliquer la famille est également appuyé par quelques résultats d'études qui s'attardent

aux indicateurs de l'efficacité des traitements. Par exemple, Whitney, Kelly, Myers et Brown (2002) ont montré qu'une amélioration du fonctionnement familial est associée à une réduction de la consommation chez des adolescents en traitement pour la toxicomanie. La qualité de la communication entre les parents et les adolescents est une pratique parentale considérée comme un facteur de protection contre la consommation abusive de substances (Riesch, Coleman, Glowacki et Konings, 1997; Wills *et al.*, 2003). Dans ce sens, Stewart et Brown (1993) ont découvert qu'une meilleure communication et une cohésion familiale sont liées à des améliorations face à la consommation chez les adolescents suite à un traitement en toxicomanie. Ces résultats suggèrent que la communication au sein de la famille (Terjanian, 2002) et le soutien parental (Williams et Chang, 2000) soient des dimensions qui devraient être ciblées pour favoriser la réadaptation des jeunes en traitement de la toxicomanie.

L'influence de la consommation des adolescents ne s'effectue pas seulement sur les aspects relationnels de la famille, mais également sur le bien-être de ses membres. Elle peut provoquer un haut niveau de stress dans la famille, stress qui est susceptible d'occasionner des problèmes psychologiques et physiques importants (Bancroft, Carty, Cunningham-Burley et Backett-Millburn, 2002; Barnard, 2005; Bertrand, Beaumont, Durand et Massicotte, 2006; Center for Substance Abuse Treatment, 2004; Orford *et al.*, 1998; Velleman *et al.*, 1993). Voilà qui justifie encore une fois l'importance de l'implication de la famille dans le traitement, et ce, tant pour contribuer à l'amélioration de l'état des adolescents face à leur dépendance que pour aider la famille dans son ensemble.

Par contre, il n'en demeure pas moins que les mécanismes, par lesquels l'implication des parents pourrait ou non contribuer à ces améliorations, sont encore mal connus. Les chercheurs se sont principalement attardés à l'efficacité de protocoles de traitement plutôt qu'à la façon dont ces derniers peuvent agir sur le processus thérapeutique des adolescents (Dennis *et al.*, 2004). Les « *ingrédients* » communs aux différentes modalités d'intervention familiales qui peuvent expliquer les résultats thérapeutiques sont donc peu connus.

De plus, les données sur le vécu des individus et sur leurs perceptions concernant leur processus thérapeutique en toxicomanie sont très peu répertoriées (Bertrand et Nadeau, 2006; Mercier et Alarie, 2000; Nadeau, Landry, Bertrand, et Acier, 2007). Cette perspective subjective, décrite par l'individu, est composée de significations et de sentiments personnels et est reconnue pour apporter des pistes d'intervention adaptées aux besoins, désirs et capacités des acteurs (Poupart, 1997). Le recours à différents points de vue d'acteurs clés

concernant le même sujet permet d'augmenter la validité des conclusions (Miles et Huberman, 1994). C'est pourquoi la présente recherche propose, par l'analyse de sept études de cas, de recueillir les perceptions des adolescents, parents et de la fratrie sur le rôle joué par la famille dans le processus thérapeutique afin d'obtenir une source de données riche et encore peu explorée.

Ainsi, cette étude a pour but général de mieux comprendre la contribution de l'implication de la famille dans le processus thérapeutique chez adolescents toxicomanes. Pour ce faire, nous avons exploré les perceptions de sept adolescents en traitement de la toxicomanie quant à leur propre processus de changement. L'étude permet également d'explorer les perceptions des parents face au processus de changement de leur enfant et de la famille. De plus, cette étude explore les perceptions de la fratrie au regard du processus de changement des adolescents et de leurs familles ainsi que de l'influence de ces dernières sur le traitement. De façon complémentaire, cette recherche permet de documenter, à partir de mesures qualitatives, l'évolution des problèmes liés aux substances et des problèmes familiaux chez sept adolescents toxicomanes ayant été suivi par nous dans la prise en charge thérapeutique avec l'implication leur famille.

La présente étude s'appuie également sur des entrevues individuelles en profondeur de type semi-structuré d'une durée de 60 à 75 minutes, méthodologie utilisée par divers auteurs des domaines de la toxicomanie et de la déviance (Bertrand et Nadeau, 2006; Brunelle, 2001; Carra, 2005; Kokoreff, 2005). Trois catégories d'entrevues ont été réalisées : celles auprès des parents, celles auprès des adolescents et celles auprès de la fratrie. Dans le but d'obtenir les perceptions de chaque acteur sur le même processus de changement pour ensuite les croiser à l'analyse, les trois entrevues abordent les mêmes thèmes et de façon similaire. Ces thèmes sont la perception du processus de changement de l'adolescent, la perception du processus de changement de la famille, la contribution de la famille au processus de changement, les difficultés rencontrées ainsi que l'expérience vécue au cours des rencontres familiales. Ces entrevues s'attardent sur le vécu et l'implication des participants à l'alliance thérapeutique.

### **7.2.2. Analyses**

La formule de dissection de contenu thématique (Ghiglione et Matalon, 1978) a été explorée. Un examen vertical de toutes les rencontres a été effectué sur la base des différents entretiens consignés par notes écrites et enregistrements audionumériques des entrevues, des fiches signalétiques et des notes initiales. Cette approche permet d'extraire des unités

lexicales significatives et d'élaborer des regroupements conceptuels désagrégés. Une exploitation horizontale et transversale effectuée à partir des croisements entre les entretiens, permet d'identifier les thèmes dominants et récurrents (Miles et Huberman, 1994). L'exploitation croisée du contenu des échanges a fait ressortir les points communs et les divergences entre les perceptions des différents membres de la famille. De plus, une analyse a ciblé l'implication de la famille en traitement, mais également l'influence de celle-ci sur le processus à hors de l'espace des échanges.

### **7.2.3. L'absence des pères et le mouvement de l'implication parentale**

La place que tient le père dans les récits des sept adolescents est très mince comparativement à celle de leur mère ou même de leurs amis. Un parallèle peut être tracé avec la place qu'ont occupée ces pères avant et au début de la démarche. Cependant, en cours de processus, leur niveau d'implication a considérablement augmenté. Ce mouvement de l'implication paternelle est intimement lié à un autre mouvement dans la famille lors de la démarche, soit celui de la position maternelle. À travers les sept récits, il est clairement exprimé par tous les acteurs que les mères sont fortement impliquées auprès de leurs adolescents et de leurs problèmes de consommation. La mère d'Idriss n'hésite pas à dire qu'à un certain moment, il n'y avait que les problèmes de son fils qui semblaient exister : « ... que notre vie arrête de tourner toujours à l'entour de [...] que notre vie tourne toujours autour que de la consommation, parce qu'avant ça, notre vie n'était que ça. » La fratrie ayant vécu auprès d'Idriss décrit la dynamique mère/fils avant la démarche. Parallèlement, les autres familles ont également expérimenté cette prise de position face au problème de consommation de leurs enfants. Le discours de la mère de Jean Didier comporte beaucoup de similarités avec celui de la mère d'Idriss. Il est clairement décrit à travers les entretiens que ce désir des mères d'en faire toujours plus pour leur adolescent en difficulté venait souvent empêcher leurs enfants d'avancer dans leur démarche. Cependant, en cours de processus, les pères ont repris une place plus importante, un geste encouragé tant par les familles que par le thérapeute. Ainsi, dans le cas de Jean Didier, son père qui était séparé de sa mère depuis déjà quelques années s'est mis à leur rendre visite de façon plus régulière, tout en participant dans l'alliance thérapeutique.

Dans les sept cas, il faut s'attarder à l'implication du père et l'effet de celle-ci sur la dynamique familiale. Le père s'impliquant, la dynamique tend à changer et profite d'une nouvelle ressource, comme le démontre le cas des parents d'Ismaël. Grâce aux rencontres auxquelles le couple a pris part avec le thérapeute ainsi qu'aux rencontres et au soutien reçu

de la fratrie, la mère de l'adolescent a su adopter une position différente de celle qu'elle avait au départ, et ce, pour le bien de son fils.

La mère d'Ismaël a eu à faire le même genre de mouvement dans la relation avec son fils, mouvement également lié à un retour de l'implication du père.

L'enjeu central de ce mouvement dans les positions parentales est l'autonomie de l'adolescent, et ce, tant dans l'histoire d'Idriss que dans celle des autres adolescents.

#### **7.2.4. L'impact sur la fratrie**

Malgré le fait que les projecteurs soient souvent tournés vers l'adolescent consommateur et ses parents, les membres de la fratrie sont également des acteurs ayant leur rôle à jouer. Il peut être difficile de convaincre la fratrie de se joindre aux rencontres familiales, et dans le cas où les tentatives échouent, le thérapeute devrait toujours y porter une attention particulière. Dans l'histoire de Nathan, ses sœurs plus âgées ont joué un rôle de soutien, d'implication plus accrue suite à l'identification de la problématique.

Dans ce cas précis, la problématique a eu un effet mobilisateur pour la fratrie, par contre, il peut en être tout autrement. La seconde possibilité est illustrée au sein de la famille de Daniel. Lorsqu'une problématique demande autant d'énergie et d'attention de la part des parents, les autres membres de la fratrie peuvent vivre un certain sentiment d'abandon. Dans le but de reprendre cette place qui était la leur, ils trouvent les moyens à leur portée, même si cela peut signifier développer des problèmes. La mère de Daniel semble adhérer à cette hypothèse en parlant du frère cadet de l'adolescent.

#### **7.2.5. Perceptions des rencontres familiales**

Lors des entrevues individuelles, avec les membres des différentes familles, la totalité des membres des familles ont affirmé n'avoir aucun problème avec les rencontres familiales, qu'aucun élément négatif n'était à relever. Plus encore, chaque membre souligne l'impact positif que ces rencontres ont eu sur leur famille ainsi que leur nécessité.

Les trajectoires et les récits recueillis des sept adolescents, à travers cette étude, ont permis de mettre en lumière leurs processus thérapeutiques ainsi que les éléments clés les ayant ponctués. Les différents acteurs s'entendent tous sur ce changement dans la consommation de leur adolescent et sur l'amélioration de la situation de façon générale. Nous pouvons donc qualifier d'efficace cette démarche de thérapeutique en toxicomanie.

L'unanimité des participants sur la présence de la violence au sein des familles vient réaffirmer l'importance d'un travail sur la communication familiale lors de la prise en charge

thérapeutique des adolescents toxicomanes, comme le suggère Terjanian (2002). Il est intéressant de noter que le travail à propos de la communication effectué par le thérapeute a été efficace et que les sept cas se sont avérés être des succès. En effet, les adolescents, leur famille et le thérapeute décrivent des changements significatifs sur ce plan. Les adolescents ont souligné que les interactions avec leurs parents sont devenues moins agressives pour faire place à une ouverture, un respect de l'autre leur permettant d'avoir des échanges plus constructifs. Cette transition d'un mode de critique vers un mode de soutien leur a permis d'être mieux disposés à mener à terme leur processus. Il est donc possible de considérer l'amélioration de la communication, tant auprès de l'adolescent que de sa famille, comme un élément améliorant l'efficacité thérapeutique en toxicomanie chez les adolescents.

L'implication et la participation de la famille au processus thérapeutique a également été un aspect souligné tant par les parents que par les adolescents. Dans le cas d'Ismael, c'est auprès de ses parents que celui-ci a effectué son arrêt de consommation. Il a même confié les avoir redécouverts à travers cette expérience. De plus, ses parents ont participé à des rencontres avec le thérapeute et ont pris part à une thérapie de couple. Il ne fait donc aucun doute qu'il y avait une implication de la part des parents d'Ismael dans le traitement, tant pour venir en aide à leur fils que pour avoir du soutien comme parents. Dans le cas de Nathan, les parents se sont également mobilisés dans des rencontres avec le thérapeute. La mère de l'adolescent fait encore appel au thérapeute de temps à autre, même plus d'un an après. Ces témoignages sur l'implication des parents vont donc dans le sens des résultats de plusieurs chercheurs appuyant l'importance d'impliquer la famille dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents (Center for Substance Abuse Treatment, 2004; Henggeler, Borduin et Mann, 1993; Liddle et Dakof, 1995a, 1995b).

Il serait envisageable de percevoir cette implication comme un soutien face à l'isolement que peuvent vivre les adolescents dans leur lutte aux problèmes de drogues. Un soutien dans le sens des résultats obtenus par Parker et Benson (2004), démontrant que les adolescents qui perçoivent leurs parents comme soutenant sont moins enclins à l'abus de drogues. Plus encore, les adolescents pourraient sentir une sorte de répartition de la responsabilité tant face à la problématique que face à la bonne marche du traitement. Pour un jeune de 16 ou 17 ans, en pleine adolescence avec tout ce que cela implique comme changements et perturbations, ce genre de situation peut paraître insurmontable. Cependant, accompagné de ses parents dans ce processus, tout ne relève plus uniquement de lui, la pression s'avère donc moindre.

Sur le plan de la dynamique familiale, un mouvement dans le niveau d'implication de chaque parent a été observé, et ce, au sein des sept familles. Ce mouvement s'est caractérisé par une implication plus importante de la part des pères en cours de démarche et d'un détachement de la part des mères qui étaient, en début de processus, collées à la problématique de leurs adolescents. Selon la majorité des membres des familles, cette modification a eu des effets positifs sur les familles ainsi que sur le traitement. Ce changement des positions prises par les parents a permis aux adolescents d'avoir un milieu adéquat pour leur individuation, milieu ni trop désengagé, ni trop enchevêtré. C'est dans cet ajustement de l'équilibre familial que les sept adolescents ont donc pu optimiser leur démarche. Ceci appuie encore une fois l'importance d'impliquer la famille, mais également l'avantage de posséder les connaissances nécessaires en intervention familiale afin de modifier ce genre de dynamique. Comme l'ont témoigné les participants, à l'instar de plusieurs auteurs, l'efficacité des interventions familiales en toxicomanie avec les adolescents est claire (Bukstein, 2000; Farrington et Welsh, 1999; Liddle *et al.*, 2001; Liddle et Dakof, 1995a; Szapocznik *et al.*, 1983; 1986; Szapocznik et Kurtines, 1989).

Cette étude relève la perspective phénoménologique dans laquelle s'inscrivent les récits des adolescents. Les significations qu'ils donnent aux événements auxquels ils ont fait face apportent une vue de l'intérieur de leur démarche, un type de données encore peu répertoriées dans le domaine de la dépendance aux substances. Le recueil des perceptions des trois catégories d'acteurs (adolescents, parents et fratrie) enrichit également les données recueillies.

L'implication clinique des résultats de cette étude peut être identifiée, les nombreuses références de la part des participants aux changements d'ordre familial en lien avec les résultats positifs réaffirment l'attention spéciale qui doit être portée aux interventions familiales auprès des adolescents toxicomanes. Plus particulièrement, la présente étude montre l'intérêt d'impliquer et de s'intéresser au parent le moins présent dans la démarche, de façon à pouvoir faire bouger la dynamique et mettre à profit une nouvelle ressource.



## **CONCLUSION GENERALE**

Ce travail a porté sur l'incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique. Les adolescents toxicomanes ici sont ceux de sujets venant consulter suite au constat des leurs parents par rapport à leurs addictions à la consommation des substances psychoactives. Par incidence il faut entendre l'ensemble des influences positives et/ou négatives qu'entretiennent les membres d'une famille ici et qui peuvent les amener à s'identifier en tant que soi groupal autonome. La famille et il ne faut jamais l'oublier est avec l'ethnie et la nation les seuls groupements humains qui ont une conscience d'espèce. Ceci conduit les membres de la famille à générer un « *Soi* » autonome, à chercher autant que possible à fusionner en une totalité bien identifiable au sein du système familial, c'est-à-dire à l'intérieur du groupe familial qui enserme la famille nucléaire, les parents et les enfants.

Face à la problématique de la résolution des questions liées à l'efficacité thérapeutique avec l'implication des parents dans la prise en charge des adolescents toxicomanes, nous nous sommes penchés sur cette étude clinique avec une population de sept sujets dont le vécu individuel de chacun et sa relation avec sa famille constituent un véritable espace expérimental pour notre recherche. Ce sont en fait des préoccupations cliniques qui nous ont inspiré la question de l'incidence des parents d'adolescents toxicomanes sur l'efficacité thérapeutique.

Entre des recherches sur l'étiologie de la toxicomanie des adolescents, et sa prévention, se pose également et toujours la question de la thérapie des sujets (adolescents). Faisant une analogie avec les travaux de Cario (1996) l'on relevait que les approches de prise en charge des adolescents toxicomanes et les moyens à mettre en œuvre demeurent d'actualité.

L'implication des parents d'adolescent toxicomane dans le processus thérapeutique, avec les thérapies familiales systémiques comme outil, que nous avons envisagée dans la présente étude s'inscrit évidemment dans cette perspective.

A l'entame, une approche du concept de toxicomanie et des concepts qui lui sont apparentés tels que l'addiction, les pathologies familiales a permis de mettre en exergue ce qui est spécifique à la toxicomanie.

Celle-ci est envisagée comme une maladie du cerveau chronique et récidivante qui se caractérise par la quête et la consommation compulsives de drogues, en dépit des conséquences nocives. Comme nous l'avons dit plus haut, la toxicomanie répond aux critères de la maladie parce que, comme les maladies qui touchent les organes, la toxicomanie altère le fonctionnement normal d'un organe, en l'occurrence, le cerveau, et elle présente un ensemble caractéristique de symptômes et de signes.

L'adolescence constitue une période plus ou moins marquée par fragilité mentale qui peut facilement être sujette aux influences multiples et diverses. Ainsi, la toxicomanie est envisagée ici suivant la perspective de thérapie cognitivo-comportementale comme étant un phénomène émergent généralement à l'adolescence qui loin d'être uniquement une période de crise est aussi une période de changement chez l'individu. La toxicomanie se spécifie également par sa variabilité, par son adaptation aux nouvelles formes de consommation, son intensité voire son caractère massif et son aspect évolutif chez les jeunes. L'idée qui se dégage après l'examen des différentes positions théoriques est que la prise en charge de la toxicomanie répond à une lecture multiapproche et ne peut être saisie que par une approche multifactorielle, ce d'autant plus qu'elle relève d'une étiologie complexe. Ceci étant, la toxicomanie serait elle-même un phénomène complexe. Selosse (1997) a relevé que les troubles des conduites à l'origine des prises en charge, des interventions soit normatives soit répressives soit thérapeutiques des jeunes adolescents, relèvent d'une étiologie complexe.

En fait, ce travail articule le domaine de la recherche et de la pratique et renforce les préoccupations sur la question de l'efficacité thérapeutique dans la prise en charge des adolescents en situation de dépendance aux substances psychoactives en matière de recherche clinique dans le vaste champ de l'addiction et la dépendance.

Dans cette optique, elle apporte un éclairage sur ce qui pourrait être l'objectif thérapeutique à entrevoir et les techniques thérapeutiques contemporaines qui permettraient d'y arriver.

Dans le cadre notre approche des adolescents, nous avons noté que le lien familial (parental) avec les adolescents, est fréquemment remis en cause. Le thérapeute est d'autant plus sollicité que la partie demanderesse (parents/familles) vit des situations stressantes et qui dans leur contrainte tendent à l'aiguillonner vers une rupture franche de lien filiaux (parents/adolescents). Si l'on suit le commun des mortels pour fonder ici un raisonnement, on se dit que si la toxicomanie est une maladie qui remet en cause les Sois corporels et sociaux, il ne peut qu'impliquer une dimension de repli sur soi narcissique caractérisée par la consommation des substances psychoactives. Car elle est une maladie de l'infamie que pour autant qu'on a honte de l'autre, de son fils/fille, que pour autant qu'on se trouve dans une ambivalence émotionnelle et qu'on cherche à soit soulager, soit à s'en débarrasser. D'où dans cette perspective, le titre de notre étude, *Incidence de la famille de l'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique*.

Dans cette recherche nous sommes posés la question de recherche suivante :

*« Comment la famille de l'adolescent toxicomane peut-elle avoir une incidence sur l'efficacité thérapeutique ? Autrement dit, comment l'action thérapeutique peut-elle être influencée par la famille de l'adolescent toxicomane ? »*

A cette interrogation a correspondu l'hypothèse générale suivante :

**HG** : *« l'implication de la famille de l'adolescent toxicomane dans le processus de soins, va améliorer l'efficacité thérapeutique. ».*

Sur la base de cette Hypothèse Générale (HG), nous avons formulé les Hypothèses spécifiques (H1 et H2) suivantes :

*H1- L'implication des membres de la famille comme partie prenante des soins de l'adolescent toxicomane va favoriser le travail thérapeutique sur l'adolescent.*

*H2- Les interactions mises en jeux par le thérapeute au cours des soins de*

Pour éprouver celles-ci nous avons conduit une recherche empirique au cours de laquelle nous dix adolescents, c'est-à-dire autant de systèmes familiaux, à consulter dans le cadre de la prise en charge psychosociale par le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, des écoutes et accompagnements. Nous avons fait usage de la méthode des entretiens semi-directif, notre perspective d'approche en utilisation de ce matériel étant systémique et familiale.

Notre stratégie a été d'interroger le lien familiale (parents/adolescents) et de cerner les points d'altérations voire de ruptures possibles de celui-ci pouvant pousser le jeune adolescent à consommer les substances psychoactives au point de sombrer dans la toxicomanie. Ce sont d'ailleurs eux qui induisaient la nécessité de l'approche familiale systémique telle que nous l'avons pratiquée. Au cours des entretiens, d'une rencontre à l'autre, la possibilité d'un échange a été ouverte les sujets qui ont su se lire et se dire en tant que personnes. Ceci a facilité l'intercompréhension et l'intercommunication entre parents et adolescents, alors appelés à soulager, accepter, et accompagner les adolescents en situation de toxicomanie et à favoriser une alliance thérapeutique en vue d'accompagner l'adolescent dans l'option de traitement choisi (sevrage, consommation contrôlée, abstinence). Ceci s'est manifesté notamment par des modifications notables des points de vue, par des changements d'attitudes

bénéfiques à tout le système familial. Pour y parvenir, il fallait une approche en termes de sous-systèmes.

Ces considérations montrent que l'implication des parents est efficace dans la l'adhésion thérapeutique de l'adolescent toxicomane et que les rencontres parents adolescents toxicomanes sont opérantes dans le choix de l'approche thérapeutique des adolescents toxicomanes. La famille devient partenaire dans la démarche thérapeutique lorsque la consommation problématique ou la toxicomanie sont présentes et ceci ouvre la porte à l'approche systémique en intervention. Le toxicomane fait face à son réseau familial, qu'il soit aidant, complice ou absent, et celui-ci devient partie prenante de la démarche thérapeutique. En matière de toxicomanie, le traitement a fait l'objet de nombreuses recherches et la littérature sur le sujet est abondante. Par contre, la place et le rôle de l'entourage dans ce processus sont encore peu connus bien que l'on s'accorde maintenant à reconnaître leur importance.

Un colloque organisé conjointement par les équipes de recherche RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) et CIRASST (Collectif en intervention et recherche sur les aspects sociosanitaires de la toxicomanie) et le Centre Dollard Cormier, en novembre 2001, avait adopté le thème de l'entourage du toxicomane. L'article de Suzanne Lamarre, qui fait suite à la conférence qu'elle avait présentée à cette occasion, décrit de façon précise comment le succès du projet thérapeutique du toxicomane repose sur la présence et l'engagement d'un réseau interpersonnel et comment l'intervenant doit se positionner dans cette relation. Le modèle protectionniste d'intervention qu'elle décrit suppose que les acteurs, le toxicomane, ses proches, les soignants, tous et toutes comprennent et acceptent les règles du jeu non seulement au moment de la crise, mais également au cours du suivi. Mais si l'engagement du parent dans la démarche du toxicomane est souhaitable et même nécessaire, est-il toujours possible ? Quelles conditions assureront son actualisation ?

La recherche de Chantal Plourde et de ses collaborateurs apporte des éléments de réponses à partir de l'évaluation d'un programme de soins auquel participent de jeunes toxicomanes et leurs parents. Si l'on retrouve une fois encore la triade toxicomane/parent/intervenant, le propos s'attarde ici à la perception que chacun retire de l'expérience. Ce regard critique montre bien que même lorsque le principe est accepté virtuellement et les résultats encourageants, les conditions d'application se heurtent à des limites ; le modèle est perfectible et les approches doivent être plus ciblées.

Au terme de notre recherche, nous pouvons dire que notre hypothèse est vérifiée et que l'approche systématique familiale conduite avec une certaine maîtrise, la nôtre est encore à parfaire, peut aider à l'efficacité thérapeutique dans la prise en charge d'un adolescent toxicomane vivant dans une famille intégrée dans une alliance thérapeutique.

En définitive, prenant en compte le fait que les problématiques liés aux comportements des adolescents et à la consommation des substances psychoactive par ces derniers n'est pas un phénomène qui se réduit dans une dimension statique, mais une réalité qui s'humanise de façon dynamique, cette étude pourrait s'avérer déterminante pour l'intérêt, la relance et l'avancée de la réflexion autour de la question de la perspective contextualisée en approche systémique de prise en charge.

Sur le plan de la dynamique familiale, un mouvement dans le niveau d'implication de chaque parent a été observé, et ce, au sein des sept familles. Ce mouvement s'est caractérisé par une implication plus importante de la part des mères en cours de démarche et d'un détachement de la part des pères qui étaient, en début de processus, collées à la problématique de leurs adolescents. Selon la majorité des membres des familles, cette modification a eu des effets positifs sur les familles ainsi que sur le traitement. Ce changement des positions prises par les parents a permis aux adolescents d'avoir un milieu adéquat pour leur individuation, milieu ni trop désengagé, ni trop enchevêtré. C'est dans cet ajustement de l'équilibre familial que les sept adolescents ont donc pu optimiser leur démarche. Ceci appuie encore une fois l'importance d'impliquer la famille, mais également l'avantage de posséder les connaissances nécessaires en intervention familiale afin de modifier ce genre de dynamique. Comme l'ont témoigné les participants, à l'instar de plusieurs auteurs, l'efficacité des interventions familiales en toxicomanie avec les adolescents est claire (Bukstein, 2000 ; Farrington et Welsh, 1999 ; Liddle et al., 2001 ; Liddle et Dakof, 1995a ; Szapocznik et al. 1983 ; 1986 ; Szapocznik et Kurtines, 1989).

Ainsi, les nombreuses références de la part des participants aux changements d'ordre familial en lien avec les résultats positifs réaffirment l'attention spéciale qui doit être portée aux interventions familiales auprès des adolescents aux prises avec une toxicomanie. Parker et Benson (2004), démontrent que les adolescents qui perçoivent leurs parents comme soutenant sont moins enclins à l'abus de drogues. Léonard Nguimfack (2010).

*« Toute intervention thérapeutique dans ce domaine devra chercher à modifier la réalité du vécu des familles, en agissant évidemment sur les significations les plus opérationnelles de chacune d'elles, faute de quoi le thérapeute risquera toujours de rater l'objectif même qui fonde sa pratique :*

*soulager les souffrances des gens en provoquant le changement dans le contexte où émerge le symptôme »*

Plus particulièrement, la présente étude de cas montre l'intérêt d'impliquer et de s'intéresser au parent le moins présent dans la démarche, de façon à pouvoir faire bouger la dynamique et mettre à profit une nouvelle ressource. Elle peut s'inscrire dans une voie nouvelle de recherches dont la visée serait la « reconstruction » d'un savoir critique et pragmatique autour de cette question ; savoir qui pourrait déboucher sur la proposition de nouveaux modèles théoriques.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**



- Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Aubier-Flammario
- Affinnih, Y.H. (2002). Revisiting Sub-Saharan African countries' drug problems: health, social, economic costs, and drug control policy. *Substance use and misuse*, 37(3), pp. 265-90.
- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses implications cliniques. In *Recherche en soins infirmier*, n°82, pp.4-11,
- Anderson, A.R. et Henry, C.S. (1994). « Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use », *Adolescence*, 29, 114, pp. 405-420.
- Antil, A. (2009). *Contrôler les trafics ou perdre le Nord. Note sur les trafics en Mauritanie*. IFRI.
- Aries, P. (1962). *Des siècles d'enfance*. Knopf.
- Aries, P. (1969). Wills, Tombs and families, *New Society*, n° 356, pp. 473-475.
- Ariès, P., Guichard, P., Cuvillier, J-P., & Toubert, P. (2005). *La famille occidentale au Moyen Âge*. Complexe
- Association française des sciences des systèmes. L'approche systémique : de quoi s'agit-il ?. Septembre 2003. [En ligne]. <http://www.afscet.asso.fr/SystemicApproach.pdf>. Consulté le 24 février 2021.
- Attias-Donfut (Claudine) (dir.), avec la collaboration de Rozenkier, A. (1995). *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, Etat*. Nathan (Essais et Recherches).
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. PUF.

- Aulagnier, P. (1984, June). Autour du texte de Frances Tustin. In *Approche psychanalytique de l'autisme et des psychoses infantiles précoces. Actes du colloque de Monaco* (Vol. 14, pp. 15-16).
- Ausloos, G., & Segond, P. (1983). *Marginalité, système et famille*. PUF.
- Aviel, G. (1990). Addiction: définition and implication. In *British Journal of Addiction* 85, pp.1403-1408. Commentary.
- Azrin, N.H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. In *Behaviour Research & Therapy* 14: 339-348
- Bakhtin, M. (1981). *Michail Bakhtin et le Principe dialogique suivi des écrits du cercle de Bakhtin*. Le Seuil.
- Balint, M., & Balint, E. (1967). *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Payot.
- Bancroft, A., Carty, A., Cunningham-Burley, Sarah et Backett-Millburn Kathryn (2002). *Support for the Families of Drug Users: A review of the literature*, Effective Interventions Unit: Scottish Executive, Drug Misuse Research Programme & Centre for Research on Families & Relationships, University of Edinburgh.
- Banque Mondiale. (2013). *Doing Business*. Washington DC : Banque mondiale. Repéré à <http://www.doingbusiness.org/> Consulté le 24 février 2021
- Banque Mondiale. (2015). *L'Afrique subsaharienne*. Washington DC : Banque mondiale.
- Barnard, M. (2005). *Drugs in the Family - The Impact on Parents and Siblings*. University of Glasgow, Joseph Rowntree Foundation, North Yorkshire.
- Barnes, G. M., Farrell, M. P. et Cairns Allen (1986). « Parental socialization factors and adolescent drinking behaviours », *Journal Marriage and the family*, 48, pp.27-36.

- Bastard, B., & Cardia-Vornecher, L. (2003). « Can Coparenting be Enforced? Family Law Reform and Family Practice in France », dans M. Maclean (sous la direction de), *Family Law and Family Values*, Oxford, Hart Publishing.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. University Of Chicago Press.
- Bateson, G. (1981). *La nouvelle communication*. Éditions du Seuil.
- Baumrind, D. (1991). « The influence of parenting style on adolescent competence and substance use », *Journal of Early Adolescence*, 11, 1, pp. 56-95.
- Baumrind, D. et Moselle K. A. (1985). « A developmental perspective on adolescent drug use », *Advances on Alcohol and Substance Abuse*, 4, pp. 41-67.
- Bayle, G. (1996). Clivages et fonction synthétique du moi, in *Revue Française de Psychanalyse*, n° spécial Paris, PUF, pp. 1303- 1315.
- Beckerleg, S., Telfer, M., & Lewando Hundt, G. (2005). The rise of injecting drug use in east Africa: a case study from Kenya. *Harm Reduction Journal*, 2(12), pp.1-9.
- Belsky, J., Rovine, M., & Taylor, Dawn, G. (1984). The Pennsylvania infant and family development project 3 - The origins of individual differences in infant-mother attachment: maternal and infant contributions, *Child development*, 55, pp. 965-974.
- Benony, H., & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod les topos.
- Béquignon, J.L. (2002). *Psychologues à la Protection judiciaire de la jeunesse*. L'Harmattan.
- Berg, B. L. (2006). A dramaturgical look at interviewing. In B.L. Berg (Dir.), *Qualitative research methods for the social sciences*. Allyn & Bacon.
- Bergeret, J. (1995). *La Pathologie narcissique*. PUF
- Bertrand, K. et Nadeau L. (2006). « Toxicomanie et inadaptation sociale grave : perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la

progression de leur consommation », *Drogues, Santé et Société*, 5, 1, pp. 9- 44.

Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., et Massicotte, L. (2006). *Les services de réadaptation offerts par les CRPAT aux jeunes et à leur entourage dans le cadre du programme dépendances. Pratiques gagnantes et offre de services de base*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT), Montréal, Canada.

Bettelheim, B. (1971). *Les Blessures symboliques*. NRF Galimard.

Bettelheim, B. (1971). *Les Enfants du rêve, une expérience d'éducation communautaire dans un Kibboutz d'Israël*. Laffont

Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *The International Journal of Psychoanalysis*, 40, pp.308–315.

Blatier, C. (2002). *La délinquance des mineurs : L'enfant, le psychologue, le droit*. Presses Universitaires de Grenoble

Bleger, J. (1981). *Symbiose et ambiguïté : étude psychanalytique*. PUF.

Bloch, H. (1979). *Un serpent au paradis*. Fayard.

Bodin, J-F. (2000). *La recherche du lien médico-social au travers de l'ergothérapie : la vision de l'ergonaute*. Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. Mémoire de licence. Université Lumière Lyon II.

Boltanski, L., & Thevenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Gallimard.

Born, M. (2005). *Psychologie de la délinquance*. De Boeck Université.

Born, M., & Thys, P. (2001). *Délinquance juvénile et famille*. L'Harmattan.

Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Editions de Minuit.

Bourdieu, P. (1980). *Questions de sociologie*. Edition de Minuit.

- Bourdieu, P., Chamboredon, J.C., & Passeron, J.C. (1983). *Le métier de sociologue*. Mouton.
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. Publisher not identifier.
- Bowlby, J. (1978). Attachement et perte. PUF.
- Bowlby, J. (1954). Soins maternels et Santé mentale. OMS.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1991). *Les premiers liens*. Stock-Laurence Pernoud.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory Retrospect and prospect In I Bretherton & E Waters (Eds), Growing points in attachment theory and research (pp 3-38) *Monographs of the Society for Research in Child Development* 50(1-2 Senal No 209).
- Brewster, M. P. (2001). « An evaluation of the Chester County (PA) drug court program », *Journal of Drug Issues*, 31, pp. 177–206.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Arencibia-Mireles, O., Richter, L., et Whiteman, M. (2001). « Risk factors for adolescent marijuana use across cultures and across time », *Journal of Genetic Psychology*, 162, pp . 357-374.
- Brook, J. S., Chenshu Zhang, Koppel J., et Brook, D. W. (2008). « Pathways from Earlier Marijuana Use in the Familial and Non-Familial Environments to Self-Marijuana Use in the Fourth Decade of Life », *American Journal on Addictions*, 17, 6, pp. 497-503
- Broome, K. M., Joe, G. W., et Simpson, D. Dwayne (2001). « Engagement models for adolescents in DATOS-A », *Journal of Adolescent Research*, 16, 6, pp. 608-623.
- Brunelle, N. (2001). *Trajectoires déviantes à l'adolescence : usage de drogues illicites et délinquance*, thèse de doctorat inédite, École de criminologie, Université de Montréal.
- Bukstein, O. G. (2000). Disruptive behavior disorder and substance use disorders in adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(1), pp. 67–79.

- Bukstein, O.G. (2000). « Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents », *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 1, pp. 67-79.
- Cadogan, D.A. (1973). Marital group therapy in the treatment of alcoholism. In *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 34, pp.1187-1194
- Caillot, J.P., & Decherf, G. (1989). *Psychanalyse du couple et de la famille*. Apsygée,
- Caire, J.M., & Dulanrens, M. (2011). Neuro-systémique et maladie d'Alzheimer. In : Mazaux, J.M., Destailats, J.M., Belio, C., Pélissier, J. *Handicap et famille*. Elsevier Masson, pp. 106-116.
- Cario, R. (1996). *Victimologie*. L'Harmattan.
- Carra, C. (2005). « Le délinquant comme produit de la dialectique identité personnelle/ régulations sociales », dans Natacha Brunelle et Marie-Marthe Cousineau (Éd.), *Trajectoires de déviance juvénile: les éclairages de la recherche qualitative*. Presses de l'Université du Québec. pp. 153-176.
- Casoni, D., & Brunet, L. (2003). *Psychanalytiques et applications cliniques*. Presses de l'Université de Montréal.
- Cassen, M., & Delile, J-M. (2007). Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives. Dans *Psychotropes*, 3-4 (Vol. 13), pp. 229-249
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Fayard, Collection, "L'espace du politique."
- Cattell, R.B. (1950). *Les dimensions de la personnalité*. PUF.
- Center for Substance Abuse Treatment (2004). *Substance Abuse Treatment and Family Therapy*, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Chassin, L., Pitts, S.C., Delucia, C., et Todd M. (1999). « A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders,

anxi-ety, and depression », *Journal of Abnormal Psychology*, 108, pp. 106-119.

Checkland, P. (1981). *Systems Thinking, Systems Practice*. John Wiley & Son.

Chen, Chuan-Yu et. Anthony, J.C (2003). « Possible age-associated bias in reporting of clinical features of drug dependence: Epidemiological evidence on adolescent-onset marijuana use », *Addiction*, 98, pp. 71-82.

Choquet, M., & Ledoux, S. (1994). *Adolescents : enquête nationale*. INSERM.

Choquet, M., & Ledoux, S. (1998). *Attentes et comportements des adolescents*. INSERM.

Cirillo, S. (1988). *Familles en crise et placement familiale*. ESF.

Collomb, H. (1965). Assistance psychiatrique en Afrique. *Psychopathologie africaine*, vol. I, n° 1, pp. 11-84.

Commaille, J. (1991). *Les sciences du politique*. La Découverte.

Commaille, J. (2004). *Code civil et nouveaux codes sociaux, Le Code civil 1804-2004*. Livre du Bicentenaire, Dalloz, LITEC.

Commaille, J., & Martin, C. (1998). *Les enjeux politiques de la famille*, Bayard Éditions, coll. « Société ».

Cook Darzens, S. (2007). *Thérapies multifamiliales*, Érès

Cooper, D. (1972). *Mort de la famille*. Seuil.

Copello, A., & Oxford, J. (2002). Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *In Addiction* 97, pp. 1361-1363.

Cotton, N.S. (1979). « The familial incidence of alcoholism » *Journal of Studies on Alcohol*, 40, pp. 89-116.

Coussy, J. (2003). La dialectique de la dépendance. *Alternatives internationales*. Repéré à [http://www.alternatives-internationales.fr/la-dialectique-de-la-dependance\\_fr\\_art\\_270\\_26118.html](http://www.alternatives-internationales.fr/la-dialectique-de-la-dependance_fr_art_270_26118.html)

- Coutant, I. (2005). *Délit de jeunesse : la justice face aux quartiers*. La Découverte.
- Coutant, I. (2005). *Délit de jeunesse : la justice face aux quartiers*, La Découverte.
- Crittenden, P.M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11 (3), pp. 259-277.
- Dagenais, H. (1987). Méthodologie féministe et anthropologie: une alliance possible, *Anthropologie et sociétés*, vol.11, n°1, pp.19-44.
- De Rosnay, J. (1975). *Le Macroscopie, vers une vision globale*. Seuil, Points.
- De Wolff, M.S., & Van IJzendoorn, M.H. (1997). In search of the absent father: Meta-analyses of infant-father attachment: A rejoinder to our discussants, *Child development*, 24, 1997, pp. 604-609.
- Deas, D., et Thomas, S.E. (2001). « An Overview of Controlled Studies of Adolescent Substance Abuse Treatment », *The American Journal on Addictions*, 10, pp. 187-189.
- Decherf, G. (2003). Le parent narcissique et ses complices : le partage de l'intimité familiale in. *Le Divan familial*, 11, Inpress Editions.
- Deliège, R. (1992). *Anthropologie sociale et culturelle*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Université.
- Deliège, R. (2004). *Les castes en Inde aujourd'hui*. P.U.F
- Deliège, R. (2005). *Anthropologie sociale et culturelle*. P.U.F
- Dennis, M., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F. M., Scott, C. K. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, 97(Suppl 1), 16-34.
- Dennis, Mi., Godley, S.H., D., G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., et Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), pp. 197-213.



- Despert, J.L. (1957). *Les Enfants du divorce*. PUF.
- Destailats, J.M, Belio, C. (1999). L'abord systémique du handicap : plaidoyer pour la prise en compte de la dimension familiale et institutionnelle. In : Izard MH, Nespoulos R. *Expériences en ergothérapie*. 12e série. Sauramps; pp. 148-156.
- Diamond, G., Godley, S. H., Liddle, H. A., Sampl, S., Webb, C., Tims, F. M., Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 97(Suppl 1), 70-83.
- Diamond, G.S., Serrano, A. C., Dickey, M., et Sonis W. A. (1996). « Current status of family based outcome and process research », *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Journal*, 35, 1, pp. 6-16.
- Dolto, F. (1994). *Les chemain de l'éducation*. Gallimard.
- Dorius, C.J., Bahr, S. J., Hoffmann, J. P. et Harmon, E. L. (2004). « Parenting practices as moderators of the relationship between peers and adolescent marijuana use », *Journal of Marriage and Family*, 66, pp. 163-178.
- Douyon, E. (1975). *La famille et la délinquance dans trois sphères*. Les Presses de l'Université de Montréal
- Douyon, E. (1975). *Traditionnalité et modernité dans les familles contemporaines*. Les Presses de l'Université de Montréal
- Ducommun-Nagy, C. (2010). Loyautés familiales et processus thérapeutique. In *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1, n°14, pp. 27-42
- Dufour, M. H., et Nadeau, L. (1998). « L'efficacité des programmes de prévention axé sur les familles », *Santé mentale au Québec*, 23, 2, pp. 224-246.
- Duignan, P., & Gann, L. H. (1969). *Colonialism in Africa, 1870-1960: A Bibliographic Guide to Colonialism in Sub-Saharan Africa, vol. 1*, Cambridge University Press.

- Duran, P. (1999). *Penser l'action publique*, LGDJ, coll. «Droit et Société» série «Politique».
- Durand, D. (2017). Environnement et émergence de la systémique. In : D. Durand. *La systémique*. PUF. pp. 34-50.
- Edwards, M.E., & Steinglass, P. (1995). Family therapy outcomes for alcoholism. In *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, pp. 475-509
- Eiguer, A. (2001). *La famille de l'adolescent : le retour des ancêtres*. Dunod.
- Eiguer, A. (2002). *L'éveil de la conscience féminine*. Bayard.
- Eiguer, A. (2005). Pourquoi les adolescents n'aiment pas les fêtes de familles ? In *Adolescence*, n°7, Vol. 53, pp. 669-681.
- El Moussaoui, H. (2013). L'Afrique est-elle réellement victime de la mondialisation ? *Libre Afrique*, 28 novembre. Repéré à <http://www.afrik.com/l-afrique-est-elle-reellement-victime-de-la-mondialisation>
- Elkaïm, M. (1987). « Réseaux, systèmes et intervention en quartier » – In M. Elkaïm *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social*. ESF, pp. 75-86.
- Elkaïm, M. (1987). *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social*. ESF
- Elkaïm, M. (1989). *Approche systémique et psychothérapie*. Le Seuil.
- Elkaïm, M. (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Le Seuil
- Elkaïm, M. (1995). Les pratiques de réseaux et la critique féministe : la thérapie familiale en question. In M. Elkaïm *Panorama des thérapies familiales*. Le Seuil, pp.433-445.
- Elkins, L. J., Mc Gue, M., & Iacono, W. G. (2007). Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), pp.1145-1152.

- Ellenberger, H.F. (1978). Les toxicomanies. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale–Psychiatrie* 37725:C<sup>1</sup>° 4.
- Erickson, E. (1959). *Enfance et société*. Délachaux.
- Fals-Stewart, W., & Birchler, G.R. (2001). “A national survey of the use of couples therapy in substance abuse treatment” In *Journal of Substance Abuse Treatment*, pp. 277-283
- Farrington, D. P., et Welsh, B.C. (1999). « Delinquency prevention using family-based interventions », *Children and Society*, 13, pp. 265-281.
- Farrington, D.P., & Welsh, B.C. (1999). Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 13, pp.287-303.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., et Beautrais, A.L. (2003). Cannabis and educational achievement, *Addiction*, 98, p. 1681-1692.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., et Swain-Cambell, N. (2002). « Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood », *Addiction*, 97, pp. 1123-1135.
- Fides, A. (2007). *La drogue en Afrique: un problème mondial*. Special fides.
- Fix, F., Toudoire-Surlapierre, F. (2006). *Le monologue au théâtre (1950-2000) : la parole solitaire*. EUD
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Erès.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment and Human Behavior*, 7, pp. 333-343.
- Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, pp.891-905.
- Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V.:« Fantômes dans la chambre d'enfants », *Psychiatrie de l'enfant*, 1983, XXVI, 1, pp 57-98.

- Freud, S. (1915a). *Deuil et mélancolie*. tr. fr., OC XIII, PUF. [1988].
- Freud, S. (1915b). *Pulsions et destins des pulsions*. tr. fr., PUF. [1988].
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Traduit par J. Laplanche et J.-B. Pontalis in *Essais de psychanalyse*. Payot. [1981], pp. 43-115
- Freud, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. Traduit par J. Laplanche et J.-B. Pontalis in *Essais de psychanalyse*. Payot. [1981]. Pp. 123-217.
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. PUF.
- Freud, S. (1938). *Moïse et la religion monothéiste*. Gallimard. [1948].
- Freud, S. (1967). *L'interprétation des rêves* (1899). PUF.
- Freud, S. (1988). *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient* (1905). Gallimard.
- Freud, S. (1930). *Le malaise dans la culture*. PUF. [1995].
- Freud, S. (2000). *Totem et tabou*. Payot.
- Friedman, A. (1989). "Family therapy vs. parent groups: effects on adolescent drug abusers" – In *American Journal of Family Therapy* 17, pp.335-347
- Gammer, C. (2005). *La voix de l'enfant dans la thérapie familiale*. Érès.
- Garigue, P. (1970). *La vie familiale des Canadiens français*, Presses de l'Université de Montréal.
- Gauthier, Y. (1999). « Les premiers liens » dans Cohen-Solal J., Golse, B. (sous la direction de) : *Au début de la vie psychique. Le développement du petit enfant*. Odile Jacob.
- Ghiglione, R., et Matalon, B. (1978), *Les enquêtes sociologiques*, Armand Colin.
- Giddens, A. (1992). *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Polity Press [version traduite : *La transformation de l'intimité. Sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes*, Éditions Le Rouergue/Chambon, 2004].

- Glueck, S. & Glueck, E. (1968). *Unravelling Juvenile Delinquency*. Harvard Press.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne, tome 2 : les relations en public*. Éditions de Minuit.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), pp. 1403-1408.
- Grella, C.E. (2005). "The drug abuse treatment outcomes studies: outcomes with adolescent substance abusers" – In H.A. Liddle & C. Rowe: *Treating adolescent substance abuse: State of the science*, London, Cambridge University Press
- Griffin K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Diaz, T. et Miller, N. L. (2000). « Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender », *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, pp. 174–184.
- Guttmacher, A.E., Collins, F.S., & Carmona, R.H. (2004). The family history--more important than ever. *N Engl J Med*; 351, pp. 2333-6.
- Guttmacher, A.E., Collins, F.S., & Carmona, R.H. (2004). The family history--more important than ever, *North England Journal of Medicine*, Nov 25; 351(22), pp. 2333-6. Doi: 10.1056/NEJMsb042979.
- Haft, W. L., & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 10, pp. 157–221.
- Halfon, O., Pierrehumbert, B., Chouchena, O., Bader, M. (1997). « A propos de la transmission intergénérationnelle: paradigme psychanalytique et paradigme de l'attachement forment-ils un alliage impur ? » *Psychiatrie de l'enfant*, XL, 2, p 625-648.
- Hall, A. D. & Fagen, R. E. (1968). Définition of System, in W. Buckley éd., *Modern Systems Research for the Behavioral Scientist*, Aldine, pp. 83-84.

- Hamilton, N., Brantley, L., Tims, F.M., Angelovich, N., & Mcdougall, B. (2001). *Family Support Network (FSN) for adolescent cannabis users*. CSATSAMHSA
- Hamza, M. (1995). *Existe-t-il une spécificité de la toxicomanie des Maghrébins de la deuxième génération ?* Thèse de doctorat en médecine de l'Université de Reims.
- Hawkins, J. D., Catalano, R.F. et Miller, J. Y. (1992). « Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention », *Psychological Bulletin*, 112, pp. 64-105.
- Henggeler, S.W., Borduin, C.M. et Mann, B.J. (1993). « Advances in family therapy: Empirical foundations », *Advances in Clinical Child Psychology*, 15, pp. 207-241.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), pp. 455-469.
- Hochmann, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*. Le Seuil.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby & attachment theory*. Routledge.
- Hundleby, J. D. et Mercer, G. W. (1987). « Family and friends as social environments and their relationship to young adolescents' use of alcohol, tobacco, and marijuana », *Journal of Marriage and the Family*, 49, pp. 151-164.
- Inglehart, R. (1977). *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles among Western Publics*. Princeton University Press.
- Inglehart, R. (1993). *La transition culturelle dans les sociétés industrielles avancées*. Économica, coll. « Politique comparée ».
- Inserm (2004). *Psychothérapie. Trois approches évaluées*. Institut national de la santé et de la recherche médicale ; Expertise collective, Inserm

- Isabella, R. A., & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62, pp. 373-384. [5].
- Janin, C. (1999). *Figures et destins du traumatisme*. PUF
- Jenson, J. (1996). La citoyenneté à part entière peut-elle exister ? , dans J. Del Ré et Heinen *Quelle citoyenneté pour les femmes ? La crise des États-providence et de la représentation politique en Europe*. L'Harmattan.
- Jenson, J. (2000). Le nouveau régime de citoyenneté du Canada : investir dans l'enfance », *Lien social et Politiques*, 44, pp. 11-23.
- Kaës, R. (1993). *Transmission de la vie psychique entre générations*. Dunod.
- Kaës, R. (1993a). *Le groupe et le sujet du groupe. Eléments pour une théorie psychanalytique des groupes intergénérationnelle et intra-groupe* », Dunod
- Kaës, R. (1994). À propos du groupe interne, du groupe, du sujet, du lien et du porteur chez Pichon-Rivière. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 23, pp.181-200.
- Klein, M. (1927b). *Les tendances criminelles chez les enfants normaux. Essais de psychanalyse*. Payot, [1968]. pp. 211- 228.
- Klein, M. (1927b) Criminal tendencies in normal children' [Les tendances criminelles chez les enfants normaux] in *Essais de psychanalyse*, Payot, 1968, pp. 211-228. Contributions des pulsions sadiques orales et anales aux conceptions faussées et effrayantes des relations sexuelles
- Kokoreff, M.(2005). « Toxicomanie et trafics de drogues », dans N. Brunelle et M.-M. Cousineau (Éd.), *Trajectoires de déviance juvénile: les éclairages de la recherche qualitative*. Presses de l'Université du Québec. pp. 31-68.

- Kumpfer, K. L., et Alvarado, R. (2003). « Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors », *American Psychologist*, 58, pp. 457-465.
- Laborit, H. (1974). *La nouvelle grille*, Laffont.
- Laing, R.D. (1972). *La Politique de la famille*. Stock.
- Lamarre, S. (1979). Les femmes et la maladie mentale - un problème culturel? In *Santé mentale au Québec*, 4:2, pp 53-63.
- Lamb, M.E., Thomson R.A., Gardner, W., Charnov, E.L., Estes, D. (1984). "Security of infantile attachment as assessed in the Strange Situation: Its study and biological interpretation", *the Behavioural and Brain Sciences*, 7, pp. 127-171.
- Le Camus, J. (1994). « L'attachement : une théorie à redécouvrir et à parachever », *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII, 2, pp. 659-683.
- Le Moigne, J.L. (1977). *La théorie du système général, Théorie de la modélisation*. Col., Systèmes-Décisions, PUF.
- Le Moigne, J-L. (1977). *Théorie du système général, théorie de la modélisation*. PUF.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M. et Plant, M. (2002). « Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom », *Alcohol and Alcoholism*, 37, 1, pp. 52-60.
- Lee, J-M., et Bell, N.J. (2003). « Individual differences in attachment-autonomy configurations: linkages with substance use and youth competencies », *Journal of Adolescence*, 26, 3, pp. 347-361.
- Lefaucheur, N. (1991). La famille monoparentale et l'Etat : petite généalogie du traitement social des risques familiaux, in F. de Singly et F. Schultheis (dirs.), *Affaires de famille, affaires d'Etat*, Editons de l'Est/Ifras-Goethe-Institut, pp. 117-130



- Lejoyeux, M. (2009). *Du plaisir à la dépendance Nouvelles addictions, nouvelles thérapies*. Le Seuil
- Lenoir, R. (2003). *Généalogie de la morale familiale*. Le Seuil, coll. « Liber ».
- Lévi-Strauss, C. (1949). *Les structures élémentaires de la parenté*. Plon.
- Liddle, H. A., et Dakof, G. A. (1995a). « Family-based treatment for adolescent drug use: State of the science », dans E. Rahdert & D. Czechowicz (Ed.), *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, p. 218-254.
- Liddle, H.A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. In *Addiction*, 99 (Suppl. 2), pp.76-92
- Liddle, H.A., & Dakof, G.A. (1995). Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science. In E. Rahdert & D. Czechowicz: *Adolescent drug abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. NIH Publications, 156, pp. 218-254
- Liddle, H.A., & Dakof, G.A. (2002). A randomized controlled trial of intensive outpatient family-based vs residential drug treatment for co-morbid adolescent drug abusers. In *Drug and Alcohol Dependence*, 66, pp.S2-S202, S103
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & al. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial. In *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, pp.651-687)
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K. et Tejada, M. (2001). « Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, pp. 651–687

- Liddle, Howard A. et Gayle A. Dakof (1995b), « Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive », *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, pp. 511-544.
- Losso, R. (2000). Le mythe familial, source de transferts familiaux : Transfert et contre-transfert dans la thérapie familiale psychanalytique. *Divan Familial*, 4, 25-37
- Lynskey, M., et Hall, W. (2000). « The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review », *Addiction*, 95, pp. 1621-1692.
- Lynskey, M.T., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Slutske, W.S., Madden, P.A., Nelson, E.C., Statham, D.J. et Martin, N.G. (2003). « Escalation of drug of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls », *Journal of the American Medical Association*, 289, pp. 427-433.
- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., Mcleod, S. & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy: short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3(4), pp.377-396.
- Mailloux, N. (1972). *Jeunes sans dialogue*. Fleurus.
- Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. Dans S. Goldberg, R. Muir, & I. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407-474). Analytic Press
- Main, M. (1998). « De l'attachement à la psychopathologie », *Enfance*, 3, pp. 13-27.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern In Yogman M. & Brazelton T. B. (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation In Greenberg M. T., Cicchetti D., & Cummings E. M. (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). University of Chicago Press.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, pp. 66-106.
- Martin, E. (2009). *La mondialisation, ennemie de l'Afrique ? Libre Afrique*, 26 octobre 2009. Repéré à [http://www.librefrique.org/Martin\\_Afrique\\_mondialisation\\_261009](http://www.librefrique.org/Martin_Afrique_mondialisation_261009)
- Massard, F. (2016). *Approche systémique de la maladie d'Alzheimer*. Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. Institut de formation en ergothérapie de Paris.
- Match, Group PMR (1998). Matching patients with alcohol disorders to treatments: clinical implications of Project MATCH. In *Journal of Mental Health*, 7, pp.589-602
- McArdle, P., Wieggersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckle, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R., et Quensel, S. (2002). « European adolescent substance use : the roles of family structure, function and gender », *Addiction*, 97, pp. 329-336.
- McCrary, B.S. (1989). Outcomes of family-involved alcoholism treatment. In M. Galanter: *Recent developments in alcoholism*. Plenum Press.
- McCrary, B.S., Paolino, T.J.J., Longabaugh, R., & Rossi, J. (1979). Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalized alcoholics: a pilot study. In *Addictive Behaviors*, 4, pp.155-165.
- Mead, G. H. (1963). *L'esprit le soi et la société*. PUF (1ère édition, 1934).
- Mélèze, J. (1972). *L'analyse modulaire des systèmes de gestion*. Editions hommes et techniques
- Mercier, C., et Alarie, S. (2000). « Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes », dans Pierre Brisson (Éd), *L'usage des drogues et de la toxicomanie, volume III*. Gaëtan Morin, pp. 335-350.

- Miermont, J. (2002). L'approche psycho-éducationnelle et multifamiliale de R. William MacFarlane : Introduction et commentaires » – In *Thérapie familiale*, 23 (1), pp.105-120.
- Miermont, J. (2005). Les prises en charge familiales dans les addictions. In M. Reynaud: *Addictions et psychiatrie*. Masson, pp. 268-292.
- Miles, M. B., et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis, second edition*, Sage Publications.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*, PUF.
- Minuchin, J. (2005). *Familles en thérapie*. Erès.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press
- Moscovici, S., & Hewstone, M. (1984). De la science au sens commun. In S. Moscovici (Dir.), *Psychologie sociale*. Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, L. (2001). La place de la famille dans la genèse de la délinquance. *Regard sur l'actualité* (28), pp.31-42.
- Mucchielli, R. (2001). Monoparentalité, divorce et délinquance juvénile : une liaison empiriquement contestable. *Déviance et société*, 2, pp. 209-228.
- Mucchielli, R. (1965). *Comment ils deviennent délinquants*. E.S.F.
- Mucchielli, R. (1977). *Comment ils deviennent délinquants : genèse et développement de la socialisation et de la dissocialité*. ESF.
- Munk, A.C. (2008). *Parental influence on hispanic adolescent substance use*, Thèse de Doctorat de Texas Tech University, Texas.
- Nachin, C. (1993). *Les fantômes de l'âme*. L'Harmattan.
- Nadeau, L., Landry, M., Bertrand, K. et Acier, D. (2007). « Treatment evaluation: how qualitative long term results inform quantitative results », *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, supp.31, 6, pp. 123

- Nguimfack, L., Caron, R., Beaune, D., et Tsala Tsala, J-P. (2010). Traditionnalité et Modernité dans les familles contemporaines: un exemple africain, *Psychothérapies*, 30(1), pp. 25-35.
- Nguimfack, L., Caron, S., Beaune, D., & Tsala Tsala, J-P. (2010). Traditionnalité et modernité dans les familles contemporaines : un exemple Africain. *Psychothérapies*, Vol. 30, N° 1, pp. 25-35
- Nicolas, G. (1968). La Société africaine et ses réactions à l'impact occidental. In *L'Afrique contemporaine*, Armand Colin.
- Nicole-Claude M. (1991). Études féministes et anthropologie et « Différenciation des sexes », in P. Bonte & M. Izard (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. PUF. pp. 275-278.
- Obot, I. S., Wagner, F.A., et Anthony, J. C. (2001). « Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: Data from a national epidemiologic survey », *Drug and Alcohol Dependence*, 65, pp. 1-8.
- Ocholla-Ayayo, A.B.C. (1970). Evolution of man and his culture in Kenya. Unpublished Master's Thesis, Prague University.
- Ocholla-Ayayo, A.B.C. (1985). Culture and social dynamics of population control in Africa South of Sahara. *Paper presented at the African Regional Youth workshop on Population Awareness*. Naïrobi.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A. et Velleman, R. (1998). « Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems at home: findings from Mexican and English families », *Addiction*, 93, 12, pp. 1799–1813
- Pager, R. (2009). Pour une proximologie systémique. *Réciproques*, (2), pp. 67-71.
- Parker, J. S., & Benson, M. J. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency. *Adolescence*, 39, 155, pp. 519-530.

- Parker, J. S., et Benson, M. J. (2004), « Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency », *Adolescence*, 39, 155, pp. 519-530.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynskey, M., et Hall, W. (2002). « Cannabis use and mental health in young people : Cohort study », *British Medical Journal*, 325, pp. 1195-1198
- Peele, S., & Brodsky, A. (1975). *Love and Addiction*. Taplinger.
- Perras, C. (2009). Une histoire de l'entrepreneuriat illicite : Des ajustements et des stratégies innovantes dans les marchés de la drogue en Colombie. *Les Cahiers de la Sécurité*, n°10, Institut National des Hautes Études de Sécurité.
- Piaget, J. (1975). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé.
- Picard, D., & Marc, E. (2015). *L'école de Palo Alto*. 2e édition. PUF., (Que sais-je, n°3953).
- Pichon-Rivière, E. (1971). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Galerna.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien, la théorie de l'attachement*, Odile Jacob.
- Pilorge, D., & Brégégère, B. (2001). Du narcissique à l'œdipien : réflexion sur les registres d'intervention en thérapie familiale psychanalytique, Dans *DIALOGUE* n° 153, pp. 99-110
- Pionnie, N. (2000). « Liens entre la théorie de l'attachement et les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence », *Mémoire pour le DES de Psychiatrie*, Faculté de Médecine Xavier Bichat, septembre.
- Pirotton, G. (2005). *Introduction à la systémique. Boîte à outils conceptuels pour aider la réflexion, la formation et l'action des écologistes et de tous ceux qui sont tentés par une compréhension globale de la complexité*. Centre d'animation et de recherche en écologie politique (Etopia)

- Poupart, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques et méthodologiques », dans Jean Poupart, Jean-Pierre Deslauriers, Lionel.-H. Groulx, Anne Laperrière et Robert Mayer (Éd.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur, pp. 173-209.
- Racamier, P.-C. (1993). *Perversion narcissique*. PUF.
- Rapoport A. (1971). La théorie de sociologie, moderne des systèmes: un guide pour faire face aux changements, in *Revue française de Sociologie XI-XII*, No spécial 1970-1971.
- Repetti, R., Taylor, S., & Seeman, T. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. In *Psychological Bulletin*, 128, pp.330-366.
- Ridenour, T.A., Cottler, L.B., Robins, L.N., Compton, W.M., Spitznagel, E.L., et Cunningham-Williams, R.M. (2002), « Test of the plausibility of adolescent substance use playing a causal role in developing antisocial behaviour », *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 1, pp. 144–155.
- Riesch, S. K., Coleman, R., Glowacki, J.S., et Konings, K. (1997). « Understanding Mothers' Perceptions of What Is Important about Themselves and Parenting », *Journal of Community Health Nursing*, 14, 1, p. 49-66.
- Rimbaud, A. (1873). *Une saison en enfer*. Alliance typographique.
- Rogers, C. (1996). *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF.
- Rosnay, J. de. (1975). *Le macroscopie: vers une vision globale*. Seuil.
- Roussel, L. (1989). *La famille incertaine*. Odile Jacob.
- Roussillon, R. (2002). *Agonie, clivage et symbolisation*. PUF.
- Roussillon, R. (2002). Le lien, l'attachement et le sexuel. *Adolescence*, n°40, vol. 20, pp. 241-252
- Ruffiot, A. (1981). *Thérapie familiales psychanalytiques*. Dunod.

- Santé Canada (2001), *Meilleures Pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa, Canada.
- Sassier, M. (2001). *Construire la médiation familiale*, Dunod.
- Sassier, M. (2001). *Construire la médiation familiale*. Dunod.
- Schaffer, R., & Emerson, P.E. (1964). « The development of social attachments in infancy », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29 (3), pp.1-77.
- Schmidt, S. E., Liddle, H.A., et Dakof, G.A. (1996). « Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy », *Journal of Family Psychology*, 10, 1, pp. 12-27.
- Schmidt, S.E., Liddle, H.A., & Dakof, G.A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. In *Journal of Family Psychology* 10 (1), pp.12-27
- Schrödinger, E. (1945). *What is Life?*, Cambridge University Press.
- Schuckit, M. A. (1999), « New findings in the genetics of alcoholism », *Journal of the American Medical Association*, 281, pp. 1875-1876.
- Schulteis, F. (1997). « La contribution de la famille à la reproduction sociale : une affaire d'État », dans J. Commaille et F. de Singly (sous la direction de), *La question familiale en Europe*, L'Harmattan.
- Schulteis, F. (1997). La contribution de la famille à la reproduction sociale : une affaire d'État, dans J. Commaille et F. de Singly (sous la direction de), *La question familiale en Europe*. L'Harmattan.
- Sieca, P. (2002). Pour en finir avec l'amour, *Le divan familial*, 8, pp.161-184.
- Simon, H.A. (1974). *La science des systèmes, science de l'artificiel*. Epi.



- Simons, R.L., Lin, K-H. et Gordon, L. C. (1998). « Socialization in the family of origin and male dating violence: A prospective study », *Journal of Marriage and the Family*, 60, pp. 467-478.
- Singh, J.A., & Mills, E.J. (2005). Selection of hepatitis B virus polymerase mutations in HIV-coinfected patients treated with tenofovir. *Antivir Ther* 10, pp. 727-734.
- Singly (de) F. (2001). *Etre soi d'un âge à l'autre. Famille et individualisme*. L'Harmattan, Logiques sociales.
- Singly (de) F. (2005). *L'individualisme est un humanisme*. Éditions de l'Aube.
- Spitz, R. A. (1968). *De la naissance à la parole.T1. La première année de vie*. PUF.
- Stanton, M., D. et Shadish, W. R. (1997). « Outcome, attrition, and family couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies », *Psychological Bulletin*, 122, pp. 170-191.
- Stanton, M.D. & Shadish, W.R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug Abuse: A meta-analysis and review of the controlled-comparative studies. In *Psychological Bulletin*, 122, pp. 170-191
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (Apr., 1996). Associations among Attachment Classifications of Mothers, Fathers, and Their Infants, *Child Development*, Vol. 67, No. 2, pp. 541-555
- Steinberg, L., Lamborn S.D., Darling, N., Mounts, N.S., et Dornbusch, S.M. (1994). « Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families », *Child Development*, 65, pp. 754–770.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF.
- Stewart, M. A. et Brown, S. A. (1993). « Family functioning following adolescent substance abuse treatment », *Journal of Substance Abuse*, 5, pp. 327-339.

- Stirn, A. (2003). Piercing - Perspectives psychosociales d'un phénomène de société. *Paediatrica*, 14(4), pp. 28-37.
- Strathern, M. (1987). An awkward relationship: the case of feminism and anthropology, dans *Journal of Woman in culture and society* n°12
- Strathern, M. (1987). L'étude des rapports sociaux de sexe : évolution personnelle et évolution des théories anthropologiques, Enjeux et contraintes : discours et pratiques des femmes Volume 11, Number 1, 1987
- Sun, W. L., & Cook, N. (2009). *Illegal drug trade in Africa: trends and U.S. policy*. CRS report for Congress. Washington DC: Library of Congress. Repéré à <https://www.fas.org/sgp/crs/row/R40838.pdf>
- Szapocznik, J., et Kurtines, W.M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth*, Springer publishing company, New York.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Perez-Vidal, A., et Hervis, O. (1983). « Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, pp. 889-899.
- Szapocznik, J., Kurtines, W., Foote, F., Perez-Vidal, A., & Hervis, O. (1986). Conjoint vs. one person family therapy: further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 395-397.
- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F., Perez-Vidal, A., et Hervis, O. (1986). « Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 395-397.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A., Foote, F., Santisteban, D., & al. (1988). Engaging adolescent drug abuser and their families in treatment: a strategic structural approach. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp.552-557.

- Terjanian, David C. (2002). *Element of Effective Treatment for Adolescent Drug Abusers: Family Communication, Cohesion and Adaptability*, Thèse de Doctorat de Antioch New England Graduate School.
- Thelot, C., & Villac, M. (1998). *Politique familiale. Bilans et perspectives*. La Documentation française.
- Thoumi, F.E. (2003). *Illegal drugs, economy, and society in the Andes*. Johns Hopkins University Press.
- Tisseron, S. (1995). La psychanalyse à l'épreuve des générations. In S. Tisseron et al. *Le psychisme à l'épreuve des générations*. Dunod.
- Tremblay, J., Bertrand, K. et Ménard, J-M. (2005). *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal, Québec.
- Tsala Tsala, J-P. (2009) *Familles africaines en thérapie : Clinique de la famille camerounaise*. Paris : L'Harmattan.
- Tsala Tsala, J.-P. (1989). De la demande thérapeutique au Cameroun. *Rev. Méd. Psychosom.* 19, pp.109-124.
- Tullis, L. (1991). *Handbook of research on the illicit drug traffic: socioeconomic and political consequences*. Greenwood Press.
- Valsiner, J. (2000). Masculinity and cultural change: Wild men. *Culture & Psychology*, 1(4), pp.455-476.
- Van den Boom, D. C. (1994), The Influence of Temperament and Mothering on Attachment and Exploration: An Experimental Manipulation of Sensitive Responsiveness among Lower-Class Mothers with Irritable Infants, *Child Development*, 65, pp. 1457-1477.
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment A meta-analysis on the predictive

validity of the Adult Attachment Interview, *Psychological Bulletin*, 117, pp. 387-403.

Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., et Todd, A. (1993). « The families of problem drug users: a study of 50 close relatives », *Addiction*, 88, 9, pp. 1281–1289

Vitaro, F., Assaad, J-M., et Carbonneau, R. (2004). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal, Québec. 103 p.

Vitaro, F., Tremblay, R.E. et Zoccolillo, M. (1999). « Alcoolisme paternel, consommation de psychotropes à l'adolescence et facteurs de protection », *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 44, pp. 33-40.

Von Bertalanffy, L. (). *Théorie générale des systèmes*. Dunod.

Von Bertalanffy, L. (1991). *Théorie générale des systèmes*. Dunod. [1993].

Wallerstein, I. (1999). L'héritage de la sociologie, la promesse de la science sociale, dans *Sociétés contemporaines*, 33/34, pp. 159-194.

Watzlawick, P. (1980). *Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique*, Paris: Seuil, Points #186, trad. de l'américain par J., Wiener-Renucci et D. Bansard, (1978). *The Language of Change. Elements of Therapeutic Communication*. Basic Books Inc.

Weakland, J.H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, M.A. (1981). *Brief therapy: Focused problem*. Le Seuil.

Weinberg, N., Rahdert, E., Colliver, J., & Glantz, M. (1998). Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, pp.252-261.

Whitney, S. D., Kelly, J. F., Myers, M.G., et Brown, S.A. (2002), « Parental substance use, family support and outcome following treatment for adolescent

psychoactive substance use disorders », *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 11, 4, pp. 67–81.

- Wiener, N. (1947). *Cybernetics*. MIT Press et John Wiley (édition révisée 1961).
- Williams, P. (1994). Transnational criminal organizations: strategic alliances. *The Washington Quarterly*, 18(1), pp. 57-72.
- Williams, R., & Chang, S. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. In *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, pp.138-166.
- Williams, R.J., et Chang, S. Y. (2000). « A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome » *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, pp. 138-166.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, pp. 89-97.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-child relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, pp. 585-595.
- Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. Dans D. W. Winnicott (Ed.), *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140-152). International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. (Trad. C. Monod & J. B. Pontalis). Gallimard (Ouvrage original publié en 1965)
- Winnicott, D.W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot.
- Winnicott, D.W. (1969). La préoccupation maternelle primaire. In : *de la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot. Pp.168-174.
- Zamith-Chavant, M., Delanghe-Destrac, M., & Domingo, L. (2010). La famille idéale : une injonction paradoxale. *Médecine palliative*. 9 (4), pp. 200-204.

Zapata, E., & Paris, C. (2009). La consultation systémique d'aide aux aidants au sein de l'équipe mobile de gériatrie de l'hôpital de Bayonne. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. 15 (154), pp. 234-237.

## **ANNEXES**

## **Annexe 1 : du consentement libre et éclairé**



**❖ Modèle de lettre de consentement libre et éclairé  
adressé aux parents d'adolescents de l'étude**

Nous parents de l'adolescent nommé.....  
librement et volontairement que les données recueillies par le psychologue, Tchonko Wessidjam Léon, dans le cadre de ses études de thèse composé de 4 à 5 entretiens semi directif individuels, et un ou plusieurs entretiens semi directif de groupe que nous avons réalisé dans les locaux du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille soient intégrés dans sa recherche universitaire portant sur la « l'incidence des parents d'adolescent toxicomane sur l'efficacité thérapeutique », étant entendu que notre anonymat sera entièrement préservé (par exemple, aucun nom de famille, prénom ni lieu pouvant servir à notre identification, ne figureront dans sa thèse).

Le chercheur nous a clairement informé sur le déroulement et les objectifs de cette étude et nous sommes parfaitement conscient que nous pouvons retirer notre consentement à tout moment, et cela quelles que soient nos raisons et sans supporter aucune responsabilité.

Nous sommes totalement assuré que le fait d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, mais aussi le fait de revenir sur notre accord, n'influenceront d'aucune manière la prise en charge ni avec le psychologue, encore moins avec le service d'aide et d'accompagnement psychosocial auquel il réfère pour mener ses recherches.

**Fait à Yaoundé, le.....**

Noms et prénoms : \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressée : \_\_\_\_\_

❖ **Modèle de lettre de consentement libre et éclairé pour les expériences en laboratoire adressé aux sept adolescents de l'étude.**

Moi, \_\_\_\_\_, ayant pris connaissance du document d'information et des annexes afférent à ce document, déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques et ce que l'on attend de moi dans le cadre de ces expériences.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix comme mes parents et/ou d'autres membres de ma famille. J'ai également eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'équipe thérapeutique en charge de ma santé. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le psychologue promoteur de l'étude se porte garant de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité. En effet, j'ai été informée que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication, que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle et que seules les données anonymisées seront enregistrées et communiquées dans le cadre des différentes formes d'analyse adoptées.

Toutefois, j'émets des réserves sur le fait que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement, quelle que soit la raison pouvant animer le promoteur. De même, je n'accepte pas que le promoteur conserve des échantillons de matériel biologique récolté en cours d'étude **pendant 1 an** à des fins de recherches ultérieures mais limitées au contexte de la présente étude.

J'avoue avoir reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé librement signée par mes soins.

**Fait à Yaoundé, le.....**

Noms et prénoms : \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressée : \_\_\_\_\_

❖ **Modèle de lettre de consentement libre et éclairé du promoteur de la recherche.**

Je, soussigné, **TCHONKO WESSIDJAM Léon**, Promoteur de la recherche, certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques de la participation à cette étude aux adolescents et leurs parents.

Je certifie également avoir offert au patient et à son parent de confiance, sous recommandation du patient, la possibilité de poser toutes les questions qu'ils souhaitent et que j'ai pleinement répondu à ces dernières.

Je crois que le patient et son représentant ont bien compris ce que j'ai expliqué.

Dans le cas où je ne serais pas présent lors de la signature de ce formulaire par le patient, je comprends qu'il n'a qu'une valeur de documentation, bien que le processus du consentement éclairé ait pris place. Je reste responsable d'obtenir le consentement éclairé du patient ainsi que de son information.

**Fait à Yaoundé, le.....**

Psychologue (Signature) \_\_\_\_\_

Noms et prénoms : \_\_\_\_\_

## **Annexe 2 : Protocole d'entretien**

### **Entretien 1 : rencontre avec le sous-système demandeur**

- a) La raison de l'entretien
- b) Démarches entreprises antérieurement
- c) Situation dans le macrocosme familial (famille nucléaire)
- d) Discussions sur l'importance de l'approche systémique familiale

### **Entretien 2 : rencontre avec le sous-système sujet/adolescent**

- a) Evocation des causes de la rencontre
- b) Présentation de la situation familiale réelle
- c) Acceptation de la prise en charge en vue du décrochage
- d) Prévision et anticipation de la confrontation avec les autres membres de la famille

### **Entretien 3 : rencontre avec le sous-système fratrie**

- a) Harmonisation de la compréhension de situation
- b) Entente pour l'ouverture des nouvelles possibilités avec :
- c) Evocation de la rencontre avec les deux sous système famille nucléaire

### **Entretien 4 : rencontre avec le sous-système familiale**

- a) Composition de l'assemblée et vérification du quorum attendu
- b) Approche cognitive et affective de l'acceptation des un et des autres
- c) Contrôle de la stigmatisation
- d) Contrôle de la gestion de l'information pour :
  - Compréhension la toxicomanie
  - Accepter l'adolescent et de sa toxicomanie
  - Accepter la maladie comme une maladie de la famille

## Annexe 3 : Extrait de l'organigramme du Ministère de la promotion de la femme et de la famille

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX-TRAVAIL-PATRIE

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE  
SECRETARIAT GENERAL  
SERVICE DU FICHIER LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE  
COPIE CERTIFIEE CONFORME

DECRET N° 2012/638 DU 21 DEC. 2012  
portant organisation du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

VU la Constitution ;

VU le décret n° 2011/408 du 9 décembre 2011 portant organisation du Gouvernement ;

DECRETE :

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

**Article 1er.-** (1) Le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille est placé sous l'autorité d'un Ministre.

(2) Le Ministre de la Promotion de la Femme et de la Famille est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre des mesures gouvernementales relatives à la promotion et au respect des droits de la femme et à la protection de la famille.

A ce titre, il est chargé :

- de veiller à l'élimination de toute discrimination à l'égard de la femme ;
- de veiller à l'accroissement des garanties d'égalité à l'égard de la femme dans tous les domaines d'activités ;
- d'étudier et de soumettre au Gouvernement les conditions facilitant l'emploi de la femme dans tous les secteurs d'activités ;
- d'étudier et de proposer les stratégies et mesures visant à renforcer la promotion et la protection de la famille ;
- d'étudier et de proposer les mesures visant à la promotion et à la protection des droits de l'enfant.

**Article 25.-** Placé sous l'autorité d'un Chef de Service, le Service de la Vulgarisation du Genre est chargé :

- de l'élaboration des outils appropriés de sensibilisation, d'information et de formation en genre ;
- du développement des techniques et stratégies de communication et de vulgarisation de l'approche genre ;
- de la formation des structures, des organisations et du public en genre.

**Article 26.-** Placé sous l'autorité d'un Chef de Service, le Service du Suivi de la Mise en Œuvre de la Politique Genre est chargé :

- de l'implantation, de l'encadrement et de la coordination des activités des Comités et Points focaux Genre ;
- du suivi des acteurs opérant dans le domaine de la promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes.

**CHAPITRE III**  
**DE LA DIRECTION DE LA PROMOTION**  
**ET DE LA PROTECTION DE LA FAMILLE**  
**ET DES DROITS DE L'ENFANT**

**Article 27.-** (1) Placée sous l'autorité d'un Directeur, la Direction de la Promotion et de la Protection de la Famille et des Droits de l'Enfant est chargée :

- de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des stratégies et programmes de promotion et de protection de la famille ;
- de l'élaboration et de la mise en œuvre des stratégies et programmes de promotion et de protection des droits de l'enfant ;
- des relations techniques avec les organismes et les administrations œuvrant dans le secteur de la famille et des droits de l'enfant ;
- du suivi de la mise en œuvre des instruments juridiques internationaux et régionaux ratifiés relatifs à la famille et aux droits de l'enfant, en liaison avec les administrations concernées ;
- de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi de la politique et des programmes relatifs aux droits de l'enfant, en liaison avec les administrations concernées ;
- du suivi des droits de l'enfant dans la famille d'accueil, en liaison avec le Ministère en charge des affaires sociales ;
- de la participation à l'élaboration et la mise en œuvre des textes juridiques nationaux relatifs à la promotion et à la protection de la famille et des droits de l'enfant, en liaison avec les ministères concernés ;



- du suivi du fonctionnement des institutions privées et des organisations non gouvernementales œuvrant pour le bien-être de la famille, la promotion et la protection des droits de l'enfant ;
- de l'élaboration des mesures législatives et réglementaires relatives à la protection des familles;
- de la définition des modalités de création et de fonctionnement des institutions de soutien à la famille, notamment les haltes-garderies et les crèches.

(2) Elle comprend :

- la Sous-Direction de la Promotion et de la Protection de la Famille ;
- la Sous-Direction de la Promotion et de la Protection des Droits de l'Enfant.

**SECTION I**  
**DE LA SOUS-DIRECTION DE LA PROMOTION**  
**ET DE LA PROTECTION DE LA FAMILLE**

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE  
SECRETARIAT GÉNÉRAL  
SERVICE DU FICHIER LEGISLATIF  
COPIE CERTIFIÉE

**Article 28.-** (1) Placée sous l'autorité d'un Sous-Directeur, la Sous-Direction de la Promotion et de la Protection de la Famille est chargée :

- de la rédaction des rapports pays relatifs à la mise en œuvre des résolutions, recommandations et conventions sur la famille, en liaison avec le Ministère en charge des relations extérieures ;
- de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes d'éducation à la vie familiale ;
- de l'élaboration, de la mise œuvre et du suivi des programmes de vulgarisation des droits de la famille ;
- de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes de lutte contre les violences conjugales et familiales, en liaison avec les administrations concernées ;
- du suivi des activités des œuvres des associations de promotion et de protection de la famille ;
- de la prise en charge des familles en détresse ;
- du suivi des programmes de placement familial, en liaison avec le Ministère en charge des affaires sociales ;
- de l'élaboration et de la mise en œuvre des mesures d'assistance aux familles ;
- de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre des stratégies et mesures visant à renforcer l'harmonie dans les familles ;
- du suivi des familles d'accueil ;
- du suivi des activités de placement familial ;

- de la participation à l'élaboration des textes juridiques nationaux relatifs à la promotion et à la protection de la famille.

(2) Elle comprend :

- le Service de la Promotion de la Famille,
- le Service de la Protection de la Famille.

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE  
SECRETARIAT GÉNÉRAL  
SERVICE DU FICHIER LÉGISLATIF  
COPIE CERTIFIÉE

**Article 29.-** Placé sous l'autorité d'un Chef de Service, le Service de la Promotion de la Famille est chargé :

- du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des programmes d'éducation pré-nuptiale, matrimoniale et familiale ;
- de la mise en œuvre des résolutions, recommandations et instruments juridiques relatifs à la famille ;
- de la préparation des rapports pays relatifs à la mise en œuvre des résolutions, recommandations et instruments juridiques relatifs à la famille ;
- du suivi des relations techniques avec les organismes de promotion de la famille ;
- de la participation à la préparation des textes juridiques nationaux relatifs à la promotion de la famille.

**Article 30.-** Placé sous l'autorité d'un Chef de Service, le Service de la Protection de la Famille est chargé :

- de la mise en œuvre des mesures d'assistance à la famille ;
- du renforcement des capacités des familles à la prise en charge des membres vulnérables ;
- du suivi des activités d'écoute, de médiation et de thérapie conjugale et familiale ;
- du suivi des relations techniques avec les organismes d'encadrement et de protection de la famille ;
- de la vulgarisation des droits de la famille ;
- du suivi des activités des œuvres sociales privées, des ONG et associations de protection de la famille.

## SECTION II DE LA SOUS-DIRECTION DE LA PROMOTION ET DE LA PROTECTION DES DROITS DE L'ENFANT

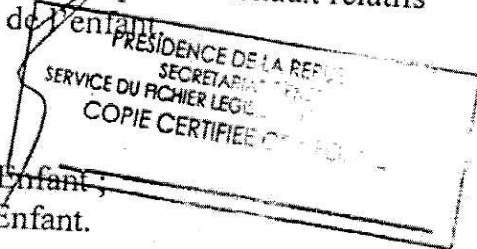
**Article 31.-** (1) Placée sous l'autorité d'un Sous-Directeur, la Sous-Direction de la Promotion et de la Protection des Droits de l'Enfant est chargée :



- de l'identification et de la mise en œuvre des stratégies de promotion et de protection des droits de l'enfant ;
- des relations techniques avec les intervenants en matière de promotion et de protection des droits de l'enfant ;
- de l'élaboration des programmes de promotion et de protection des droits de l'enfant ;
- du suivi des institutions de promotion et de protection des droits de l'enfant ;
- de la définition des modalités de création et de fonctionnement des institutions de promotion et de protection des droits de l'enfant ;
- du suivi de la mise en œuvre des instruments juridiques de promotion et de protection des droits de l'enfant ;
- de l'identification des mesures et stratégies de lutte contre les atteintes aux droits de l'enfant ;
- de l'organisation de l'appui multiforme aux enfants des familles à revenus limités, en relation avec le Ministère en charge des affaires sociales ;
- de la participation à l'élaboration des textes juridiques nationaux relatifs à la promotion et à la protection des droits de l'enfant ;

(2) Elle comprend :

- le Service de la Promotion des Droits de l'Enfant ;
- le Service de la Protection des Droits de l'Enfant.



**Article 32.-** Placé sous l'autorité d'un Chef de Service, le Service de la Promotion des Droits de l'Enfant est chargé :

- de la préparation et de la mise en œuvre des programmes de mobilisation sociale en vue du respect des droits de l'enfant ;
- de l'identification des stratégies de promotion des droits de l'enfant ;
- de la vulgarisation des droits de l'enfant ;
- du suivi de la mise en œuvre des textes relatifs aux droits de l'enfant ;
- de la préparation des dossiers techniques relatifs à la tenue des fora consacrés aux droits de l'enfant, en liaison avec les administrations concernées ;
- de la participation à la préparation des textes juridiques nationaux relatifs à la promotion des droits de l'enfant ;
- du suivi des activités des institutions de soutien à l'équilibre de la famille notamment les crèches et les haltes garderies.

**Article 33.-** Placé sous l'autorité d'un Chef de Service, le Service de la Protection des Droits de l'Enfant est chargé :

- de la préparation et de la mise en œuvre des programmes de protection des droits de l'enfant ;
- de la facilitation de l'enregistrement des naissances;
- du suivi des activités des ONG et associations de protection des droits de l'enfant ;
- de la prévention des violences à l'égard des enfants ;
- de l'appui multiforme aux enfants issus des familles à revenus limités ;
- de la préparation des programmes de protection des droits de l'enfant ;
- du suivi des activités des partenaires œuvrant dans le secteur de la famille et des droits de l'enfant.

**CHAPITRE IV**  
**DE LA DIRECTION DE LA PROMOTION**  
**ECONOMIQUE DE LA FEMME**

PRESIDENCE DE LA  
SECRETARIE D'ETAT  
SERVICE DU FICHIER LEGISLATIF  
COPIE CERTIFIEE

**Article 34.-** (1) Placée sous l'autorité d'un Directeur, la Direction de la Promotion Economique de la Femme est chargée :

- de la mise en œuvre de la stratégie du Gouvernement en matière de développement économique de la femme ;
- du renforcement des capacités économiques et de l'accompagnement des femmes, en relation avec les autres administrations ;
- de la promotion et de la vulgarisation des technologies appropriées aux activités de la femme, en liaison avec les administrations concernées;
- du suivi de la promotion de l'entrepreneuriat féminin, en liaison avec les administrations concernées;
- de la mise en œuvre des mesures facilitant l'emploi de la femme dans tous les secteurs d'activités, en liaison avec les autres administrations ;
- de la mise en œuvre des programmes de réduction de la pauvreté de la femme, en liaison avec les administrations concernées;
- de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes facilitant l'implication de la femme dans la protection de l'environnement, en liaison avec les structures techniques et les départements ministériels concernés.

(2) Elle comprend :

- la Sous-Direction du Suivi de la Promotion de l'Entrepreneuriat Féminin ;
- la Sous-Direction du Suivi de la Promotion de l'Emploi de la Femme.



**Directeur Adjoint de l'Administration Centrale :**

- les Délégués Régionaux.

**Sous-Directeur de l'Administration Centrale :**

- les Chefs de Cellules ;
- les Délégués Départementaux.

**Chef de Service de l'Administration Centrale :**

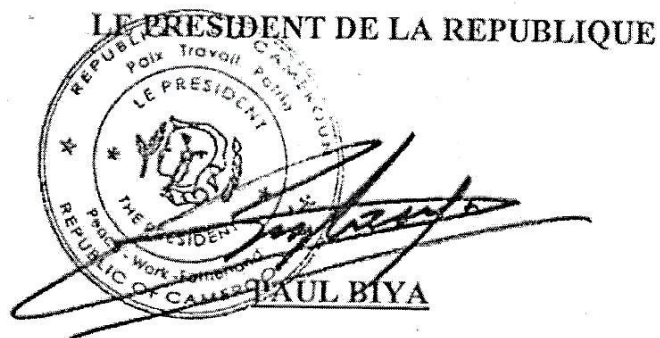
- le Chef du Secrétariat Particulier ;
- les Chargés d'Etudes Assistants ;
- les Chefs des Services Régionaux ;
- les Délégués d'Arrondissement.

**Article 67.-** Les nominations aux postes de responsabilité prévus dans le présent décret se font conformément aux profils retenus dans le cadre organique joint en annexe.

**Article 68.-** Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret, notamment celles du décret n° 2005/088 du 29 mars 2005 portant organisation du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille.

**Article 69.-** Le présent décret sera enregistré, publié suivant la procédure d'urgence, puis inséré au Journal Officiel en français et en anglais./-

Yaoundé, le 21 DEC 2012



## Annexe 4 : Corpus des entretiens

### I. Procès-verbaux des entretiens du sujet Idriss

Les présents procès-verbaux des différents entretiens effectués dans le cadre de ce travail de recherche rendent fidèlement compte du contenu des échanges avec les différents intervenants pour le sujet Idriss.

#### I.1. Procès-verbaux des entretiens avec les parents d'Idriss

Dans le cadre des entretiens avec les parents de l'adolescent Idriss il est question de recueillir les propos de la mère de l'adolescent d'une part et ceux du père d'autres parts, et enfin avoir une rencontre avec les deux parents. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque parent avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus.

##### I.1.1. Procès-verbal de l'entretien avec la mère d'Idriss

**Madame A...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Madame !

**Madame A...** : je voudrais rencontrer celui qui s'occupe des problèmes dans les familles. Je veux voir celui qui, quand les parents ont les problèmes avec leurs enfants il les reçoit dans votre Ministère.

**Thérapeute** : Vous êtes à la bonne porte, entrez madame. Asseyez-vous. Que puis-je pour vous ?

**Madame A...** : je suis Madame A..., j'ai les problèmes avec mon fils Idriss. Idriss est élève au collège Meyon à Etétak à la cité verte il a 17 ans et redouble la classe de 1<sup>ère</sup>.

**Thérapeute** : Qu'elle est le problème Madame ? (Madame A ... garde quelques minutes de silence, puis se met à sangloter). Prenez ce verre d'eau Madame, buvez et calmez-vous. Je suis là pour vous aider, dites-moi ce qui ne va pas.

**Madame A...** : mon fils est un drogué monsieur il fume le chanvre au point où nous sommes dépassés. Il dort dehors et ne part pas à l'école. C'est une voisine qui m'a dit qu'ici vous pouvez le conseiller pour qu'il laisse le Mbanga. Moi j'ai déjà tout fait pour qu'il arrête de fumer mais il ne me comprend pas.

**Thérapeute** : Quand vous dites que vous avez déjà tout fait qu'est-ce que cela veut dire ?

**Madame A...** : je lui ai parlé, je lui parle même tous les jours, et il ne change pas. J'ai parlé même à ses amis, mais rien ne marche, rien ne change. Rien. Parce qu'il est convaincu que c'est nous qui l'avons amené à souvent se droguer à cause de nos querelles interminables.

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps qu'il se drogue ?

**Madame A...** : depuis peut être l'âge de 15 ou 16 ans.

**Thérapeute** : Combien d'enfants avez-vous ?

**Madame A...** : Trois enfants. Ma fille de 20 ans et la cadette d'Idriss qui a 15 ans. Tous me rejettent et m'avancent parfois des propos humiliants. Parce que leur père leur a mis dans la tête que je suis une bordelle.

**Thérapeute** : qu'est ce qui s'est passé pour qu'il en arrive à vous traiter de la sorte ?

**Madame A...** : A trois mois alors que j'étais enceinte d'Idriss, son père déclare que cet enfant n'est pas de lui, et il m'a demandé de procéder à l'avortement si je tenais à continuer à vivre sous son toit cette situation avait déclenché une très grosse vague des problèmes jusqu'à la naissance d'Idriss. J'avais même été contrainte d'aller vivre chez mes parents pour espérer un accouchement serein. C'est 12 ans après quand les gens ont dit à son père que l'enfant lui ressemble énormément et qu'il le réclamait qu'il va se résoudre à venir me chercher chez mes parents avec son fils et sa fille, l'ainée d'Idriss. L'accouchement d'Idriss se passe dans des conditions difficiles, au point où je suis internée à la pédiatrie de l'hôpital central de Yaoundé pendant deux mois, parce que son enfant est né avec 1kg 100 g. La somme demandée pour la durée passée à l'hôpital était trop lourde pour moi au point où j'étais obligé de passer beaucoup de temps à l'hôpital pour essayer de payer la dette.

**Thérapeute** : avez-vous déjà entrepris une autre démarche pour sortir Idriss de la consommation de la drogue ?

**Madame A...** : Oui monsieur, j'ai parlé avec ses amis, même certain de ses enseignants mais rien ne change.

**Thérapeute** : Depuis combien de temps ?

**Madame A...** : Depuis bientôt un an.

**Thérapeute** : Qu'est-ce que vous voulez concrètement que le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, fasse pour vous ?

**Madame A...** : on m'a dit que c'est vous qui arrangé les problèmes dans les familles !!! C'est vous qui savez ce qu'il faut faire, moi je veux seulement que mon fils arrête de se droguer et fait l'école il va devenir fou, il va mourir. Qu'il arrête de fumer et de vagabonder. Je veux aussi que ma famille soit dans la paix comme les autres familles. Je veux aussi que son père me laisse tranquille.

**Thérapeute** : puisque vous dites que vous avez tout fait, que vous avez parlé même à ses meilleurs amis, que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec votre mari ?

**Madame A...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : Si je convoque votre mari pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Madame A...** : je ne sais pas (Silence) ha !! Vous pouvez, mais je ne sais pas si ça va changer quelque chose !!! Lui aussi parle souvent à Idriss, cet enfant ne respecte même pas son père.

### **I.1.2. Procès-verbal de l'entretien avec le Père d'Idriss**

**Monsieur A...** : Bonjour Monsieur, on m'a convoqué ici.

**Thérapeute** : Bonjour, faite voir la convocation. Ha ! Asseyez-vous. Vous êtes Monsieur A, le père du jeune Idriss ?

**Monsieur A...** : oui je suis le père d'Idriss

**Thérapeute** : Comment allez-vous ?

**Monsieur A...** : Assez bien, merci.

**Thérapeute** : comment va la famille ?

**Monsieur A...** : Assez bien.

**Thérapeute** : Effectivement je vous ai demandé de venir ici aujourd'hui, pour parler avec vous de quelques problèmes de votre famille précisément de votre fils Idriss. En fait, vous

êtes au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, et ici nous nous occupons des couples et des familles qui ont des difficultés. C'est-à-dire des couples et familles, où il y a des problèmes entre les conjoints, les enfants, et même tous les autres membres de la famille. Si vous êtes là ce matin, c'est parce que votre femme est venue nous voir, afin que nous vous aidions à résoudre un certain nombre de problèmes que vous avez entre vous et votre fils. Avez-vous des problèmes assez graves dans votre fils Idriss ?

**Monsieur A...** : Mais ! Tous les parents ont les problèmes avec leurs enfants ! Pour nous c'est notre fils qui nous dérange. Il fume la drogue et nous avons déjà tout essayé il est toujours dehors avec ses amis pour fumer la drogue. Si ma femme est venue vous voir, c'est parce qu'elle est dépassée aussi. Idriss dit que c'est nous qui faisons qu'il fume le chanvre. Moi je veux savoir comment c'est nous !

**Thérapeute** : votre femme nous a fait savoir que quand elle était enceinte de d'Idriss vous l'avez répudié en disant que l'enfant n'était de vous !

**Monsieur A...** : oui mais c'est une vieille histoire que nous avons réglé depuis !

**Thérapeute** : comment vivez-vous le fait que votre fils se drogue régulièrement ?

**Monsieur A...** : ah vous voulez que je dise quoi ? Ça me dérange mais je vais faire comment ? Nous lui avons parlé mais il ne comprend pas ; je ne sais pas ce qui lui est arrivé. Cet enfant va nous tuer. Il est la source de mes problèmes.

**Thérapeute** : vous avez l'air un peu fatigué ! Avez-vous bu de l'alcool ce matin ?

**Monsieur A...** : Est-ce que je vous ai mal répondu depuis qu'on parle ? Je ne suis pas saoul ! Est-ce que la bière m'empêche de faire ce que je veux.

**Thérapeute** : je vous comprends Monsieur. Serait-il possible qu'on parle de cette situation ensemble avec votre épouse et votre fils ?

**Monsieur A...** : pourquoi ?... Bon si c'est important. Ha ! C'est vous qui savez. ... si vous voulez appeler les. Ce que je veux c'est qu'Idriss arrête de se droguer.

**Thérapeute** : je parlerais d'abord avec vous et votre épouse, ensuite avec les sœurs d'Idriss puis Idriss lui-même et enfin nous aurons une ou plusieurs rencontres avec toute la famille. Ça vous convient ?

**Monsieur A...** : pas de problème monsieur.

**Thérapeute** : je vous ferais appel le moment venu.

**Monsieur A...** : Ok au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir monsieur.

### **I.1.3. Procès-verbal de l'entretien avec la fratrie d'Idriss**

**Sœurs d'Idriss...** : Bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour mesdemoiselles

**Sœurs d'Idriss...** : s'il vous plaît monsieur nous avons été convoquées ici au ministère pour un entretien

**Thérapeute** : faites-moi voir la convocation, ah ok s'est vous les sœurs d'Idriss ?

**Sœurs d'Idriss...** : Oui monsieur

**Thérapeute** : Prenez place, je vous ai fait venir ici pour parler des problèmes d'Idriss

**Sœurs d'Idriss...** : humm les problèmes d'Idriss ?

**Thérapeute** : oui je veux parler du fait que votre frère se drogue.

**Sœurs d'Idriss...** : parlons s'en

**Thérapeute** : qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Idriss à se droguer ?

**Sœur aînée d'Idriss** : je ne sais pas. Parfois il dit que c'est à cause de papa et maman

**Sœur cadette d'Idriss** : il dit aussi que papa ne l'aime pas. Que papa le déteste.

**Thérapeute** : mais que pensez-vous vous-même ?

**Sœur cadette d'Idriss** : (un moment de silence puis hochement des épaules)

**Sœur aînée d'Idriss** : c'est quand même vrai que papa et maman se querelle souvent et ça nous met mal à l'aise. Mais ce n'est pas pour cela qu'Idriss doit se droguer comme il le fait !

**Sœur cadette d'Idriss** : je pense aussi que c'est ses amis qui l'entraînent, parce qu'il n'était pas comme ça avant.



**Thérapeute** : vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre frère ?

**Sœur aînée d'Idriss** : moi ça me dérange beaucoup mais je ne sais pas comment faire pour qu'il arrête

**Sœur cadette d'Idriss** : moi j'ai souvent honte surtout quand ça le saoul. Je me cache souvent quand je le vois dans cet état. Si vous pouvez l'aider ça me fera beaucoup plaisir.

**Thérapeute** : je vais parler avec Idriss lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Sœur aînée d'Idriss** : au revoir monsieur.

**Sœur cadette d'Idriss** : au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir mesdemoiselles

#### **I.1.4. Procès-verbal de l'entretien avec les deux parents d'Idriss**

**Parents d'Idriss...** : Bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour monsieur et dame, soyez les bienvenus, prenez place et donnez-moi une minute je suis à vous. (Après environs cinq minutes pour boucler avec un dossier) Ok je suis à vous. Comment vous allez ? Comment va la famille ? Et comment va Idriss ?

**Parents d'Idriss...** : nous allons un peu bien.

**Thérapeute** : venons-en au fait. Vous savez tous les deux pourquoi nous sommes ici ?

**Parents d'Idriss...** : Oui monsieur

**Thérapeute** : d'après vous qu'est ce qui arrive à votre fils, du moins qu'est ce qui à votre avis l'amène à se droguer ?

**Mère d'Idriss...** : (long moment de silence avec des regards fuyants) humm les problèmes d'Idriss me dépassent, je souffre, il dit parfois que c'est nous qui faisons qu'il fume le Mbanga.

**Thérapeute** : que dites-vous de cette déclaration ?

**Père d'Idriss...** : (moment de silence avec des gestes de gêne) c'est vrai que nous avons des problèmes entre nous mais je crois que les problèmes entre leur mère et moi ne les concernent

pas ! (Après un temps de latence) euh ! Le constat de la consommation de la drogue par mon fils a été un grand choc pour moi. C'est vrai que je n'ai pas été tendre envers ma femme, mais je crois que tout le monde peut comprendre ma réaction.

**Thérapeute :** qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Idriss à se droguer ?

**Père d'Idriss :** je ne sais pas. Parfois il dit que c'est à cause de nous, mais je l'ai dit, les enfants n'ont rien à voir dans les problèmes des parents.

**Mère d'Idriss :** il dit aussi que son père ne l'aime pas. Qu'il le déteste. Et parfois il dit que nous l'énervons.

**Thérapeute :** mais que pensez-vous, vous-même ?

**Mère d'Idriss :** (un moment de silence puis hochement des épaules)

**Père d'Idriss :** c'est quand même vrai que nous nous querellerons assez souvent et ça met mal à l'aise les enfants et même le voisinage. Mais ce n'est pas pour cela qu'Idriss doit se droguer comme il le fait !

**Mère d'Idriss :** je pense aussi qu'il a de la mauvaise compagnie et j'en parle souvent à son père qui ne s'en préoccupe pas tant que ça. Idriss n'était pas comme ça avant.

**Thérapeute :** vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre fils ?

**Père d'Idriss :** moi ça me dérange beaucoup mais je ne sais pas comment faire pour qu'il arrête

**Mère d'Idriss :** moi je suis dépassée, je suis malade de ça, je ne dors pas. Parfois je pleure toute la nuit, surtout quand il est inconscient à cause de la drogue. Je ne supporte pas le voir dans cet état. Si vous pouvez l'aider. Aider mon fils monsieur s'il vous plait.

**Thérapeute :** nous allons l'aider ensemble si vous voulez, je vais parler avec Idriss lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Père d'Idriss :** au revoir monsieur.

**Mère d'Idriss :** au revoir monsieur.

**Thérapeute :** au revoir Monsieur et dame.

## **I.2. Procès-verbaux des entretiens avec Idriss**

Dans le cadre des entretiens avec l'adolescent Idriss il est question de recueillir ces propos qui nous permettront d'avoir une idée sur son niveau de dépendance avant d'envisager une rencontre familiale. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque sous-système avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus. Nous avons pour des raisons d'efficacité, organisé deux rencontres avec l'adolescent, chacun des entretiens n'excédait pas 60 à 75 minutes. Le premier entretien sert de prise de contact et de mise en confiance de l'adolescent, et l'exploration du niveau de dépendance tout en abordant la question de thérapie et décrochage, le deuxième, sert à envisager l'implication des parents et de la fratrie.

### **I.2.1. Procès-verbal du premier entretien avec Idriss**

**Idriss...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour !

**Idriss...** : je suis Idriss, mon père et ma mère m'ont demandé de venir ici vous rencontrer.

**Thérapeute** : Vous êtes à la bonne porte, entrez. Asseyez-vous. Ils vous ont dit pourquoi vous devriez me rencontrer ?

**Idriss...** : Non. Ils m'ont dit que c'est important et que vous allez me dire. Toutes les familles ont les problèmes ! Si ma mère est venue vous voir, c'est elle qui sait pourquoi ! Si elle vous a dit quelque chose, dites-moi ! Tous les jeunes ont les petits petits problèmes avec leurs parents !

**Thérapeute** : ok nous allons parler des choses simples mais importante pour vous, pour votre avenir, votre santé, et pour votre famille. Donc sentez-vous à l'aise. Il n'y a rien de grave.

**Idriss...** : ok monsieur. C'est son problème. Moi je n'ai pas de problème. Elle m'avait dit que le ministère de la promotion de la femme et de la famille va me prendre en charge, qu'il va me soigner. Moi je ne sais pas. La maladie dont elle parle là c'est quoi ? Elle m'a humilié elle m'a souillé dans le quartier elle et mon père avec leurs bagarres. Chacun vit sa vie maintenant.

**Thérapeute** : vous êtes élève ? Si oui dans quel établissement et quelle classe ?

**Idriss...** : je suis élève en classe de 1ère au collège Meyon à Etétak à la cité verte

**Thérapeute** : quel âge avez-vous ?

**Idriss...** : j'ai 17 ans et je redouble la classe de 1<sup>ère</sup>.

**Thérapeute...** : vous vous droguez ?

**Idriss...** : Est-ce que je vous ai mal répondu depuis qu'on parle ? Je ne suis pas un drogué ! Est-ce que le cannabis m'empêche de faire ce que je veux. Mes parents racontent partout que je suis un toxicomane et que je vagabonde. Si je fume où est leur problème là-dedans ? Si je suis toujours avec mes potes, eux même ils sont souvent là ? C'est eux qui savent. S'ils ont des problèmes ça les regarde c'est leur problème ! Moi je n'ai pas de problème. Monsieur vous savez, mes parents ont leurs problèmes et ça les regarde.

**Thérapeute** : parlez-moi de vos rapports avec vos enseignants et vos camarades

**Idriss...** : Ah pour mes enseignants je n'ai pas de problème avec eux. C'est vrai que j'ai déjà eu quelques soucis avec le surveillant général mais on m'a puni et c'est passé.

**Thérapeute** : il s'agissait de quel type de problème ?

**Idriss...** : les problèmes de drogue et de discipline.

**Thérapeute** : plus concrètement que s'est-il passé ?

**Idriss...** : le surveillant nous a surpris en train de fumer la drogue, je n'étais pas seul, mais il a dit que c'est moi le chef.

**Thérapeute** : nous reviendrons sur la question de drogue après. Avec tes camarades ça se passe comment ?

**Idriss...** : (avec un sourire de fierté) je suis le Big Boss, le dealer du collège. Je fonctionne seulement avec les mecs qui sont prêts, et qui peuvent supporter le choc, quand on me provoque, je frappe comme le scorpion, sans faire le bruit

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps que vous vous droguez ?

**Idriss...** : depuis peut être deux ou trois ans.

**Thérapeute** : je peux savoir pourquoi tu te drogues ?

**Idriss...** : je ne sais pas (moment de silence) c'est mes parents, mon père et ma mère sont des vrais irresponsables mais surtout mon père. Il m'énervé. (Encore un moment de silence) parfois je ne veux même pas les voir. Ils m'énervent.

**Thérapeute...** : que penses-tu de ta relation avec ton père ?

**Idriss...** : Je ne veux pas souvent le voir parce qu'il m'avait aussi détesté avant même de m'avoir vue. Je le déteste comme lui aussi me déteste en plus il battait ma mère. Même quand on a dit que nous allions avec lui à Nbankolo, je ne voulais pas mais... et même là-bas il la battait toujours. Mais s'il tente ça encore hein, on ne va pas lui dire. Mon père est très mauvais et ma mère n'a rien compris, la preuve en est que je l'ai vue seulement des années après ma naissance. Il ne s'est jamais occupé de moi. (Hoche les épaules et fait une grimace pour traduire son amertume). J'ai dit un jour à mon père que, ma mère au moins je l'ai vu, même si elle ne me fait rien, mais toi tu es le plus méchant, je ne te connais pas je t'ai jamais ressenti dans ma vie, tu n'as jamais voulu de moi. Mon père à abusé de ma mère et m'a rejeté. Moi je ressens toujours cela, car je ne me connais pas et je ne me comprends pas moi-même. Quand ces pensées me remplissent le cerveau je fume un peu pour dormir. Quand je regarde ma mère je sens que c'est à cause de moi qu'elle subit tout ce que lui faisait ce type-là.

**Thérapeute...** : que penses-tu de ta mère ?

**Idriss...** : Ma mère a gaffé parce qu'elle a encore accepté de retourné chez cet homme irresponsable et violent. Vous voyez aujourd'hui elle est presque dépassée. Ma mère a la volonté, mais, elle est dépassée par ses propres erreurs, elle a craché au-dessus de son nez et voilà qu'elle a reçu cela sur son front, il lui faut un homme stable, mais... chacun récoltera ce qu'il a semé. Ma mère est aussi une belliqueuse, elle est irresponsable.

**Thérapeute...** : parles-moi de la perception que tu as de votre maison. Je veux dire de là où tu vis.

**Idriss...** : Je suis chez moi quand je suis chez mon grand-père. Là-bas je n'ai pas un tas de question et je ne vois pas les choses et les gens qui m'énervent tout le temps. Si mon père m'avait aimé dès ma naissance peut-être que les choses auraient été différentes. Aujourd'hui je suis déjà grand et je fais ce que je veux. Papa et maman ne sont pas sérieux, chacun se préoccupe de sa vie et non de la mienne, tout ce que je suis aujourd'hui c'est à cause d'eux, à l'heure actuelle je préfère ne pas y penser. Quand je fume je me sens à l'aise et je ne dérange personne. Les franchement je vous assure les parents ont une importance capitale dans la vie de la famille, mais les miens passent le temps à se chamailler sur les inutilités, oh c'est dommage et très malheureux. La présence de mon père n'est matérialisée que par un rappel excessif à la règle, alors même qu'il rentre tard à la maison. Mes parents donnent seulement des ordres et des punitions excessives. Tout ça me rend triste et nerveux. Quand

mes parents sont à la maison, je suis toujours tendu et nerveux et j'ai parfois peur, car il y a toujours la violence physique et/ou verbale dans l'aire. Mes parents ne sont pas gentille, mon père très méchantes ; mes parents s'intéressent plus à eux-mêmes qu'à leurs enfants, mais on va faire comment.

**Thérapeute** : quand tu t'énerve qu'est ce qui se passe ?

**Idriss...** : je veux seulement fumer c'est tout. Quand je suis avec mes amis ou quand je prends la drogue je me sens très à l'aise. Je peux dormir calmement et en paix. La drogue à un pouvoir qui chasse les mauvais esprits dans ma tête. Hum c'est fini ou c'est déjà, entrain définir

**Thérapeute** : ok on finit déjà. Ça se passe comment avec tes sœurs ?

**Idriss...** : (Humm) mes sœurs ? Elles sont là je ne les gère pas. Chacune fait ce qu'elle veut.

**Thérapeute** : qu'est-ce que tu penses quand elle te voit dans la drogue ?

**Idriss...** : Ah je ne sais pas. J'ai parfois pitié d'elles mais je vais faire comment, elle c'est les filles.

**Thérapeute** : que penses-tu de tes parents ?

**Idriss...** : ils m'énervent avec leurs problèmes qui ne finissent jamais. C'est même eux qui me font même ne pas aimer rentrer à la maison.

**Thérapeute** : que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec vos parents ?

**Idriss...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : Si je convoque vos sœurs et vos parents pour en discuter pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Idriss...** : je ne sais pas (Silence) ha !! Vous pouvez, mais je ne sais pas si ça va changer quelque chose !!!

**Thérapeute** : ok vous pouvez rentrer à la maison. Mais revenez me voir la semaine prochaine.

**Idriss...** : ok merci monsieur à la semaine prochaine.

### **I.2.2. Procès-verbal du deuxième entretien avec Idriss**

**Idriss...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Idriss !

**Idriss...** : je suis venu pour le rendez-vous, comme vous m'avez demandé la semaine dernière.

**Thérapeute** : entrez. Asseyez-vous. Nous allons continuer notre entretien de la semaine passée. Alors dite moi s'il vous arrive de penser à arrêter de fumer la drogue.

**Idriss...** : oui je veux souvent mais ce n'est pas facile et surtout que papa et maman m'énervent toujours.

**Thérapeute** : donc si papa et maman ne t'énervent plus tu peux arrêter de fumer le chanvre ?

**Idriss...** : peut-être même comme ce n'est pas facile. Mon père est très mauvais et ma mère n'a rien compris, la preuve en est que je l'ai vue seulement des années après ma naissance. Il ne s'est jamais occupé de moi. Ma mère a gaffé parce qu'elle a encore accepté de retourner chez cet homme irresponsable et violent. Vous voyez aujourd'hui elle est presque dépassée

**Thérapeute** : que ressents tu encore quand tu penses à tes parents ?

**Idriss...** : mon père a abusé de ma mère et m'a rejeté. Moi je ressens toujours cela, car je ne me connais pas et je ne me comprends pas moi-même. Quand ces pensées me remplissent le cerveau je fume un peu pour dormir. Quand je regarde ma mère je sens que c'est à cause de moi qu'elle subit tout ce que lui faisait ce type là

**Thérapeute** : et si ton père et ta mère revenaient à des meilleurs sentiments ?

**Idriss...** : (hochement des épaules puis silence).

**Thérapeute** : es-tu prêt à échanger avec tes parents et tes sœurs en vue de la résolution des problèmes qui te poussent à te droguer ?

**Idriss...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : vous permettez que je convoque vos sœurs et vos parents pour en discuter ensemble ?

**Idriss...** : je ne sais pas (Silence) ha !! Vous pouvez ! Vous voulez dire qu'il est possible que votre intervention fasse arrêter les querelles entre mes parents et m'aider à ne plus fumer le

cannabis ? Mes parents peuvent vraiment arrêter de se battre tous les jours ? (Silence) ... ok ... ok... je vais voir... on peut faire ça ici ? (Silence) d'accord. Je vais suivre vos conseils pour voir si ça va marcher. Mais vraiment Monsieur, pour ne rien vous cacher, mon père et ma mère m'énervent ! Bon si c'est important. Ha ! C'est vous qui savez. ... si vous voulez appeler les... (Après un temps de latence) Oui. Je dois être là, sinon ils peuvent commencer à dire du n'importe quoi sur mon nom.

**Thérapeute :** ok vous pouvez rentrer à la maison. Je vais vous faire venir le moment venu pour une rencontre avec eux.

**Idriss...** : ok merci monsieur bonne journée.

### **I.3. Procès-verbal d'entretien avec Idriss en présence de sa fratrie et de ses parents.**

Ici il est essentiellement question d'échanger avec le système familial. Cet entretien, vise à faire converger les compréhensions des membres du système dans le sens de parler du problème que vit la famille et singulièrement Idriss, à stimuler l'instinct de survie chez l'adolescent et à construire l'alliance thérapeutique qui accompagnera l'adolescent dans l'adhésion et l'observance thérapeutique.

**Père d'Idriss...** : bonjour monsieur ! je suis là avec toute ma famille comme convenu.

**Thérapeute...** : ah merci d'être venu, entrez et prenez place.

**Mère d'Idriss...** : merci monsieur

**Thérapeute...** : bien, aujourd'hui il est pour nous essentiellement question de parler très sincèrement de la situation de consommation de la drogue par Idriss ici présent. Nous allons parler à cœur ouvert et chacun pourra dire comment il envisage de contribuer à aider à mettre fin à cette situation.

**Mère d'Idriss...** : Je voulais vous informer que je ne supporte pas bien le fait que mon fils fume le chanvre et que je me batte tous les jours avec son père. Comme je ne savais pas comment vous alliez prendre la nouvelle, c'est pour cela que je suis venu ici voir ce monsieur. Je souhaite que vous revenions à des meilleurs sentiments et que nous aidions Idriss à sortir cette situation. En dehors de ça, il n'y a rien d'autre



**Sœur ainée d'Idriss ...** : monsieur moi je crois que tous ces problèmes que Idriss a proviennent en gros du mal vivre que papa et maman nous font vivre chaque jour c'est eux qui doivent s'améliorer.

**Père d'Idriss...** : cette situation nous fait tous très mal, je sais que j'ai commis beaucoup d'erreurs dans ma vie de famille mais je ne suis pas le seul responsable ma femme m'y a souvent poussé par ses paroles.

**Sœur cadette d'Idriss...** : ma sœur a raison mais, C'est Idriss qui doit aussi dire s'il veut arrêter de fumer, parce que si on parler tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.

**Idriss...** : moi je n'ai jamais été un mauvais enfant. C'est la vie de papa et maman qui m'énerve. S'ils changent moi aussi je vais changer !!!

**Thérapeute...** : je vous ai écouté attentivement. Ma préoccupation est aussi de savoir si vous êtes prêt à accompagner Idriss dans son effort à décrocher de la consommation de la drogue. Idriss connais tu les conséquences de la consommation de la drogue sur la santé ?

**Idriss...** : (Moment de méditation et d'hésitation) un peu

**Thérapeute...** : quelle est la conséquence la plus grave que tu connais ?

**Idriss ...** : (Long moment de silence) oui c'est la mort

**Thérapeute...** : pour tout ce que tu reproches à tes parents et peut être à tes sœur es-tu prêt à mourir ?

**Idriss...** : (Long moment de silence et sanglots) non

**Mère d'Idriss...** : moi je suis seulement dépassé, moi j'aime mon mari et mes enfants je suis prêt à tout faire pourvu qu'Idriss arrête de se droguer et que notre famille soit en harmonie. (Après un temps de latence) hum ! Mon fils, il faut que tu arrêtes de fumer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, nous allons tous t'accompagner et nous allons aussi arrêter de nous disputer tout le temps

**Père d'Idriss...** : moi je suis disposé à l'accompagner et à changer mon comportement vis-à-vis de ma femme et de mes enfants.

**Thérapeute...** : êtes-vous tous prêt à travailler ensemble pour aider Idriss ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Idriss ?

**Idriss...** : je suis d'accord de faire tous les efforts possibles.

**Thérapeute...** : si le médecin lui prescrit des médicaments à prendre régulièrement êtes-vous disposé à souvent lui rappeler gentiment de prendre ses médicaments ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Idriss ?

**Idriss...** : je vais arrêter de fumer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais

**Père d'Idriss...** : Si le médecin prescrit les médicaments j'achèterais et je promets à ma famille ici présente de changer.

**Idriss...** : (après un très long silence) papa, maman je vais tout faire pour m'en sortir, mais je vous prie aussi de ne plus nous faire honte avec vos problèmes. (...) je m'engage à faire ce que ce monsieur va me proposer pour sortir de la drogue

**Thérapeute...** : ok je reste à votre entière disposition et je souhaiterais qu'Idriss passe ici au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille assez régulièrement pour nous rendre compte de l'évolution. Je le demande aussi aux parents. (Merci collectif)

## **II. Procès-verbaux des entretiens du sujet Nathan**

Les présents procès-verbaux des différents entretiens effectués dans le cadre de ce travail de recherche rendent fidèlement compte du contenu des échanges avec les différents intervenants pour le sujet Nathan.

### **II.1. Procès-verbaux des entretiens avec les parents de Nathan**

Dans le cadre des entretiens avec les parents de l'adolescent Nathan il est question de recueillir les propos de la mère de l'adolescent d'une part et ceux du père d'autres parts, et enfin avoir une rencontre avec les deux parents. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque parent avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus.

#### **II.1.1. Procès-verbal de l'entretien avec la mère de Nathan**

**Madame B...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute :** Bonjour Madame !

**Madame B...** : mon mari et moi sommes venus vous voir ici au ministère pour vous présenter un problème que nous avons avec notre fils Nathan. Nous étions dans un service là-bas on nous a envoyé ici. Nous voulons rencontrer celui qui, quand les parents ont les problèmes avec leurs enfants il les reçoit dans votre Ministère.

**Thérapeute :** Vous êtes à la bonne porte, entrez madame. Asseyez-vous. Que puis-je pour vous ?

**Madame B...** : je suis Madame B..., je suis avec mon mari, nous avons les problèmes avec notre fils Nathan. Il est élève au Lycée de la Cité-verte il a 16 ans et il est en classe de 2<sup>nd</sup>.

**Thérapeute ... :** pour mieux vous écouter, je vais vous suggérer de vous recevoir l'un après l'autre, mais après nous aurons une séance d'échange tous les trois. Ça vous convient ?

**Parents de Nathan ... :** Pas de problèmes monsieur.

**Thérapeute :** Qu'elle est le problème Madame ? (Madame B ... garde quelques minutes de silence et prend un air grave). Prenez votre temps Je suis là pour vous aider, dites-moi ce qui ne va pas.

**Madame B...** : mon fils est un drogué monsieur il fume le chanvre au point où nous sommes dépassés. Il dort dehors et ne part pas à l'école. C'est une voisine qui m'a dit qu'ici vous pouvez le conseiller pour qu'il laisse le Mbanga. Moi j'ai déjà tout fait pour qu'il arrête de fumer mais il ne me comprend pas.

**Thérapeute :** Quand vous dites que vous avez déjà tout fait qu'est-ce que cela veut dire ?

**Madame B...** : je lui ai parlé, je lui parle même tous les jours, et il ne change pas. J'ai parlé même à ses amis, mais rien ne marche, rien ne change. Rien. Parce qu'il est convaincu que c'est nous qui l'avons amené à souvent se droguer à cause de nos querelles interminables.

**Thérapeute :** c'est depuis combien de temps qu'il se drogue ?

**Madame B...** : depuis peut-être un an et demi.

**Thérapeute :** Combien d'enfants avez-vous ?

**Madame B...** : Cinq enfants. Nathan est dernier né. Il a un grand frère et deux grandes sœurs.

**Thérapeute** : selon vous, qu'est ce qui s'est passé pour qu'il en arrive à se droguer ?

**Madame B...** : je ne sais pas monsieur un jour nous soupçonnions qu'il se drogue à cause de son comportement qui devenait de plus en plus bizarre. Jusqu'au jour où on nous a appelé qu'il est tombé inconscient, il s'est évanoui après avoir trop consommé le Mbanga.

Quand nous essayons son père et moi de lui parler, il devient très nerveux et violent. Parfois il dit que c'est à cause de nous qu'il fait ça. Moi je ne sais pas.

**Thérapeute ...** : que pensez-vous de cette déclaration quand il dit que c'est à cause de vous qu'il fait ça.

**Madame B...** : (hochement des épaules suivi d'un long silence)

**Thérapeute...** : Qu'elle est l'ambiance familiale chez vous ? je veux dire le climat entre vous et votre conjoint et vous et vos enfants ?

**Madame B...** : avec les autres enfants ça va c'est Nathan qui nous crée des soucis. Avec mon mari, (moment de silence) ce n'est pas facile, il est violent, il frappe facilement les enfants et même moi-même. Il sort beaucoup et cherche trop les femmes et si je parle c'est la violence.

**Thérapeute** : avez-vous déjà entrepris une autre démarche pour sortir Nathan de la consommation de la drogue ?

**Madame B...** : Oui monsieur, j'ai parlé avec ses amis, même certain de ses enseignants mais rien ne change.

**Thérapeute** : Depuis combien de temps ?

**Madame B...** : Depuis bientôt un an.

**Thérapeute** : Qu'est-ce que vous voulez concrètement que le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, fasse pour vous ?

**Madame B...** : on m'a dit que c'est vous qui arrangé les problèmes dans les familles !!! C'est vous qui savez ce qu'il faut faire, moi je veux seulement que mon fils arrête de se droguer et fait l'école il va devenir fou, il va mourir. Qu'il arrête de fumer et de vagabonder. Je veux aussi que ma famille soit dans la paix comme les autres familles. Je veux aussi que son père me laisse tranquille.

**Thérapeute** : Ok madame je vais aussi écouter votre mari puis nous allons en reparler tous les trois comme je vous l'ai dit.

**Madame B...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : puisse que vous êtes venu ensemble demandez à votre mari d'entrer et vous l'attende. Quand j'aurais terminé avec lui je vous ferais signe.

**Madame B...** : d'accord monsieur.

### **II.1.2. Procès-verbal de l'entretien avec le Père de Nathan**

**Monsieur B...** : re-bonjour Monsieur.

**Thérapeute** : Bonjour, entrez ! Asseyez-vous. Le père du jeune Nathan ?

**Monsieur B...** : oui je suis le père de Nathan.

**Thérapeute** : Comment allez-vous ?

**Monsieur B...** : Assez bien, merci.

**Thérapeute** : comment va la famille ?

**Monsieur B...** : Assez bien.

**Thérapeute** : En fait, vous êtes au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, et ici nous nous occupons des couples et des familles qui ont des difficultés. C'est-à-dire des couples et familles, où il y a des problèmes entre les conjoints, les enfants, et même tous les autres membres de la famille. Si vous êtes là ce matin, c'est parce que vous et votre épouse êtes venues nous voir, afin que nous vous aidions à résoudre un certain nombre de problèmes que vous avez entre vous et votre fils. Avez-vous des problèmes assez graves dans votre fils Nathan votre épouse m'en a parlé. Mais moi je veux aussi avoir votre idée sur la consommation de la drogue par votre fils.

**Monsieur B...** : Pour nous c'est notre fils qui nous dérange. Il fume la drogue et nous avons déjà tout essayé il est toujours dehors avec ses amis pour fumer la drogue. Si ma femme et moi sommes venues vous voir, c'est parce que nous sommes dépassés. Nathan dit que c'est nous qui faisons qu'il fume le chanvre. Moi je veux savoir comment c'est nous !

**Thérapeute** : quel est l'ambiance générale à la maison ? Du moins quel est le climat familial chez vous ? Les rapports entre vous et votre épouse et avec les enfants aussi ?

**Monsieur B...** : comme je l'ai dit, c'est seulement la situation de Nathan qui nous perturbe beaucoup. Pour ce qui est des rapports avec ma femme, c'est comme partout ailleurs ! on se dispute de temps en temps, mais je crois que chaque couple à ses petits problèmes !

**Thérapeute** : comment vivez-vous le fait que votre fils se drogue régulièrement ?

**Monsieur B...** : Ça me dérange (moment de silence) Nous lui avons parlé mais il ne comprend pas ; je ne sais pas ce qui lui est arrivé. Il dit souvent que c'est à cause de nous mais je ne comprends pas. Un jour il m'a dit que notre maison l'énerve et qu'il préfère être avec ses amis au lieu d'être avec nous.

**Thérapeute** : qu'en pensez-vous quand il dit que c'est à cause de vous ?

**Monsieur B...** : (moment de silence) je ne sais pas il dit souvent que je suis un souldard violent, qu'il me déteste. Un jour il m'a dit que si je portais encore main sur sa mère il me tuerait. Je ne sais pas il est parfois violent.

**Thérapeute** : je vous comprends Monsieur. Serait-il possible qu'on parle de cette situation ensemble avec votre épouse et vos enfants ?

**Monsieur B...** : c'est important que les enfants soient là ? Ha ! C'est vous qui savez. ... si vous voulez appeler les. Ce que je veux c'est que Nathan arrête de se droguer.

**Thérapeute** : je parlerais d'abord avec vous et votre épouse, ensuite avec les sœurs de Nathan puis Nathan lui-même et enfin nous aurons une ou plusieurs rencontres avec toute la famille. Ça vous convient ?

**Monsieur B...** : pas de problème monsieur.

**Thérapeute** : je vous ferais appel le moment venu.

**Monsieur B...** : Ok au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir monsieur.

### **II.1.3. Procès-verbal de l'entretien avec la fratrie de Nathan**

**Sœurs et frère de Nathan...** : Bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour mesdemoiselles, bonjour monsieur

**Sœurs et frère de Nathan...** : s'il vous plaît monsieur nous avons été convoquées ici au ministère pour un entretien.

**Thérapeute** : faites-moi voir la convocation, ah ok s'est vous les sœurs et frère de Nathan ?

**Sœurs et frère de Nathan...** : Oui monsieur

**Thérapeute** : Prenez place, si je vous ai fait venir ici pour parler des problèmes de Nathan et de vos parents

**Sœurs et frère de Nathan...** : ok maman nous a un peut parler de cette rencontre.

**Thérapeute** : oui je veux parler des du fait que voute frère se drogue.

**Sœurs et frère de Nathan...** : ok

**Thérapeute** : qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Nathan à se droguer ?

**Sœur ainée de Nathan** : je ne sais pas. Parfois il dit que c'est à cause de papa et maman

**Frère ainé de Nathan** : il dit aussi que papa ne l'aime pas. Que papa le déteste.

**Thérapeute** : mais que pensez-vous vous-même ?

**Sœur ainée de Nathan** : (un moment de silence puis hochement des épaules)

**Sœur ainée de Nathan** : **oui** c'est aussi vrai que nos parents luttent pour un oui ou pour un non et ça nous met mal à l'aise. Mais ce n'est pas pour cela que Nathan doit se droguer comme il le fait !

**Frère ainé de Nathan** : Moi je crois que c'est les effets de la mauvaise compagnie. C'est ses amis avec qui il joue au pari-foot. Parce qu'il n'était pas comme ça avant.

**Thérapeute** : vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre frère ?

**Sœur ainée de Nathan** : j'ai souvent honte mais et ça me dérange beaucoup mais je ne sais pas comment faire pour qu'il arrête. Je crois aussi que le comportement de pas et maman doit changer mais qui peut leur parler.

**Frère ainé de Nathan** : moi j'ai souvent honte surtout quand ça le saoul. Je me cache souvent quand je le vois dans cet état. Si vous pouvez l'aider ça me fera beaucoup plaisir.

**Thérapeute** : je vais parler avec Nathan lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Sœur ainée de Nathan** : au revoir monsieur.

**Frère ainé de Nathan** : au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir mesdemoiselles et monsieur.

#### **II.1.4. Procès-verbal de l'entretien avec les deux parents de Nathan**

**Parents de Nathan** : Bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour monsieur et dame, soyez les bienvenus, prenez place. Ok je suis a vous. Comment vous allez ? Comment va la famille ? Et comment va Nathan ?

**Parents de Nathan...** : assez bien par la Grâce de Dieu.

**Thérapeute** : venons-en au fait. Vous savez tous les deux pourquoi nous sommes ici ?

**Parents de Nathan...** : Oui monsieur

**Thérapeute** : d'après vous qu'est ce qui arrive à votre fils, du moins qu'est ce qui à votre avis l'amène à se droguer ?

**Mère de Nathan...** : (long moment de silence avec des regards fuyants) il dit parfois que c'est nous qui faisons qu'il fume le Mbanga. C'est très dur pour moi.

**Thérapeute** : que dites-vous de cette déclaration ?

**Père de Nathan...** : C'est vrai que je n'ai pas souvent été tendre envers ma femme et mes enfants. (Moment de silence avec des gestes de gêne) c'est vrai que nous avons des problèmes entre nous. Mais je n'imagine pas que ça aille au point de pousser mon fils à se droguer ! (Après un temps d'hésitation) euh ! Le jour où j'ai su que le petit Nathan se droguait, j'ai piqué une crise.

**Thérapeute** : qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Nathan à se droguer ?

**Père de Nathan...** : je ne sais pas. Parfois il dit que c'est à cause de nous, mais je crois que, les enfants n'ont rien à voir dans les problèmes des parents. Je crois que la mauvaise compagnie y est pour quelque chose.



**Mère de Nathan...** : il dit aussi que son père ne l'aime pas. Qu'il le déteste. Et parfois il dit que nous l'énervons.

**Thérapeute** : mais que pensez-vous, vous-même ?

**Mère de Nathan...** : (un moment de silence puis hochement des épaules)

**Père de Nathan...** : c'est quand même vrai que nous nous querellerons assez souvent et ça met mal à l'aise les enfants et même le voisinage. Mais ce n'est pas pour cela que Nathan doit se droguer comme il le fait !

**Mère de Nathan...** : je pense aussi qu'il a de la mauvaise compagnie et j'en parle souvent à son père qui ne s'en préoccupe pas tant que ça. Nathan n'était pas comme ça avant.

**Thérapeute** : vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre fils ?

**Père de Nathan...** : ça me perturbe beaucoup. Je ne dors pas à cause de ça.

**Mère de Nathan...** : moi je suis dépassée, je suis malade de ça, je ne dors pas aussi. Si vous pouvez l'aider, Aider mon fils monsieur s'il vous plaît. Il peut devenir fou.

**Thérapeute** : nous allons l'aider ensemble si vous voulez, je vais parler avec Nathan lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Père de Nathan...** : au revoir monsieur.

**Mère de Nathan...** : au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir Monsieur et Dame.

## **II.2. Procès-verbaux des entretiens avec Nathan**

Dans le cadre des entretiens avec l'adolescent Nathan il est question de recueillir ces propos qui nous permettront d'avoir une idée sur son niveau de dépendance avant d'envisager une rencontre familiale. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrons avoir les versions séparées de chaque sous-système avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus. Nous avons pour des raisons d'efficacité, organisé deux rencontres avec l'adolescent, chacun des entretiens n'excédait pas 60 à 75 minutes. Le premier entretien sert de prise de contact et de mise en confiance de l'adolescent, et l'exploration du niveau de

dépendance tout en abordant la question de thérapie et décrochage, le deuxième, sert à envisager l'implication des parents et de la fratrie.

### **II.2.1. Procès-verbal du premier entretien avec Nathan**

**Nathan...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour !

**Nathan...** : je viens de la part de monsieur et madame B. je suis leur fils je m'appelle Nathan. ils m'ont demandé de venir ici vous rencontrer.

**Thérapeute** : Vous êtes à la bonne porte, entrez. Asseyez-vous. Ils vous ont dit pourquoi vous devriez me rencontrer ?

**Nathan...** : ils mon dit seulement que j'ai besoin d'aide et que vous êtes la personne qui va m'aider. Ils disent que j'ai des problèmes et que vous allez me sortir de ces problèmes.

**Thérapeute** : ok nous allons parler des choses simples mais importante pour vous, pour votre avenir, votre santé, et pour votre famille. Donc sentez-vous à l'aise. Il n'y a rien de grave d'aussi grave. Parlons un peu du tatouage que tu portes là. Ça traduit quoi ?

**Nathan...** : (très calmement) le serpent à deux têtes c'est pour frapper les ennemis qui viennent en face et ceux qui viennent derrière par lâcheté, et l'œil à l'arrière du cou c'est pour voir tout ce qui se passe derrière moi

**Thérapeute** : vous êtes élève ? Si oui dans quel établissement et quelle classe ?

**Nathan...** : je suis élève en classe de 2<sup>nd</sup> au Lycée de la cité verte.

**Thérapeute** : quel âge avez-vous ?

**Nathan...** : j'ai 16 ans et je redouble la classe de 2<sup>nd</sup>.

**Thérapeute** : vous vous droguez ?

**Nathan...** : je fume le cannabis de temps en temps pas au point d'être un droguer comme mes parents disent partout. Chaque fois que je fume avec mes pots, quand je rentre, même s'ils font quoi là, je ne ressens rien je dors seulement.

**Thérapeute** : parlez-moi de vos rapports avec vos enseignants et vos camarades

**Nathan...** : je n'ai pas de problèmes avec mes enseignants c'est le surveillant qui dit parfois que je suis un dribleur de cours. Avec mes amis je n'ai pas aussi de problèmes d'ailleurs c'est ma vraie famille.

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps que vous vous droguez ?

**Nathan...** : depuis un an et demi.

**Thérapeute** : je peux savoir pourquoi vous vous droguez ?

**Nathan...** : c'est mes parents qui m'ont poussé à la drogue avec leur vie de sauvages et de chiens. Leurs scènes de ménage m'énervent, pour un peu oublier, je sors et je fume. A chaque fois que je repense à cela, je suis dérangé, ce qui me fait ne pas aimer revenir à la maison, c'est pour cela que j'ai multiplié la clé pour éviter de déranger quand je rentre tard, c'est n'importe quoi à la maison, je pense même qu'il n'est pas normal et moi j'aurai préféré avoir mon indépendance totale. Ça me dérange parce que je ne travaille pas.

**Thérapeute** : que pensez-vous de votre relation avec votre père ?

**Nathan...** : je ne pense rien d'eux et que, eux aussi ne pensent rien de moi. Depuis les jours qui ont suivi l'overdose que j'avais eu en rentrant de la fête chez mon ami, mes parents sont devenus autrement non seulement les disputes sont devenues plus fréquentes, mais moi-même je ne supportais plus cette vie-là.

**Thérapeute** : que pensez-vous de votre mère ?

**Nathan...** : Parfois j'ai même pitié de ma mère mais je ne peux rien faire. Parfois c'est elle-même qui cherche. Elle est souvent sûrement très triste, Il semble qu'elle ne mangeait presque pas, même comme c'est elle-même qui a cherché ça. C'est pour cela que je sens parfois que ni mon père, ni ma mère ne sont pas de bons parents.

**Thérapeute** : parlez-moi de la perception que vous avez de votre maison. Je veux dire de là où vous vivez.

**Nathan...** : Si mes parents pouvaient s'entendre cela pourrait m'aider à mieux fréquenter et à être quelqu'un, moi je n'ai pas encore assez de moyens, mais un jour ça va changer, je suis sûr de moi, pendant les courts moments de paix dans la maison je me sens aussi bien et oublie même de fumer, mais hélas ces moments ne durent pas plus de deux semaines. C'est quand je fume que je dors bien

**Thérapeute** : quand vous vous énervez qu'est ce qui se passe ?

**Nathan...** : quand je m'énerve ou je sens la colère venir je fume et ça me calme. La drogue me fait dormir bien et en paix. Là même si mes parents font leurs problèmes je ne suis pas là. Quand je suis avec mes amis ou quand je prends la drogue je me sens très à l'aise. Je peux dormir calmement et en paix.

**Thérapeute** : ok on finit déjà. Ça se passe comment avec vos sœurs et votre frère ?

**Nathan...** : moi je n'ai pas de problème avec eux. Sauf que parfois ils font comme si eux aussi ont des problèmes avec moi mais je n'en fou.

**Thérapeute** : qu'est-ce que vous pensez quand ils vous voient dans la drogue ?

**Nathan...** : par fois ils font comme s'ils veulent me donner des conseils. Parfois aussi ils font comme s'ils sont trop fâchés de moi.

**Thérapeute** : que pensez-vous de tes parents ?

**Nathan...** : ils m'énervent avec leurs problèmes qui ne finissent jamais. C'est même eux qui me font même ne pas aimer rentrer à la maison.

**Thérapeute** : que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec tes parents ?

**Nathan...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : Si je convoque vos sœurs et vos parents pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Nathan...** : je ne sais pas (Silence) ha !! Vous pouvez, je suis là ! Si ça peut aider tant mieux !

**Thérapeute** : ok vous pouvez rentrer à la maison. Mais revenez me voir la semaine prochaine.

**Nathan...** : ok merci monsieur à la semaine prochaine.

### **II.2.2. Procès-verbal du deuxième entretien avec Nathan**

**Nathan...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Nathan !

**Nathan...** : Monsieur je suis là pour notre rendez-vous.

**Thérapeute :** entrez assoyez-vous. Nous allons continuer notre entretien de la semaine passée. Alors dite moi s'il vous arrive de penser à arrêter de fumer la drogue.

**Nathan...** : il m'arrive de chercher à arrêter de fumer mais ce n'est pas facile. Parfois j'essaye mais la maison avec les problèmes n'énerve

**Thérapeute :** donc si rien ne vous énerve plus vous pouvez-vous arrêter de vous droguer ?

**Nathan...** : je ne sais pas. Mais je peux faire des efforts si les deux-là arrêtent de se crier dessus et de nous faire honte dans le quartier avec leurs bagarres.

**Thérapeute :** que ressentez-vous encore quand tu penses à tes parents ?

**Nathan...** : mon père est violent injuste et irresponsable. Ma mère est trop jalouse et bavarde trop. Pour elle chaque jour c'est les insultes avec papa. Elle ne laisse rien. Papa non plus.

**Thérapeute :** et si vos parents revenaient à des meilleurs sentiments ?

**Nathan...** : (pas de réponse. Silence).

**Thérapeute :** êtes-vous prêt à échanger avec tes parents et tes sœurs en vue de la résolution des problèmes qui te poussent à te droguer ?

**Nathan...** : (pas de réponse)

**Thérapeute :** vous permettez que je convoque vos sœurs et vos parents pour en discuter ensemble ?

**Nathan...** : ok monsieur je ne refuse pas. Vous pouvez les convoquer mais il faudra prendre soins de dire à pas et maman d'arrêter leurs bagarres inutiles et interminables. C'est surtout ce qui m'énerve.

**Thérapeute :** ok vous pouvez rentrer à la maison. Je vais vous faire venir le moment venu pour une rencontre avec eux.

**Nathan...** : ok merci monsieur bonne journée.

### **II.3. Procès-verbal d'entretien avec Nathan en présence de sa fratrie et de ses parents.**

Ici il est essentiellement question d'échanger avec le système familial. Cet entretien, vise à faire converger les compréhensions des membres du système dans le sens de parler du

problème que vit la famille et singulièrement Nathan, à stimuler l'instinct de survie chez l'adolescent et à construire l'alliance thérapeutique qui accompagnera l'adolescent dans l'adhésion et l'observance thérapeutique.

**Père de Nathan...** : bonjour monsieur ! Ma famille est là comme convenu.

**Thérapeute** : ah merci d'être venu, entrez et prenez place.

**Mère de Nathan...** : merci monsieur

**Thérapeute** : bien, aujourd'hui il est pour nous essentiellement question de parler très sincèrement de la situation de consommation de la drogue par Nathan ici présent. Nous allons parler à cœur ouvert et chacun pourra dire comment il envisage contribuer à aider à mettre fin à cette situation.

**Mère de Nathan...** : Je veux tout d'abord dire pardon à mon mari ici présent et aux enfants pour tout le mal que nous leur faisons avec nos querelles. Papa et moi sommes venus ici au Ministère de la promotion de la femme et de la famille pour solliciter leur intervention afin que la paix revienne dans notre famille et que Nathan arrête de se droguer. Je voudrais aussi dire à Nathan comme à vous tous que je vous aime.

**Sœur ainée de Nathan...** : monsieur moi je crois que le gros des efforts revient à papa et maman en suite à Nathan. Papa et maman doivent promettre de se respecter et de nous respecter également. Nathan doit faire les efforts d'arrêter de fréquenter ses multiples amis de pari foot.

**Père de Nathan...** : cette situation nous fait tous très mal, je sais que j'ai commis beaucoup d'erreurs dans ma vie de famille mais je ne suis pas le seul responsable ma femme m'y a souvent poussé par ses paroles.

**Sœur ainée de Nathan...** : ma sœur a raison mais nous. C'est Nathan qui doit aussi dire s'il veut arrêter de fumer, parce que si on parle tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.

**Nathan...** : je veux que tout change. Je vais faire tous les efforts mais que les autres fassent aussi les efforts. Papa ne doit plus être violent.

**Thérapeute** : je vous ai écouté attentivement. Ma préoccupation est aussi de savoir si vous êtes prêt à accompagner Nathan dans son effort à décrocher de la consommation de la drogue. Nathan connais tu les conséquences de la consommation de la drogue sur la santé ?

**Nathan...** : (très long silence) oui

**Thérapeute** : quelle est la conséquence la plus grave que tu connais ?

**Nathan ...** : (Long moment de silence) la folie.

**Thérapeute** : pour tout ce que tu reproches à tes parents et peut être à tes sœur es-tu prêt à devenir fou. ?

**Nathan...** : (Long moment de silence et sanglots) non

**Mère de Nathan...** : j'aime ma famille et je souhaite que la paix revienne. Je vau tout donner pour aider Nathan à décrocher de la consommation de la drogue.

**Père de Nathan...** : je promets de changer mon comportement vis-à-vis de ma femme et de mais enfants et d'accompagner Nathan dans ses efforts de décrochage.

**Thérapeute** : êtes-vous tous prêt à travailler ensemble pour aider Nathan ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Nathan ?

**Nathan...** : je suis d'accord de faire tous les efforts possibles.

**Thérapeute** : si le médecin lui prescrit des médicaments à prendre régulièrement êtes-vous disposé à souvent lui rappeler gentiment de prendre ses médicaments ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Nathan ?

**Nathan...** : je vais arrêter de fumer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais

**Père de Nathan...** : Si le médecin prescrit les médicaments j'achèterais et je promets à ma famille ici présente de changer.

**Nathan ...** ; (Après un très long silence) je promets de changer et je prie papa et maman de changer aussi

**Thérapeute** : ok je reste à votre entière disposition et je souhaiterais que Nathan passe ici au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille assez régulièrement pour nous rendre compte de l'évolution. Je le demande aussi aux parents. (Merci collectif)

### **III. Procès-verbaux des entretiens du sujet Daniel**

Les présents procès-verbaux des différents entretiens effectués dans le cadre de ce travail de recherche rendent fidèlement compte du contenu des échanges avec les différents intervenants pour le sujet Daniel.

#### **III.1. Procès-verbaux des entretiens avec les parents de Daniel**

Dans le cadre des entretiens avec les parents de l'adolescent Daniel il est question de recueillir les propos de la mère de l'adolescent d'une part et ceux du père d'autres parts, et enfin avoir une rencontre avec les deux parents. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque parent avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus.

##### **III.1.1. Procès-verbal de l'entretien avec la mère de Daniel**

**Madame C...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Madame !

**Madame C...** : s'il vous plaît monsieur je viens pour rencontrer le service d'accompagnement des familles en détresse. J'ai mon fils qui a des problèmes de consommation de drogue.

**Thérapeute** : Vous êtes à la bonne porte, entrez madame. Asseyez-vous. Que puis-je pour vous ?

**Madame C...** : j'ai les problèmes avec mon fils Daniel.

**Thérapeute** : Qu'elle est le problème Madame ?

**Madame C...** : mon fils est un drogué monsieur il fume le chanvre au point où nous sommes dépassés. Il dort dehors et ne part pas à l'école. Je viens vous voir pour que vous le conseillez j'ai suivi à la télé le ministre de la promotion de la femme et de la famille dire que si une famille a les problèmes elle peut venir dans ses services pour être conseillée et accompagnée. Moi j'ai déjà tout fait pour qu'il arrête de fumer mais il ne me comprend pas.

**Thérapeute** : Quand vous dites que vous avez déjà tout fait qu'est-ce que cela veut dire ?



**Madame C...** : je l'ai déjà conseillé n'importe comment il ne comprend pas, même son père a déjà parlé fatigué il ne comprend pas, je suis allée même rencontrer ses enseignants Rien.

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps qu'il se drogue ?

**Madame C...** : depuis peut être deux ans.

**Thérapeute** : Combien d'enfants avez-vous ?

**Madame C...** : Trois enfants. Daniel a deux grandes sœurs, il est le dernier. Il est mon seul garçon et il veut déjà se perdre. C'est ça qui me fais encore très mal. Il est violent envers nous et surtout envers son père.

**Thérapeute** : qu'est ce qui s'est passé pour qu'il en arrive à consommer le cannabis et à être violent ?

**Madame C...** : moi je ne sais vraiment pas comment tout ça a commencé. Je sais seulement que Daniel dit souvent que mon mari et moi sommes des parents irresponsables. Un jour pendant que son père le grondait il a dit que c'est parce que son père me frappe souvent et que c'est aussi parce que son père est saoulard qu'il n'aime pas rester à la maison.

**Thérapeute** : avez-vous déjà entrepris une autre démarche pour sortir Daniel de la consommation de la drogue ?

**Madame C...** : Oui monsieur, j'ai parlé avec ses amis, même certains de ses enseignants mais rien ne change. D'ailleurs ses amis que j'ai rencontrés sont du même bord que lui donc je n'y attendais pas grand-chose.

**Thérapeute** : Depuis combien de temps avez- vous entreprise ces démarches ?

**Madame C...** : un an, depuis que j'ai constaté qu'il se droguait presque tous les jours.

**Thérapeute** : Qu'est-ce que vous voulez concrètement que le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, fasse pour vous ?

**Madame C...** : C'est vous qui savez ce qu'il faut faire, moi je veux seulement que mon fils arrête de se droguer. Qu'il arrête de fumer et de vagabonder. Je veux aussi que mon mari arrête de boire et de me frapper.

**Thérapeute :** puisque vous dites que vous avez tout fait, que vous avez parlé même à ses meilleurs amis et certains de ses enseignants, que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec votre mari ? Dans le but de voir comment ensemble on peut résoudre ce problème.

**Madame C...** : Ah moi je n'ai pas de problème. Si ça peut être la solution c'est vous qui savez.

**Thérapeute :** Si je convoque votre mari pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Madame C...** : Vous pouvez, mais je ne sais pas si ça va changer quelque chose !!! Lui aussi parle souvent à Daniel, cet enfant ne respecte même pas son père même un peu.

### **III.1.2. Procès-verbal de l'entretien avec le Père de Daniel**

**Monsieur C...** : Bonjour Monsieur, j'ai reçu cette convocation de mon épouse.

**Thérapeute :** Bonjour, faite voir la convocation. Ha ! Assoyez-vous. Vous êtes Monsieur C., le père du jeune Daniel ?

**Monsieur C...** : Affirmatif.

**Thérapeute :** Comment allez-vous ?

**Monsieur C...** : Assez bien, merci.

**Thérapeute :** comment va la famille ?

**Monsieur C...** : Assez bien.

**Thérapeute :** Effectivement je vous ai demandé de venir ici aujourd'hui, pour parler avec vous de quelques problèmes de votre famille et particulièrement de votre fils Daniel. En fait, vous êtes au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, et ici nous nous occupons des couples et des familles qui ont des difficultés. C'est-à-dire des couples et familles, où il y a des problèmes entre les conjoints, les enfants, et même tous les autres membres de la famille. Si vous êtes là ce matin, c'est parce que votre femme est venue nous voir, afin que nous vous aidions à résoudre un certain nombre de problèmes que vous avez entre vous et votre fils. Avez-vous des problèmes assez graves dans votre fils Daniel ?

**Monsieur C...** : Effectivement nous avons des problèmes sérieux avec Daniel qui fume le chanvre indien. Je ne comprends pas ce garçon. Je comptais beaucoup sur lui mais il me

déçoit. Je lui ai déjà parlé mais rien. Il m'a déjà même frappé de coups de poings !!! C'est un rebelle. Quand je l'accule il dit que c'est à cause de moi qu'il fuit la maison ; je ne sais pas. Tantôt c'est à cause de moi tantôt c'est à cause de sa mère, tantôt c'est à cause de nous deux. Mais pour nous c'est notre fils qui nous dérange. Il fume la drogue et nous avons déjà tout essayé il est toujours dehors avec ses amis pour fumer la drogue. Si ma femme est venue vous voir, c'est par e qu'elle est dépassée aussi. Daniel dit que c'est nous qui faisons qu'il fume le chanvre. Moi je veux savoir comment c'est nous !

**Thérapeute :** votre femme nous a fait savoir que Daniel dit qu'i fuis la maison parce que vous buvez beaucoup et vous êtes violent qu'en dites-vous ?

**Monsieur C... :** Humm (instant de silence méditatif) j'ai trop de problème avec ma femme. Je ne sais même pas par où commencer. En fait je suis militaire et souvent je travaille hors de la ville et quand je suis dans la ville comme c'est le cas actuellement, j'ai l'obligation de prendre les gardes. Mais ma femme ne voit pas ça. Pour elle c'est l'argent, elle veut que je prenne mon salaire et je viens lui donner. Elle a déjà vue ça où ? Quand je touche, je bois même une bière, elle bavarde comme si c'est son argent comme si j'ai bu un bar. Elle-même elle est couturière et la machine là c'est moi qui avais acheté. Quand elle coud elle me donne l'argent de ça ?

**Thérapeute :** comment vivez-vous le fait que votre fils se drogue régulièrement ?

**Monsieur C... :** Ça me dérange certainement mais je vais faire comment ? Nous lui avons parlé mais il ne comprend pas, je ne sais pas ce qui lui est arrivé pourtant c'est un garçon intelligent.

**Thérapeute :** vous avez l'air un peu fatigué ! Avez-vous bu de l'alcool ce matin ?

**Monsieur C... :** oui mais je ne suis pas saoul ! la bière ne me gêne en rien même pour mon travail.

**Thérapeute :** je vous comprends Monsieur. Serait-il possible qu'on parle de cette situation ensemble avec votre épouse et votre fils ?

**Monsieur C... :** je n'ai pas de problème à ça. Si c'est important c'est vous qui savez. Ce que je veux c'est que Daniel arrête de se droguer c'est mon fils unique. je voulais même qu'il fasse l'armée comme moi mais... je ne sais pas ce qui lui arrive.

**Thérapeute** : je parlerais d'abord avec vous et votre épouse, ensuite avec les sœurs de Daniel puis Daniel lui-même et enfin nous aurons une ou plusieurs rencontres avec toute la famille. Ça vous convient ?

**Monsieur C...** : Affirmatif monsieur.

**Thérapeute** : je vous ferais appel le moment venu.

**Monsieur C...** : Ok au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir monsieur.

### **III.1.3. Procès-verbal de l'entretien avec la fratrie de Daniel**

**Sœurs de Daniel...** : Bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour mesdemoiselles

**Sœurs de Daniel...** : s'il vous plaît monsieur nous avons été convoquées ici au ministère pour un entretien

**Thérapeute** : faites-moi voir la convocation, ah ok s'est vous les sœurs de Daniel ?

**Sœurs de Daniel...** : Oui monsieur

**Thérapeute** : Prenez place, si je vous ai fait venir ici pour parler des problèmes de Daniel

**Sœurs de Daniel...** : ok maman nous a dit

**Thérapeute** : oui je veux parler du fait que votre frère se drogue.

**Sœurs de Daniel...** : ok excusez-nous, comment êtes-vous au courant ?

**Thérapeute** : Ah c'est votre mère qui a saisi le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille afin que nous aidions Daniel à arrêter de se droguer. Ok qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Daniel à se droguer ?

**Sœur aînée de Daniel** : Parfois il dit que c'est à cause de papa, et parfois il dit que c'est tout le monde de la maison.

**L'autre sœur de Daniel** : il dit aussi que papa ne l'aime pas. Que papa le déteste.

**Thérapeute** : mais que pensez-vous vous-même ?

**L'autre sœur de Daniel :** (un moment de silence puis hochement des épaules) je ne sais pas.

**Sœur aînée de Daniel :** le climat à la maison est souvent très tendu surtout quand papa a bu et quand papa et maman ont les problèmes.

**L'autre sœur de Daniel :** les fréquentations de Daniel sont aussi un genre, il a toujours les amis bizarres qui fume.

**Thérapeute :** vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre frère ?

**Sœur aînée de Daniel :** moi j'ai trop peur pour lui.

**L'autre sœur de Daniel :** ah je sais seulement que ce n'est pas bon pour lui et pour nous aussi. Maman pleur souvent et ça me dérange.

**Thérapeute :** je vais parler avec Daniel lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Sœur aînée de Daniel :** au revoir monsieur.

**L'autre sœur de Daniel :** au revoir monsieur.

**Thérapeute :** au revoir mesdemoiselles

#### **I.1.4. Procès-verbal de l'entretien avec les deux parents de Daniel**

**Parents de Daniel... :** Bonjour monsieur

**Thérapeute :** bonjour monsieur et dame, soyez les bienvenus, prenez place. Ok je suis a vous. Comment vous allez ? Comment va la famille ? Et comment va Daniel ?

**Parents de Daniel... :** ça va un peu sauf que Daniel n'est pas rentré hier. Il est arrivé ce matin comme d'habitude.

**Thérapeute :** et qu'est-ce que vous avez fait ?

**Parents de Daniel... :** ah rien !

**Thérapeute :** venons-en au fait. Vous savez tous les deux pourquoi nous sommes ici ?

**Parents de Daniel :** Oui monsieur c'est pour voir comment nous pouvons amener Daniel à décrocher de la consommation de chanvre.

**Thérapeute :** d'après vous qu'est ce qui arrive à votre fils ?

**Mère de Daniel...** : (long moment de silence) je ne sais pas. Même comme selon lui c'est à cause de nous.

**Thérapeute :** que dites-vous de cette déclaration ?

**Père de Daniel...** : je vous ai dit la dernière fois que je ne comprends pas ce qui arrive à mon fils. Il vous a été rapporté que je suis violent et que je bois beaucoup, que je suis irresponsable. Oui j'ai dit à ma femme que voici que tant que c'est moi qui travail je ne poserais jamais mon salaire sur la table pour qu'elle gère. C'est impossible. Nous pouvons trouver d'autres alternatives pour que la violence cesse dans notre couple et que mon fils arrête de fumer le chanvre. Si c'est à cause de moi je suis prêt à changer mais pas de donner mon salaire à ma femme de gérer.

**Thérapeute :** qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Daniel à se droguer ?

**Père de Daniel :** je ne sais pas. Mais j'ai dit que si c'est à cause de moi, je m'engage à changer et je demande à sa mère de changer aussi.

**Mère de Daniel :** je crois que notre maison à trop de problème. Il n'y a pas de paix chez nous ça peut être aussi la cause. Il dit souvent que son père ne l'aime pas.

**Thérapeute :** mais que pensez-vous, vous-même ?

**Mère de Daniel :** (sanglots)

**Père de Daniel :** c'est quand même vrai que nous nous querellerons assez souvent et ça met mal à l'aise les enfants et même le voisinage. Ma femme en est aussi responsable.

**Mère de Daniel :** Daniel a aussi de la très mauvaise compagnie. C'est amis avec qui il lave souvent les voitures là sont tous des fumeurs de Mbanga.

**Thérapeute :** vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre fils ?

**Père de Daniel :** moi ça me dérange beaucoup. Parfois même je bois à cause de tout ça.

**Mère de Daniel :** moi aussi ça me dérange très mal, ça me fait pleurer souvent, je ne supporte pas le voir dans cet état. Il a besoin d'aide. Même nous.

**Thérapeute :** nous allons l'aider ensemble si vous voulez, je vais parler avec Daniel lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Père de Daniel :** au revoir monsieur.

**Mère de Daniel :** au revoir monsieur.

**Thérapeute :** au revoir Monsieur et dame.

### **III.2. Procès-verbaux des entretiens avec Daniel**

Dans le cadre des entretiens avec l'adolescent Daniel il est question de recueillir ces propos qui nous permettront d'avoir une idée sur son niveau de dépendance avant d'envisager une rencontre familiale. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrons avoir les versions séparées de chaque sous-système avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus. Nous avons pour des raisons d'efficacité, organisé deux rencontres avec l'adolescent, chacun des entretiens n'excédait pas 60 à 75 minutes. Le premier entretien sert de prise de contact et de mise en confiance de l'adolescent, et l'exploration du niveau de dépendance tout en abordant la question de thérapie et décrochage, le deuxième, sert à envisager l'implication des parents et de la fratrie.

#### **III.2.1. Procès-verbal du premier entretien avec Daniel**

**Daniel...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute :** Bonjour !

**Daniel...** : je viens de la part de monsieur et madame C.

**Thérapeute :** Vous êtes à la bonne porte, entrez. Assoyez-vous. Ils vous ont dit pourquoi vous devriez me rencontrer ?

**Daniel...** : ils m'ont seulement demandé de venir vous voir. Je ne sais pas pourquoi ?

**Thérapeute :** ok nous allons parler des choses simples mais importante pour vous, pour votre avenir, votre santé, et pour votre famille. Donc sentez-vous à l'aise. Il n'y a rien de grave.

**Daniel...** : ok monsieur.

**Thérapeute :** vous êtes élève ? Si oui dans quel établissement et quelle classe ?

**Daniel...** : je suis élève en classe de 1<sup>ère</sup> au Lycée de Ngoa Ekele.

**Thérapeute** : quel âge avez-vous ?

**Daniel...** : j'ai 17 ans.

**Thérapeute...** : vous vous droguez ?

**Daniel...** : c'est pour ça que je suis là ? Mes parents sont venus vous dire que je fume le chanvre ? Ils vous ont aussi dit qu'il lutte chaque jour pour rien ? Mon père vous a dit aussi qu'il boit tous les jours et frappe ma mère, frappe sur tout le monde à la maison ?

**Thérapeute** : parlez-moi de vos rapports avec vos enseignants et vos camarades

**Daniel...** : Ah pour mes enseignants je n'ai pas de problème avec eux. J'ai les problèmes plutôt avec mes parents.

**Thérapeute** : il s'agissait de quel type de problème ?

**Daniel...** : les problèmes de bagarre, de violence, de drogue et ils disent que je suis un vagabond.

**Thérapeute** : plus concrètement ?

**Daniel...** : mon père et ma mère n'ont jamais vraiment vécu ensemble mon père a toujours été affecté ici et là et même quand même nous sommes dans la même ville, il dort à la maison deux ou trois fois par semaine à cause des gardes. ...Et quand il est là avec nous à la maison, c'est l'enfer, il croit que tout le monde à la maison est son Tam-tam. Un jour, ma mère nous a réunis à la maison et nous a dit que notre papa est trop irresponsable, il est toujours parti et c'est elle seule qui souffre avec nous, qu'il la trahie, en plus il est un ivrogne. Un jour je suis sûr, monsieur je vais mettre chacun à sa place je vais me venger contre mes parents

**Thérapeute** : face à ces tensions à la maison quels sont vos réactions ?

**Daniel...** : je préfère souvent rentrer à la maison quand je sais que mes parents dorment déjà, ou quand je sens que la maison est calme. Parfois même, j'appelle d'abord ma sœur et dans sa façon de me répondre je sais si la maison est calme ou pas

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps que vous vous droguez ?

**Daniel...** : depuis peut être deux ans.

**Thérapeute** : je peux savoir pourquoi vous vous droguez ?



**Daniel...** : pour me calmer ! Avec mes amis ont fume le cannabis tous les jours et je me sens très bien. Quand je suis à la maison et que je n'arrive pas à dormir, je fume et ça me fait du bien. Quelque fois quand c'est très chaud et que je ne trouve pas de quoi me procurer la ma dose habituelle de cannabis, j'inhale la colle forte et ça me calme.

**Thérapeute...** : que pensez-vous de votre relation avec vos parents ?

**Daniel...** : je n'aime pas être avec mes parents et surtout mon père, je préfère être avec mes potes. Ces deux-là ne s'aiment même pas, je ne sais pas pourquoi ils sont ensemble mieux même chacun prend sa route. Les deux-là sont des terroristes, ils ne sont pas gentils, pourquoi nous aussi on ne peut pas rentrer de l'école un jour et trouver nos deux parents assis entrain de causer sur notre vie ; les voir s'occuper de nous.

**Thérapeute...** : que pensez-vous de votre mère ?

**Daniel...** : ma mère se bat avec sa couture pour nous elle fait de son mieux mais mon père, c'est surtout lui qui m'énerve plus. Il boit et il est trop violent. Il voulait me faire ça mais je l'ai dépassé elle-même n'est pas facile, parfois c'est elle-même qui cherche ses problèmes avec le pater.

**Thérapeute...** : parlez-moi de la perception que vous avez de votre maison. Je veux dire de là où vous vivez.

**Daniel...** : Mes parents ont rendu notre maison invivable, nous vivions parfois un peu calmes quand papa travaillait à Djom ou à Koutaba, là, la guerre commençait seulement les weekends où il venait. Mon père c'est un taliban. Il avait même dit un jour pendant leur combat inutile qu'il va nous tuer tous si maman ne le laisse pas tranquille.

**Thérapeute** : quand vous vous énervez qu'est ce qui se passe ?

**Daniel...** : je fume et ça me calme. Le Cannabis me calme et me donne la paix.

**Thérapeute** : ok on finit déjà. Ça se passe comment avec vos sœurs ?

**Daniel...** : je n'ai pas de problème avec elles. Ce sont mes sœurs et ça va entre nous. Sauf si elles aussi ont dites des choses contre moi ! Moi c'est mes parents qui m'énervent avec leurs problèmes qui ne fissent jamais. C'est même eux qui me font même ne pas aimer rentrer à la maison.

**Thérapeute** : qu'est-ce que pensez-vous quand elle vous voit dans la drogue ?

**Daniel...** : je sais que ça les fait mal mais ...

**Thérapeute** : que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec vos parents ?

**Daniel...** : (Quelques minutes de silence) comme vous voulez !

**Thérapeute** : Si je convoque vos sœurs et vos parents pour en discuter pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Daniel...** : je ne sais pas (Silence) ha !! Vous pouvez, mais je ne sais pas si ça va changer quelque chose !!!

**Thérapeute** : ok vous pouvez rentrer à la maison. Mais revenez me voir la semaine prochaine.

**Daniel...** : ok merci monsieur à la semaine prochaine.

### **III.2.2. Procès-verbal du deuxième entretien avec Daniel**

**Daniel...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Daniel !

**Daniel...** : monsieur je suis là pour le rendez vous

**Thérapeute** : entrez. Asseyez-vous. Nous allons continuer notre entretien de la semaine passée. Alors dites-moi s'il vous arrive de penser à arrêter de fumer la drogue.

**Daniel...** : parfois oui. Mais je n'arrive pas.

**Thérapeute** : donc si papa et maman ne vous énervent plus vous pouvez arrêter de fumer le chanvre ?

**Daniel...** : je ne sais pas. Mais je crois que c'est possible à condition qu'ils changent vraiment. Parfois ils font souvent comme s'ils s'entendent mais ça ne dur pas plus de deux semaines.

**Thérapeute** : que ressentez-vous encore quand vous pensez à vos parents ?

**Daniel...** : ah j'ai déjà dit qu'ils m'énervent beaucoup. Les deux-là sont des terroristes, ils ne sont pas gentils. J'ai un peu pitié de ma mère, même comme elle-même n'ai pas facile. C'est surtout mon père qui m'énerve plus. Il boit et il est trop violent.

**Thérapeute** : et si votre père et votre mère revenaient à des meilleurs sentiments ?

**Daniel...** : je serais content. Mais je sais que les deux-là ne peuvent pas. C'est chien et chat.

**Thérapeute** : êtes-vous prêt à échanger envers vos parents et vos sœurs en vue de la résolution des problèmes qui vous poussent à vous droguer ?

**Daniel...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules) oui si eux-mêmes sont prêt à changer !

**Thérapeute** : vous permettez que je convoque vos sœurs et vos parents pour en discuter ensemble ?

**Daniel...** : je n'ai pas de problème à cela. S'ils peuvent venir et discuter en face avec nous devant vous, je suis d'accord. Le problème dans cette famille c'est que le père est un dictateur. Ou c'est parce qu'il est militaire qu'il croit que c'est l'armée partout. Il voulait même que je fasse le recrutement militaire, humm j'ai seulement ris. Pour mes sœurs, je vous ai déjà dit que je n'ai pas de problème avec elles. Vous pouvez les appeler si ça peut résoudre le problème tant mieux.

**Thérapeute** : ok vous pouvez rentrer à la maison. Je vais vous faire venir le moment venu pour une rencontre avec vos parents et vos deux sœurs.

**Daniel...** : ok merci bonne journée monsieur.

### **III.3. Procès-verbal d'entretien avec Daniel en présence de sa fratrie et de ses parents.**

Ici il est essentiellement question d'échanger avec le système familial. Cet entretien, vise à faire converger les compréhensions des membres du système dans le sens de parler du problème que vit la famille et singulièrement Daniel, à stimuler l'instinct de survie chez l'adolescent et à construire l'alliance thérapeutique qui accompagnera l'adolescent dans l'adhésion et l'observance thérapeutique.

**Père de Daniel...** : bonjour monsieur, nous sommes là pour la rencontre.

**Thérapeute** : ah merci d'être venu, entrez et prenez place.

**Père de Daniel...** : merci monsieur

**Thérapeute** : bien, aujourd'hui il est pour nous essentiellement question de parler très sincèrement de la situation de consommation de la drogue par Daniel ici présent. Nous allons

parler à cœur ouvert et chacun pourra dire comment il envisage de contribuer à aider à mettre fin à cette situation.

**Mère de Daniel...** : merci monsieur, je voudrais d'abord commencer par vous remercier pour avoir organisé cette rencontre familiale. En vérité, je suis venu vous voir ici il y a quelques semaines parce que mon fils Daniel que voici se drogue régulièrement. Son père et moi avons essayé de parler mais ça n'a rien donné. Je sais qu'il est souvent très fâché de nous mais je voudrais d'abord lui demander pardon pour tout le mal qu'il dit que nous lui faisons.

**Sœur aînée de Daniel ...** : monsieur moi je comprends bien ce que dit maman mais ce n'est pas qu'à Daniel que leur comportement fait mal, nous tous nous en souffrons. Le pardon que maman demande là doit être pour toute la famille.

**Père de Daniel...** : c'est vrai comme ma fille dit, nous devons demander pardon à vous tous car cette situation nous fait tous très mal. Moi je sais que j'ai commis beaucoup d'erreurs dans ma vie de famille mais je ne suis pas le seul responsable ma femme m'y a souvent poussé par ses paroles. Mais le plus important maintenant c'est de mettre tout ça dans le passé.

**Sœur cadette de Daniel...** : ma sœur a raison mais nous. C'est Daniel qui doit aussi dire s'il veut arrêter de fumer, parce que si on parle tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.

**Daniel...** : si j'ai accepté de venir ici chaque fois que monsieur m'a convoqué c'est parce que je veux aussi que ça change ! Je sais que c'est très dur mais si vous aussi (le regard tourné vers ses parents) vous voulez que ça change ça va changer.

**Thérapeute** : je vous ai écouté attentivement. Ma préoccupation est aussi de savoir si vous êtes prêt à accompagner Daniel dans son effort à décrocher de la consommation de la drogue. Daniel connais tu les conséquences de la consommation de la drogue sur la santé ?

**Daniel...** : (Moment de méditation et d'hésitation) je connais un peu.

**Thérapeute** : quelle est la conséquence la plus grave que vous connaissez ?

**Daniel ...** : (Long moment de silence) la folie ou mort

**Thérapeute** : pour tout ce que vous reprochez à vos parents et peut être à vos sœurs êtes-vous prêt à devenir fou ou à mourir ?

**Daniel...** : (Sanglots, pleurs) non non non je ne veux pas devenir fou, je ne veux pas mourir.

**Mère de Daniel...** : calme toi Daniel (elle prend son fils dans ses bras, les sœurs de Daniel fondent aussi en larmes.) ça va aller, ça va aller.

**Père de Daniel...** : ça va aller, monsieur je vais l'accompagner et je vais changer mon comportement vis-à-vis de ma femme et de mes enfants. J'aime ma famille.

**Thérapeute** : êtes-vous tous prêt à travailler ensemble pour aider Daniel ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Daniel ?

**Daniel...** : (sanglotant) je vais arrêter de fumer. Je vais arrêter. Maman je vais arrêter.

**Thérapeute** : si le médecin lui prescrit des médicaments à prendre régulièrement êtes-vous disposé à souvent lui rappeler gentiment de prendre ses médicaments ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Daniel ?

**Daniel...** : je vais arrêter de fumer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais

**Père de Daniel...** : je vais aussi faire les efforts pour ne plus boire. Je vais accompagner mon fils pour ce qu'il y aura à faire.

**Thérapeute** : ok je reste à votre entière disposition et je souhaiterais que Daniel passe ici au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille assez régulièrement pour nous rendre compte de l'évolution. Je le demande aussi aux parents. (Merci collectif)

#### **IV. Procès-verbaux des entretiens du sujet Ismaël**

Les présents procès-verbaux des différents entretiens effectués dans le cadre de ce travail de recherche rend fidèlement compte du contenu des échanges avec les différents intervenants pour le sujet Ismaël.

##### **IV.1. Procès-verbaux des entretiens avec les parents d'Ismaël**

Dans le cadre des entretiens avec les parents de l'adolescent Ismaël il est question de recueillir les propos de la mère de l'adolescent d'une part et ceux du père d'autres parts, et enfin avoir une rencontre avec les deux parents. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrons avoir les versions séparées de chaque parent avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus.

#### IV.1.1. Procès-verbal de l'entretien avec la mère d'Ismaël

**Madame D...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Madame !

**Madame D...** : s'il vous plait j'ai les problèmes, et je suis ici pour qu'on m'aide à les résoudre. Je veux le service qui s'occupe des familles.

**Thérapeute** : Vous êtes à la bonne porte, entrez madame. Asseyez-vous. Que puis-je pour vous ?

**Madame D...** : je viens vous voir pour mon fils qui a des problèmes de drogue. Bref, il inhale la colle forte pour se droguer.

**Thérapeute** : votre fils a quel âge madame ? Ça se passe comment ? Expliquez-moi.

**Madame D...** : il a 17 ans et il fait la classe de 2<sup>nd</sup> au collège Petou à Ekié. Mon fils est très renfermé et il ne parle presque pas. Il est toujours comme nerveux contre tout le monde dans la maison. Il va à l'école quand il veut. Il a d'ailleurs perdu une année au quartier et nous n'avons su qu'il n'allait pas à l'école qu'au deuxième trimestre. Monsieur il se drogue avec la colle forte qu'il prend, quand c'est possible dans mon alimentation tous les jours. Il dort dehors et ne part pas à l'école. Je viens vous voir parce que c'est vous qui vous occupez de familles en détresses, vous pouvez le conseiller pour qu'il laisse ça.

**Thérapeute** : quelle autre démarche avez-vous déjà entreprise pour qu'il arrête de se droguer ?

**Madame D...** : j'ai déjà tout fait mais il ne m'écoute pas. Son père parle il n'écoute pas. Nous avons essayé de parler avec certains de ses enseignants mais il n'écoute pas toujours. Il a déjà été exclu de plusieurs établissements pour des questions de disciplines et d'absentéisme. C'est la première fois que je me rapproche du ministère pour lui.

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps qu'il se drogue ?

**Madame D...** : je ne sais pas mais c'est depuis un an que nous avons constaté. J'ai même arrêté de vendre la colle dans mon alimentation à cause d'Ismaël. Mais quand il a besoin de l'argent pour s'en procurer, il me menace violement.

**Thérapeute** : Combien d'enfants avez-vous ?

**Madame D...** : cinq enfants.

**Thérapeute** : à votre avis qu'est ce qui s'est passé pour qu'il en arrive là ?

**Madame D...** : je ne sais pas. La vie d'Ismaël est un peu compliquée. J'ai eu des sérieux problèmes avec son père quand j'étais encore enceinte de lui. En fait, son père nie sa paternité et pense qu'il n'est pas de lui, pourtant c'est très faux. Cette situation avait provoqué des vives tensions entre mon mari et moi, au point où nous n'avons pas pu faire établir son acte à sa naissance. Je me suis vu obligée pour laisser passer la tension, de faire aller Ismaël chez ma sœur à Bouda. Malheureusement quand l'enfant allait au cours moyen première année, ma sœur est décédée et Ismaël était obligé de revenir vivre avec nous. Je ne sais pas comment, il paraît qu'Ismaël est au courant des problèmes que j'ai avec son père à son sujet et sa le perturbe énormément.

**Thérapeute** : avez-vous déjà essayé d'en discuter avec Ismaël ? Je veux dire parler de ce conflit entre son père et vous à son sujet.

**Madame D...** : non je ne pense pas que ce soit un sujet à discuter avec lui. Non je n'ai jamais parlé de ça avec lui.

**Thérapeute** : Qu'est-ce que vous voulez concrètement que le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, fasse pour vous ?

**Madame D...** : si je suis venu vous voir c'est pour que vous nous aidiez ! Du moins je veux qu'Ismaël arrête de se droguer.

**Thérapeute** : puisque vous dites que vous avez tout fait, que vous avez parlé même à ses meilleurs amis, que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec votre mari ?

**Madame D...** : (Quelques minutes de silence) tout sujet sur Ismaël l'irrite. Peut-être comme c'est le ministère ça va aller.

**Thérapeute** : Si je convoque votre mari pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Madame D...** : ça ne me dérange pas !! je sais seulement qu'il sera agacé.

#### **IV.1.2. Procès-verbal de l'entretien avec le Père d'Ismaël**

**Monsieur D...** : Bonjour Monsieur, j'ai cette convocation pour ici.

**Thérapeute** : Bonjour, faite voir la convocation. Ok ! Asseyez-vous. Vous êtes Monsieur D, le père du jeune Ismaël ?

**Monsieur D...** : oui monsieur c'est moi.

**Thérapeute** : Comment allez-vous ?

**Monsieur D...** : ça va un peu, Ahamdoulilaye

**Thérapeute** : comment va la famille ?

**Monsieur D...** : Ahamdoulilaye, nous allons assez bien.

**Thérapeute** : Effectivement je vous ai demandé de venir ici aujourd'hui, pour parler avec vous de quelques problèmes de votre famille précisément de votre fils Ismaël. En fait, vous êtes au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, et ici nous nous occupons des couples et des familles qui ont des difficultés. C'est-à-dire des couples et familles, où il y a des problèmes entre les conjoints, les enfants, et même tous les autres membres de la famille. Si vous êtes là ce matin, c'est parce que votre femme est venue nous voir, afin que nous vous aidions à résoudre un certain nombre de problèmes que vous avez entre vous et votre fils. Comment va Ismaël ? Du moins comment sont vos relations ?

**Monsieur D...** : Ismaël est un enfant très difficile. En plus il est très mal élevé je crois que c'est le séjour qu'il a passé dans la famille de sa mère qui l'a transformé ainsi. Il vole et il se drogue. Ça je ne tolère pas. Tous mes enfants sont musulmans sauf lui. De toutes les façons Ismaël est un enfant problème pour moi et pour toute la famille. Regardez les tatouages sur lui !!! ça c'est les signes du diable.

**Thérapeute** : que s'est-il passé pour qu'Ismaël se retrouve dans la famille de sa mère ?

**Monsieur D...** : c'est une vieille histoire monsieur.

**Thérapeute...** : je vous écoute.

**Monsieur D...** : (un long moment de silence) si vous regardez bien cet enfant, il ne ressemble pas à ses frères et sœurs. Comme je voyage beaucoup, pour mon commerce, ma femme avait commencé à se comporter autrement, et j'ai découvert ma femme n'était plus ma femme, elle faisait ce qu'elle voulait, bref elle était dehors. Vous êtes un homme, je sais que vous me comprenez. C'est dans ce comportement qu'Ismaël entre dans ma famille. Nous avons eu



beaucoup de problème, et c'est là que j'avais dit que ne peut pas prendre l'enfant de quelqu'un autre pour mettre mon nom sur son acte de naissance. Après beaucoup de problème elle avait envoyé Ismaël dans sa famille à Bouda, il est revenu il y a environ neuf ans quand sa tante chez qui habitait est décédé. Mais son comportement était toujours autrement par rapport à celui de ses frères et sœurs. Aujourd'hui il se drogue presque tous les jours.

**Thérapeute** : comment vivez-vous le fait que votre fils se drogue régulièrement ?

**Monsieur D...** : je vie ça très mal ! Ça me dérange ! Je lui ai parlé mais il ne comprend pas.

**Thérapeute** : je vous comprends Monsieur. Serait-il possible qu'on parle de cette situation ensemble avec votre épouse et Ismaël lui-même ?

**Monsieur D...** : monsieur malgré ces problèmes que je viens de vous raconter, j'ai dis que je ne le chasse pas de chez moi. L'enfant c'est d'abord l'enfant d'Allah avant d'être pour les hommes. Je ne veux pas mettre mon nom sur son acte de naissance, parce que je ne suis pas son père, mais je peux le garder et l'aider à devenir quelqu'un. Si vous pouvez aider Ismaël à laisser la drogue et le vol je suis avec vous.

**Thérapeute** : je parlerais d'abord avec vous et votre épouse, ensuite avec les frères et sœurs d'Ismaël, avec puis Ismaël lui-même et enfin nous aurons une ou plusieurs rencontres avec toute la famille. Ça vous convient ?

**Monsieur D...** : pas de problème monsieur.

**Thérapeute** : je vous ferais appel le moment venu.

**Monsieur D...** : Ok au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir monsieur.

#### **IV.1.3. Procès-verbal de l'entretien avec la fratrie d'Ismaël**

**Frères et sœurs d'Ismaël...** : Bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour

**Sœurs d'Ismaël...** : s'il vous plait monsieur nous venons répondre à une convocation ici.

**Thérapeute** : faites-moi voir la convocation, ah ok s'est vous les frères et sœurs d'Ismaël ?

**Frère et sœurs d'Ismaël... :** Oui monsieur.

**Thérapeute :** Prenez place, si je vous ai fait venir ici, c'est pour parler des problèmes d'Ismaël

**Sœurs d'Ismaël... :** ok monsieur.

**Thérapeute :** oui je veux parler du fait que votre frère se drogue.

**Sœurs d'Ismaël... :** ok monsieur

**Thérapeute :** qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Ismaël à se droguer ?

**Sœur aînée d'Ismaël :** Ismaël ne communique pas. Il fait ses choses sans rien dire à personne, il est toujours nerveux. Je ne sais pas.

**Sœur cadette d'Ismaël :** il dit souvent que nous tous nous le détestons et papa le déteste plus que tout le monde dans la maison.

**Thérapeute :** mais que pensez-vous vous-même ?

**Sœur cadette d'Ismaël :** (un moment de silence puis hochement des épaules)

**Frère aîné d'Ismaël :** je pense très sérieusement qu'il y a un problème qui dérange Ismaël. Il connaît la querelle qu'il y a entre papa et maman sur son sujet. Un jour il m'a dit qu'il sait très bien qu'il n'est pas de notre famille.

**L'autre sœur d'Ismaël :** il est aussi entraîné par ses groupes d'amis qui se droguent avec lui.

**Thérapeute :** vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre frère ?

**Sœur aînée d'Ismaël :** humm ça me fait très mal et j'ai peur pour lui.

**Frère aîné d'Ismaël :** ça me dérange aussi et vois que maman en souffre. Je veux que vous l'aidiez à s'en sortir.

**Thérapeute :** je vais parler avec Ismaël lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Frère et sœurs d'Ismaël :** au revoir monsieur.

**Thérapeute :** au revoir et à la prochaine.

#### **IV.1.4. Procès-verbal de l'entretien avec les deux parents d'Ismaël**

**Parents d'Ismaël...** : bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour monsieur et dame, soyez les bienvenus, prenez place. Comment vous allez ? Comment va la famille ? Et comment va Ismaël ?

**Parents d'Ismaël...** : nous allons assez bien avec toute la famille il n'y a que la situation d'Ismaël qui nous dérange toujours.

**Thérapeute** : venons-en au fait. Vous savez tous les deux pourquoi nous sommes ici ?

**Parents d'Ismaël...** : Oui monsieur

**Thérapeute** : d'après vous qu'est ce qui arrive à votre fils, du moins qu'est ce qui à votre avis l'amène à se droguer ?

**Mère d'Ismaël...** : je ne sais pas, son frère aîné m'avait dit qu'Ismaël dit qu'il sait qu'il n'est pas de notre famille. Je crois qu'il sait les problèmes que j'ai avec son père à son sujet. Ismaël est trop renfermé et c'est très difficile de savoir ce qu'il pense. Mais je peux dire qu'Ismaël est sérieusement affecté par le fait de la position de son père sur sa filiation. J'avoue que je ne me suis pas ouverte à lui sur la question mais je voulais d'abord résoudre le problème avec son père avant de lui en parler quand il aura 18 ou 20 ans.

**Thérapeute** : maintenant que la situation semble être problématique, que pensez-vous que nous puissions faire ensemble pour y remédier ?

**Père d'Ismaël...** : (moment de silence avec des gestes de gêne) c'est vrai que cette situation me dérange. (Silence) je crois que pour s'en sortir, la balle est dans notre camp. Je suis très énervé pour ce qui s'est passé entre ma femme et moi mais je pense aussi qu'un enfant souffre. Peut-être qu'avec votre présence nous pouvons parler à Ismaël et l'amener à changer.

**Thérapeute** : qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Ismaël à se droguer ?

**Père d'Ismaël** : c'est nous.

**Mère d'Ismaël** : il dit aussi que son père ne l'aime pas. Qu'il le déteste. Et parfois il dit que nous l'énervons.

**Thérapeute** : mais que pensez-vous, vous-même ?

**Mère d'Ismaël :** (un moment de silence) je crois c'est mon mari et moi qui somme la cause. Mais je pense aussi qu'il a de la mauvaise compagnie et j'en parle souvent à son père qui ne s'en préoccupe pas tant que ça. Je suis dépassée, je ne dors pas. Si vous pouvez l'aider. Aider mon fils monsieur s'il vous plait.

**Thérapeute :** nous allons l'aider ensemble si vous voulez, je vais parler avec Ismaël lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Père d'Ismaël :** au revoir monsieur.

**Mère d'Ismaël :** au revoir monsieur.

**Thérapeute :** au revoir Monsieur et dame.

## **IV.2. Procès-verbaux des entretiens avec Ismaël**

Dans le cadre des entretiens avec l'adolescent Ismaël il est question de recueillir ces propos qui nous permettront d'avoir une idée sur son niveau de dépendance avant d'envisager une rencontre familiale. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque sous-système avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus. Nous avons pour des raisons d'efficacité, organisé deux rencontres avec l'adolescent, chacun des entretiens n'excédait pas 60 à 75 minutes. Le premier entretien sert de prise de contact et de mise en confiance de l'adolescent, et l'exploration du niveau de dépendance tout en abordant la question de thérapie et décrochage, le deuxième, sert à envisager l'implication des parents et de la fratrie.

### **IV.2.1. Procès-verbal du premier entretien avec Ismaël**

**Ismaël...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute :** Bonjour !

**Ismaël...** : s'il vous plait mon père et ma mère m'ont demandé de venir ici vous rencontrer.

**Thérapeute :** entrez et assoyez-vous. Ils vous ont dit pourquoi vous devriez me rencontrer ?

**Ismaël...** : Non.

**Thérapeute :** ok nous allons parler des choses simples mais importantes pour vous, pour votre avenir, votre santé, et pour votre famille. Donc sentez-vous à l'aise. Il n'y a rien de grave.

**Ismaël...** : ok monsieur.

**Thérapeute** : vous êtes élève ? Si oui dans quel établissement et quelle classe ?

**Ismaël...** : je suis élève en classe de 2<sup>nd</sup> au collège Petou à Ekié

**Thérapeute** : quel âge avez-vous ?

**Ismaël...** : j'ai 17 ans et je suis en de classe de 2<sup>nd</sup>.

**Thérapeute...** : vous vous droquez ?

**Ismaël...** : (long silence et hésitations) oui monsieur je me drogue souvent.

**Thérapeute** : parlez-moi de vos rapports avec vos enseignants et vos camarades

**Ismaël...** : Avec mes enseignants je n'ai pas de problème à part quelques problèmes d'absence.

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps que vous vous droquez ?

**Ismaël...** : depuis environ deux ans et demi.

**Thérapeute** : je peux savoir pourquoi vous vous droquez ?

**Ismaël...** : je me drogue depuis le jour où j'ai su que mon père disait qu'il n'était pas mon père je me suis demandé pour quoi je suis venu au monde si personne ne veut me reconnaître comme son fils. J'avais exactement 9 ans quand j'ai découvert que mon père ne voulait pas de moi parmi ses enfants. C'est même pour ça qu'il a refusé de me faire l'acte de naissance. Depuis que je suis revenue de Bouda, le désordre s'est installé chez nous, ma mère est devenue trop nerveuse et mon père ne communique presque pas avec moi.

**Thérapeute...** : que pensez-vous de votre relation avec votre père ?

**Ismaël...** : je ne pense rien je sais seulement qu'il dit qu'il n'est pas mon père et il me déteste. Je suis chez lui parce que je n'ai pas où aller.

**Thérapeute...** : que pensez-vous de votre mère ?

**Ismaël...** : Ma mère me cache la vérité. Je veux qu'elle me dise la vérité.

**Thérapeute...** : parlez-moi de la perception que vous avez de votre maison. Je veux dire de la où vous vivez.

**Ismaël...** : Quand mes parents sont à la maison, je suis toujours tendu et nerveux. J'étais bien à Bouda. La maison m'énerve quand je prends un peu de colle et je me sens bien.

**Thérapeute** : quand tu t'énerve qu'est ce qui se passe ?

**Ismaël...** : je veux seulement inhaler la colle. Quand je suis aussi avec mes amis ça va.

**Thérapeute** : ok on fini déjà. Ça se passe comment avec vous frères et sœurs ?

**Ismaël...** : Humm on est là chacun fait ce qu'il veut.

**Thérapeute** : que pensez-vous de vos parents de façon global ?

**Ismaël...** : ils m'énervent.

**Thérapeute** : que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec vos parents ?

**Ismaël...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : Si je convoque vos sœurs et vos parents pour en discuter, pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Ismaël...** : je ne sais pas (Silence) ha !! Vous pouvez, mais je ne sais pas si ça va changer quelque chose !!!

**Thérapeute** : ok vous pouvez rentrer à la maison. Mais revenez me voir la semaine prochaine.

**Ismaël...** : ok merci monsieur à la semaine prochaine.

#### **IV.2.2. Procès-verbal du deuxième entretien avec Ismaël**

**Ismaël...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Ismaël !

**Ismaël...** : je suis venu pour le rendez-vous.

**Thérapeute** : entrez. Asseyez-vous. Nous allons continuer notre entretien de la semaine dernière. Alors dites-moi s'il vous arrive de penser à arrêter avec la drogue.

**Ismaël...** : parfois j'ai vraiment envie d'arrêter de prendre la drogue mais les problèmes font que je n'y arrive pas.

**Thérapeute** : si papa et maman vous disent la vérité et décident de se comporter avec vous comme des parents attentionnés cela pourrais vous encourager à arrêter de vous droguer ?

**Ismaël...** : (moment de silence) si mon père et ma mère deviennent des bons et vrais parents pour moi je pense que quelque chose peut changer. Mais il faut même que ma mère me dise d'abord vrai vrai si c'est mon vrai père. Je crois que si ça se passe comme ça, il peut, peut-être avoir changement.

**Thérapeute** : que ressentez-vous encore quand vous pensez à vos parents ?

**Ismaël...** : j'ai déjà dit que les deux-là m'énervent. Mon père dit qu'il n'est pas mon père et ma mère ne veut pas me clarifier la situation.

**Thérapeute** : je vous ai posé cette question la semaine dernière, et si votre père et votre mère revenaient à des meilleurs sentiments ?

**Ismaël...** : (hochement des épaules puis silence).

**Thérapeute** : êtes-vous prêt à échanger avec vos parents et vos sœurs en vue de la résolution des problèmes qui vous poussent à vous droguer ?

**Ismaël...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : vous permettez que je convoque vos sœurs et vos parents pour en discuter ensemble ?

**Ismaël...** : (Silence) ha !! Vous pouvez ! Je vais suivre vos conseils pour voir si ça va marcher. Mais vraiment monsieur, pour ne rien vous cacher, mon père et ma mère m'énervent ! Mais s'ils changent, je change aussi.

**Thérapeute** : ok vous pouvez rentrer à la maison. Je vais vous faire venir le moment venu pour une rencontre avec eux.

**Ismaël...** : ok merci monsieur bonne journée.

#### **IV.3. Procès-verbal d'entretien avec Ismaël en présence de sa fratrie et de ses parents.**

Ici il est essentiellement question d'échanger avec le système familial. Cet entretien, vise à faire converger les compréhensions des membres du système dans le sens de parler du problème que vit la famille et singulièrement Ismaël, à stimuler l'instinct de survie chez

l'adolescent et à construire l'alliance thérapeutique qui accompagnera l'adolescent dans l'adhésion et l'observance thérapeutique.

**Père d'Ismaël...** : bonjour monsieur ! Nous sommes là comme convenu.

**Thérapeute...** : ah merci d'être venu, entrez et prenez place.

**Mère d'Ismaël...** : merci monsieur

**Thérapeute...** : bien, aujourd'hui il est pour nous essentiellement question de parler très sincèrement de la situation de consommation de la drogue par Ismaël ici présent. Nous allons parler à cœur ouvert et chacun pourra dire comment il envisage de contribuer à aider à mettre fin à cette situation.

**Mère d'Ismaël...** : merci monsieur pour cette opportunité que vous nous donnez pour parler en famille du problème d'Ismaël et peut-être même des problèmes qui nous touchent mon mari et moi.

**Sœur aînée d'Ismaël ...** : monsieur moi je crois que c'est beaucoup plus à maman et papa qu'il faut s'adresser. Ismaël l'a fait savoir à son frère et peut-être même à papa et maman que c'est parce que pas et maman ne s'accordent pas sur sa paternité que tous ses problèmes commencent. C'est eux qui doivent revoir leurs problèmes et je crois qu'Ismaël va changer.

**Père d'Ismaël...** : je crois que cette situation que vit Ismaël nous a suffisamment perturbé. Je crois qu'Ismaël n'est pas le seul à en souffrir. Ma femme et moi allons nous asseoir pour en parler plus posément. Mais je promets que nous allons améliorer la situation et vraiment travailler pour que nous soyons une vraie famille unie.

**L'autre sœur d'Ismaël...** : ma sœur a raison mais, Ismaël doit dire s'il veut arrêter de prendre la colle forte, bref de se droguer, parce que si on parle tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.

**Ismaël...** : je veux changer, la situation de toute la maison ne me plaît pas, moi-même je fais parfois les efforts pour changer mais c'est difficile que je pense à ma situation dans cette famille. Je veux d'abord que papa et maman me disent la vérité.

**Thérapeute...** : je vous ai écouté attentivement. Ma préoccupation est aussi de savoir si vous êtes prêt à accompagner Ismaël dans son effort à décrocher de la consommation de la drogue. Ismaël connais tu les conséquences de la consommation de la drogue sur la santé ?



**Ismaël...** : (Moment de méditation et d'hésitation) un peu

**Thérapeute...** : quelle est la conséquence la plus grave que tu connais ?

**Ismaël ...** : (Long moment de silence) oui c'est la folie.

**Thérapeute...** : pour tout ce que tu reproches à tes parents et peut être à ton frère et a tes sœurs es-tu prêt à devenir fou ?

**Ismaël...** : (Long moment de silence) non

**Mère d'Ismaël...** : moi j'aime mon mari et mes enfants je suis prêt à tout faire pourvu qu'Ismaël arrête de se droguer et que notre famille soit en harmonie. (Après un temps de latence) Mon fils, il faut que tu arrêtes de te droguer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, nous allons tous t'accompagner.

**Père d'Ismaël...** : moi je veux aider Ismaël à changer son comportement. Je veux aussi que toute la famille l'accompagne dans ses efforts.

**Thérapeute...** : êtes-vous tous prêt à travailler ensemble pour aider Ismaël ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Ismaël ?

**Ismaël...** : je suis d'accord de faire tous les efforts possibles.

**Thérapeute...** : si le médecin lui prescrit des médicaments à prendre régulièrement êtes-vous disposé à souvent lui rappeler gentiment de prendre ses médicaments ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Ismaël ?

**Ismaël...** : je vais arrêter de me droguer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais.

**Père d'Ismaël...** : Si le médecin prescrit les médicaments j'achèterais et je promets à ma famille ici présente et à Ismaël en particulier de changer.

**Ismaël...** : (après un très long silence) papa, maman je vais tout faire pour m'en sortir, je m'engage à faire ce que ce monsieur va me proposer pour sortir de la drogue.

**Thérapeute...** : ok je reste à votre entière disposition et je souhaiterais qu'Ismaël passe ici au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille assez régulièrement pour nous rendre compte de l'évolution. Je le demande aussi aux parents. (Merci collectif)

## **V. Procès-verbaux des entretiens du sujet Kevin**

Les présents procès-verbaux des différents entretiens effectués dans le cadre de ce travail de recherche rendent fidèlement compte du contenu des échanges avec les différents intervenants pour le sujet Kevin.

### **V.1. Procès-verbaux des entretiens avec les parents de Kevin**

Dans le cadre des entretiens avec les parents de l'adolescent Kevin il est question de recueillir les propos de la mère de l'adolescent d'une part et ceux du père d'autres parts, et enfin avoir une rencontre avec les deux parents. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque parent avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus.

#### **V.1.1. Procès-verbal de l'entretien avec la mère de Kevin**

**Madame E...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Madame !

**Madame E...** : monsieur j'ai des problèmes avec mon fils

**Thérapeute** : Vous êtes à la bonne porte, entrez madame. Asseyez-vous. Que puis-je pour vous ?

**Madame E...** : je suis Madame E..., j'ai les problèmes avec mon fils Kevin. Il fait Tle au Lycée de Nkolbisson il a 17 ans.

**Thérapeute** : Qu'elle est le problème Madame ? (Madame E ... garde quelques minutes de silence). Je suis là pour vous aider, dites-moi ce qui ne va pas.

**Madame E...** : mon fils boit beaucoup et se drogue. Quand il consomme sa drogue parfois il convulse même. Il va à l'école quand il veut. Moi j'ai déjà tout fait pour qu'il arrête de fumer mais il ne veut pas.

**Thérapeute** : Quand vous dites que vous avez déjà tout fait qu'est-ce que cela veut dire ?

**Madame E...** : je lui ai parlé, je lui parle même tous les jours, et il ne change pas. J'ai parlé même à ses amis, mais rien ne marche, rien ne change. Rien. Parce qu'il est convaincu que c'est moi qui l'amène se droguer parce que dit-il je ne l'aime pas.

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps qu'il se drogue ?

**Madame E...** : depuis peut être l'âge de 15 ou 16 ans.

**Thérapeute** : Combien d'enfants avez-vous ?

**Madame E...** : quatre enfants mais je n'ai pas de problème avec les autres.

**Thérapeute** : qu'est ce qui s'est passé pour qu'il en arrive à penser que vous ne l'aimez pas ?

**Madame E...** : Un après-midi de retour des classes, j'ai décidé de faire escale chez mon oncle maternel pour une visite de courtoisie, surtout que cet oncle me paraissait bienveillant chaque fois que je lui rendais visite. Malheureusement ce jour alors qu'il n'y avait personne à la maison l'oncle me fit des attouchements indécents. Stupéfaite par ces vilains gestes et insinuations, j'ai cherché à me soustraire de l'étreinte de mon bourreau en vain. De ce viol incestueux naîtra le jeune Kevin, que j'avais même essayé en vain d'évacuer par avortement. J'ai gardé secret de ce viol jusqu'à la mort de mon oncle il y a trois ans, c'est-à-dire au moment où Kevin a 14 ans. J'avais décidé de se confier à ma mère une nuit malheureusement, Kevin n'est pas endormi et il avait suivi cette conversation entre ma mère et moi. Depuis ce jour Kevin me pose des questions et cherche à trouver les explications sur mon comportement vis-à-vis de lui. Il veut savoir pourquoi je lui ai toujours caché son histoire. Il dit que j'ai voulu le tuer. Parce que j'avais dit que j'avais essayé d'avorter. J'étais jeune et je voulais cacher ce qui m'était arrivé chez mon oncle.

**Thérapeute** : avez-vous déjà entrepris une autre démarche pour sortir Kevin de la consommation de la drogue ?

**Madame E...** : Oui monsieur, j'ai parlé avec ses amis, et même ses frères lui parlent mais rien

**Thérapeute** : Depuis combien de temps ?

**Madame E...** : Depuis plus d'un an.

**Thérapeute** : Qu'est-ce que vous voulez concrètement que le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, fasse pour vous ?

**Madame E...** : je veux que vous aidiez Kevin pour qu'il ne fume plus le chanvre et qu'il cesse de boire.

**Thérapeute** : puisque vous dites que vous avez tout fait, que vous avez parlé même à ses meilleurs amis, que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec vos autres enfants ?

**Madame E...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : Si je convoque ses frères pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Madame E...** : Vous pouvez !!! Eux aussi parlent souvent à Kevin.

### **V.1.2. Procès-verbal de l'entretien avec la fratrie de Kevin**

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin...** : Bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin...** : s'il vous plaît monsieur nous avons été convoqués ici au ministère pour un entretien

**Thérapeute** : faites-moi voir la convocation, ah ok s'est vous les frères de Kevin ?

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin...** : Oui monsieur

**Thérapeute** : Prenez place, je vous ai fait venir ici pour parler des problèmes de Kevin

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin...** : d'accord monsieur

**Thérapeute** : oui je veux parler du fait que votre frère se drogue.

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin...** : ok monsieur

**Thérapeute** : qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Kevin à se droguer ?

**2<sup>ème</sup> petit frère de Kevin...** : je ne sais pas. Mais il dit parfois que maman ne l'aime pas

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin...** : il dit aussi que qu'il est la honte de notre famille moi je ne sais pas pour quoi. Quand on demande à maman pourquoi il dit ça, elle ne dit rien

**Thérapeute** : mais que pensez-vous vous-même ?

**2<sup>ème</sup> petit frère de Kevin...** : (un moment de silence puis hochement des épaules)

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin...** : je pense que c'est ses amis avec qui il lave les voitures qui l'entraînent. Beaucoup de gars qui lavent les voitures avec lui fument le chanvre.

**Thérapeute** : vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre frère ?

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin...** : moi ça me dérange beaucoup mais je ne sais pas comment faire pour qu'il arrête

**2<sup>ème</sup> petit frère de Kevin...** : moi j'ai souvent honte surtout quand il convulse. Si vous pouvez l'aider

**Thérapeute** : je vais parler avec Kevin lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin...** : au revoir monsieur.

**2<sup>ème</sup> petit frère de Kevin...** : au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir jeunes hommes

## **V.2. Procès-verbaux des entretiens avec Kevin**

Dans le cadre des entretiens avec l'adolescent Kevin il est question de recueillir ces propos qui nous permettront d'avoir une idée sur son niveau de dépendance avant d'envisager une rencontre familiale. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque sous-système avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus. Nous avons pour des raisons d'efficacité, organisé deux rencontres avec l'adolescent, chacun des entretiens n'excédait pas 60 à 75 minutes. Le premier entretien sert de prise de contact et de mise en confiance de l'adolescent, et l'exploration du niveau de dépendance tout en abordant la question de thérapie et décrochage, le deuxième, sert à envisager l'implication des parents et de la fratrie.

### **V.2.1. Procès-verbal du premier entretien avec Kevin**

**Kevin...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour !

**Kevin...** : je m'appelle Kevin, ma mère m'a demandé de venir ici vous rencontrer.

**Thérapeute** : Vous êtes à la bonne porte, entrez. Asseyez-vous. Ils vous ont dit pourquoi vous devriez me rencontrer ?

**Kevin...** : Elle m'a dit de venir vous voir et que c'est vous qui aller me dire de quoi il est question

**Thérapeute** : ok nous allons parler des choses simples mais importante pour vous, pour votre avenir, votre santé, et pour votre famille. Donc sentez-vous à l'aise. Il n'y a rien de grave.

**Kevin...** : ok monsieur.

**Thérapeute** : vous êtes élève ? Si oui dans quel établissement et quelle classe ?

**Kevin...** : je suis élève en classe de Tle au lycée Technique de Nkolbisson

**Thérapeute** : quel âge avez-vous ?

**Kevin...** : j'ai 17 ans

**Thérapeute...** : vous buvez d'alcool et vous vous droguez ?

**Kevin...** : c'est ce pourquoi ma mère est venu vous voir ? oui je bois un peu et je prends du chanvre souvent

**Thérapeute** : parlez-moi de vos rapports avec vos enseignants et vos camarades

**Kevin...** : Même avec mes camarades je n'ai aucun problème. Pour mes enseignants j'ai parfois des problèmes avec eux.

**Thérapeute** : il s'agissait de quel type de problème ?

**Kevin...** : les problèmes de drogue et de discipline.

**Thérapeute** : plus concrètement que s'est-il passé ?

**Kevin...** : ils disent que je suis un drogué pourtant ils ne m'ont jamais vu avec la drogue. Ils disent que j'entraîne mes camarades mais c'est faux

**Thérapeute** : mais vous venez de m'avouer que vous buvez de l'alcool et que vous vous droguez !!

**Kevin...** : oui mais je ne me drogue jamais à l'école et je n'entraîne personne.

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps que vous vous droguez ?

**Kevin...** : depuis peut être deux ans.

**Thérapeute** : je peux savoir pourquoi tu te drogue ?

**Kevin...** : je ne sais pas mais je n'arrive pas dormir surtout quand je pense à ce que j'avais entendu de la bouche de ma propre mère. Elle avait cherché à m'avorter !!! Je fume le chanvre même à la maison, surtout quand je vais me laver ou quand tout le monde est couché. Je fume et bois chaque jour. C'est les seuls moments où je suis quand-même à l'aise

**Thérapeute...** : que penses-tu de ton père ?

**Kevin...** : Je n'ai jamais connu mon père parce que ma mère n'a aussi jamais voulu me le montrer, elle me dit seulement que mon père l'avait abandonné avec ma grossesse un disant qu'il n'est pas le responsable. Mon père est un lâche mort. Un incestueux, un violeur incapable d'assumer ses actes. Moi je fume et j'assume et je m'en fou

**Thérapeute...** : que penses-tu de ta mère ?

**Kevin...** : Ma mère me dégoûte, elle m'a détesté avant même que je ne vienne au monde, elle ne voulait me laisser aucune chance de vivre ce n'est pas maintenant qu'elle pourra m'aimer sincèrement. Depuis que je suis au courant de l'histoire de ma venue au monde, tout me paraît étrange dans ma famille. J'ai l'impression que tout le monde le savait sauf moi. Je vis par pitié, Dieu a eu pitié de moi sinon je serais la nourriture des asticots. Ma mère n'est pas proche de moi, je n'ai pas de père mon grand père et ma grand-mère sont fatigués, personne ne m'aime. Tout le monde voit seulement ce que je fais de mauvais

**Thérapeute...** : parles-moi de la perception que tu as de votre maison. Je veux dire de là où tu vis.

**Kevin...** : la vie dans cette maison n'a pas de sens pour moi. Si j'avais où aller je serais parti depuis. Je vois que dans cette maison on me donne même la nourriture par pitié. Et ça c'est depuis l'année passée quand j'ai fait savoir à ma mère qu'elle avait essayé de m'avorter

**Thérapeute** : quand tu y penses qu'est ce qui se passe ?

**Kevin...** : je veux seulement fumer c'est tout. Quand je suis avec mes amis ou quand je prends la drogue je me sens très à l'aise. Je peux dormir calmement et en paix. La drogue à un pouvoir qui chasse les mauvais esprits dans ma tête.

**Thérapeute** : Ça se passe comment avec tes frères ?

**Kevin...** : Chacune fait ce qu'elle veut je ne les gère pas.

**Thérapeute** : qu'est-ce que tu penses quand ils te voient dans la drogue ?

**Kevin...** : Ah je ne sais pas.

**Thérapeute** : que penses-tu de tes parents ?

**Kevin...** : je vous ai dit que je n'ai pas de père, c'était un lâche, et ma mère a voulu m'avorter,

**Thérapeute** : que dirais-tu si nous essayons d'en parler avec ta mère et tes frères ?

**Kevin...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : Si je convoque tes frères et ta mère pour en parler, cela te dérangerais ?

**Kevin...** : je ne sais pas (Silence) ha !! Vous pouvez !!!

**Thérapeute** : ok tu peux rentrer à la maison. Mais reviens me voir la semaine prochaine.

**Kevin...** : ok merci monsieur à la semaine prochaine.

### **V.2.2. Procès-verbal du deuxième entretien avec Kevin**

**Kevin...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Kevin !

**Kevin...** : je suis venu pour le rendez-vous, comme vous m'avez demandé la semaine dernière.

**Thérapeute** : entrez. Asseyez-vous. Nous allons continuer notre entretien de la semaine passée. Alors dite moi s'il vous arrive de penser à arrêter boire et de fumer la drogue.

**Kevin...** : oui je veux souvent mais ce n'est pas facile et surtout quand je pense à ma vie et ce que ma mère a essayé de faire quand j'étais dans son ventre. Tout ça m'énerve

**Thérapeute** : donc si maman ne t'énerve plus tu peux arrêter de fumer le chanvre ?

**Kevin...** : peut-être même comme ce n'est pas facile.

**Thérapeute** : que ressents tu encore quand tu penses à tes parents ?

**Kevin...** : mon père a abusé de ma mère et m'a renié. Moi je ressens toujours cela, car je ne me connais pas et je ne me comprends pas moi-même. Quand ces pensées me remplissent le



cerveau je fume un peu pour dormir. Quand je regarde ma mère j'ai de la haine qui monte dans mon esprit.

**Thérapeute :** et si ta mère revenait à des meilleurs sentiments et s'excusait ?

**Kevin...** : (hochement des épaules puis silence).

**Thérapeute :** es-tu prêt à échanger avec ta mère et tes frères en vue de la résolution des problèmes qui te poussent à te droguer ?

**Kevin...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute :** tu permets que je convoque tes frères et ta mère pour en discuter ensemble ?

**Kevin...** : vous pouvez moi je n'ai pas de problème, c'est ma mère qui ne peut pas me regarder dans les yeux pour ce qu'elle avait essayé de faire de ma vie. Pour mes frères je n'ai pas de problème avec eux.

**Thérapeute :** ok tu peux rentrer à la maison. Je vais te faire venir le moment venu pour une rencontre avec eux.

**Kevin...** : ok merci monsieur bonne journée.

### **V.3. Procès-verbal d'entretien avec Kevin en présence de sa fratrie et de sa mère.**

Ici il est essentiellement question d'échanger avec le système familial. Cet entretien, vise à faire converger les compréhensions des membres du système dans le sens de parler du problème que vit la famille et singulièrement Kevin, à stimuler l'instinct de survie chez l'adolescent et à construire l'alliance thérapeutique qui accompagnera l'adolescent dans l'adhésion et l'observance thérapeutique.

**Thérapeute...** : merci d'être venu, entrez et prenez place.

**Mère de Kevin...** : merci monsieur

**Thérapeute...** : bien, aujourd'hui il est pour nous essentiellement question de parler très sincèrement de la situation de consommation de la drogue par Kevin ici présent. Nous allons parler à cœur ouvert et chacun pourra dire comment il envisage de contribuer à aider à mettre fin à cette situation.

**Mère de Kevin...** : monsieur, s'il vous plaît permettez-moi d'abord de dire à mes enfants devant vous que si je suis venu au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille c'est surtout parce que je sais que nous souffrons beaucoup avec le problème de Kevin. Comme je ne savais pas comment vous alliez prendre la nouvelle, c'est pour cela que je suis venu ici voir ce monsieur. Je souhaite que vous revenions à des meilleurs sentiments et que nous aidions Kevin à sortir cette situation. En dehors de ça, il n'y a rien d'autre

**1<sup>er</sup> petit frère de Kevin ...** : monsieur moi aussi je veux dire à maman et mes frères que notre famille a déjà trop de problème pour vivre, vraiment je souhaite que comme nous sommes devant vous que chacun soit conscient et sincère. Je crois que tous ces problèmes que Kevin a proviennent en gros de la mauvaise compagnie et de l'histoire que maman connais et même nous tous.

**Mère de Kevin** : pardon je ne veux pas qu'on revienne sur cette histoire de la naissance de Kevin, si j'ai eu tort je vous demande pardon et si je n'ai pas parler à Kevin c'était pour le protéger et je savais qu'un jour nous allions parler de ça. Malheureusement ça perturbé Kevin. Je lui demande pardon, je suis sa mère et je l'aime tout autant que ses frères.

**2<sup>ème</sup> petit frère de Kevin...** : moi je pense que même si nous devons nous impliquer pour aider kevin à s'en sortir, lui-même doit aussi dire s'il veut arrêter de fumer, parce que si on parler tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.

**Kevin...** : moi je veux que maman me dise toute la vérité. Et peut-être si elle m'avait expliqué ça depuis j'aurais su comment gérer. Moi aussi je vais changer !!!

**Thérapeute...** : je vous ai écouté attentivement. Ma préoccupation est aussi de savoir si vous êtes prêt à accompagner Kevin dans son effort à décrocher de la consommation de la drogue. Kevin connais tu les conséquences de la consommation de la drogue sur la santé ?

**Kevin...** : (Moment de méditation et d'hésitation) oui

**Thérapeute...** : quelle sont les conséquences la plus grave que tu connais ?

**Kevin...** : (Long moment de silence) la folie et la mort

**Thérapeute...** : pour tout ce que tu reproches à ta mère et peut être à tes frère es-tu prêt à devenir fou ou à mourir ?

**Kevin...** : (Long moment de silence) non

**Mère de Kevin...** : mes enfants je suis prêt à tout faire pourvu que Kevin arrête de se droguer et que notre famille soit bien. (Silence) Mon fils, il faut que tu arrêtes de fumer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, je te dirais toute la vérité et nous allons tous t'accompagner moi je suis disposé à t'accompagner et à changer mon comportement vis-à-vis de toi.

**Thérapeute...** : êtes-vous tous prêt à travailler ensemble pour aider Kevin ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Kevin ?

**Kevin...** : je suis d'accord de faire tous les efforts possibles.

**Thérapeute...** : si le médecin lui prescrit des médicaments à prendre régulièrement êtes-vous disposé à souvent lui rappeler gentiment de prendre ses médicaments ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Kevin ?

**Kevin...** : je vais arrêter de fumer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais

**Mère de Kevin...** : Si le médecin prescrit les médicaments j'achèterais et je promets à mes enfants ici présents de changer.

**Kevin...** : (après un très long silence) je voudrais dire à ma mère et mes frères que je vais changer, je vais arrêter de boire et de fumer le chanvre. Je vais faire ce que ce monsieur va me proposer pour sortir de la drogue

**Thérapeute...** : ok je reste à votre entière disposition et je souhaiterais que Kevin passe ici au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille assez régulièrement pour nous rendre compte de l'évolution. Je le demande aussi à toi sa mère. (Merci collectif)

## **VI. Procès-verbaux des entretiens du sujet Jean Didier**

Les présents procès-verbaux des différents entretiens effectués dans le cadre de ce travail de recherche rendent fidèlement compte du contenu des échanges avec les différents intervenants pour le sujet Jean Didier.

### **VI.1. Procès-verbaux des entretiens avec les parents de Jean Didier**

Dans le cadre des entretiens avec les parents de l'adolescent Jean Didier il est question de recueillir les propos de la mère de l'adolescent d'une part et ceux du père d'autres parts, et enfin avoir une rencontre avec les deux parents. L'avantage de cette approche réside dans le

fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque parent avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus.

### **VI.1.1. Procès-verbal de l'entretien avec la mère de Jean Didier**

**Madame F...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Madame !

**Madame F...** : je veux vous voir. On m'a dit que c'est vous qui vous occupez des familles qui ont des problèmes avec leurs enfants.

**Thérapeute** : entrez madame. Asseyez-vous. Que puis-je pour vous ?

**Madame F...** : je suis Madame F..., j'ai les problèmes avec mon fils Jean Didier. Il fréquente au Lycée d'Efoulan en classe de 3<sup>ème</sup>.

**Thérapeute** : Qu'elle est le problème Madame ? dites-moi ce qui ne va pas.

**Madame F...** : mon fils se drogue monsieur il fume le chanvre chaque jour. Il ne part pas à l'école. Moi j'ai déjà tout fait pour qu'il arrête de fumer mais il ne me comprend pas.

**Thérapeute** : Quand vous dites que vous avez déjà tout fait qu'est-ce que cela veut dire ?

**Madame F...** : je lui ai parlé, je lui parle même tous les jours, et il ne change pas. J'ai parlé même à ses amis, mais rien ne marche, rien ne change. Même son père ne parle rien. Il dit que c'est nous qui le dérangeons

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps qu'il se drogue ?

**Madame F...** : depuis peut-être un an

**Thérapeute** : Combien d'enfants avez-vous ?

**Madame F...** : un seul. Il est notre seul enfant.

**Thérapeute** : qu'est ce qui s'est passé pour qu'il en arrive à vous traiter de la sorte ?

**Madame F...** : monsieur je ne sais pas vraiment quoi vous raconter, j'ai eu les problèmes avec le père de Jean Didier avant même sa naissance. Pendant la grosse nous discussions du nom de l'enfant et son père voulait qu'il porte le patronyme de sa famille. Puisqu'il ne m'avait pas encore doté ma famille ne voulait pas que l'enfant porte leur nom. En passant

monsieur son père est Eton et moi je suis Bassa. Voilà la situation qui avait dégénéré jusqu'à ce qu'il m'a fait partir de la maison. Je suis allé accoucher chez mes parents. Qui eux même sont bien fatigué. Il a refusé de s'occuper de nous pourtant il a les moyens, il est chauffeur dans le transport interurbain. Face aux difficultés de la vie j'ai commencé à faire la vente des vivres frais. Le père de Jean Didier n'est revenu nous prendre que quand son fils avait neuf ans. Tout cela l'enfant est au courant et dit souvent qu'il est Eton mais porte un nom Bassa. Il dit aussi que nous ne l'aimons pas, que nous sommes toujours partis et qu'il est laissé à lui-même.

**Thérapeute :** avez-vous déjà entrepris une autre démarche pour sortir Jean Didier de la consommation de la drogue ?

**Madame F...** : Oui monsieur, j'ai parlé avec ses amis, même certain de ses enseignants mais rien ne change.

**Thérapeute :** Depuis combien de temps ?

**Madame F...** : Depuis bientôt un an.

**Thérapeute :** Qu'est-ce que vous voulez concrètement que le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, fasse pour vous ?

**Madame F...** : C'est vous qui savez ce qu'il faut faire, moi je veux seulement que mon fils arrête de se droguer. Qu'il arrête de fumer et de vagabonder.

**Thérapeute :** puisque vous dites que vous avez tout fait, que vous avez parlé même à ses meilleurs amis, que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec votre mari ?

**Madame F...** : pas de problème

**Thérapeute :** Si je convoque votre mari pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Madame F...** : non cela ne me dérange pas, lui aussi parle souvent à Jean Didier, mais il est têtue

### **VI.1.2. Procès-verbal de l'entretien avec le père de Jean Didier**

**Monsieur F...** : Bonjour Monsieur, on m'a convoqué ici.

**Thérapeute :** Bonjour, faite voir la convocation. Assoyez-vous. Vous êtes Monsieur F, le père du jeune Jean Didier ?

**Monsieur F...** : oui Jean Didier c'est mon fils

**Thérapeute** : Comment allez-vous ?

**Monsieur F...** : Assez bien, merci.

**Thérapeute** : comment va la famille ?

**Monsieur F...** : Assez bien, sauf notre fils qui nous dérange

**Thérapeute** : Effectivement je vous ai demandé de venir ici aujourd'hui, pour parler avec vous de quelques problèmes de votre famille précisément de votre fils Jean Didier. En fait, vous êtes au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, et ici nous nous occupons des couples et des familles qui ont des difficultés. C'est-à-dire des couples et familles, où il y a des problèmes entre les conjoints, les enfants, et même tous les autres membres de la famille. Si vous êtes là ce matin, c'est parce que votre femme est venue nous voir, afin que nous vous aidions à résoudre un certain nombre de problèmes que vous avez entre vous et votre fils. Avez-vous des problèmes assez graves dans votre fils Jean Didier ?

**Monsieur F...** : Tous les parents ont les problèmes avec leurs enfants ! mais le cas de Jean Didier est compliqué, il fume la drogue et nous avons déjà tout essayé il est toujours dehors avec ses amis pour fumer la drogue. Si ma femme est venue vous voir, c'est parce qu'elle est dépassée aussi. Jean Didier dit que c'est nous qui faisons qu'il fume le chanvre. Moi je veux savoir comment c'est nous !

**Thérapeute** : votre femme nous a fait savoir que quand elle était enceinte de Jean-Didier vous l'avez répudié en disant que si l'enfant ne porte pas votre patronyme elle rentre dans sa famille !

**Monsieur F...** : oui mais c'est une vieille histoire que nous avons réglé depuis !

**Thérapeute** : comment vivez-vous le fait que votre fils se drogue régulièrement ?

**Monsieur F...** : je vie cette situation avec beaucoup de peine, je crois aussi que c'est à cause de mon travail et de celui de sa mère. Mais on va faire comment ?

**Thérapeute** : je vous comprends Monsieur. Serait-il possible qu'on parle de cette situation ensemble avec votre épouse et votre fils ?

**Monsieur F...** : C'est vous qui savez, si c'est important. Si vous voulez appeler les. Ce que je veux c'est que Jean Didier arrête de se droguer.

**Thérapeute** : je parlerais d'abord avec vous et votre épouse, ensuite avec Jean Didier lui-même et enfin nous aurons une ou plusieurs rencontres avec toute la famille. Ça vous convient ?

**Monsieur F...** : pas de problème monsieur.

**Thérapeute** : je vous ferais appel le moment venu.

**Monsieur F...** : Ok au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir monsieur.

### **I.1.3. Procès-verbal de l'entretien avec les deux parents de Jean Didier**

**Parents de Jean Didier...** : Bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour monsieur et dame, soyez les bienvenus, prenez place je suis à vous. Comment vous allez ? Comment va la famille ? Et comment va Jean Didier ?

**Parents de Jean Didier...** : nous allons un peu bien.

**Thérapeute** : venons-en au fait. Vous savez tous les deux pourquoi nous sommes ici ?

**Parents de Jean Didier...** : Oui monsieur

**Thérapeute** : d'après vous qu'est ce qui arrive à votre fils, du moins qu'est ce qui à votre avis l'amène à se droguer ?

**Mère de Jean Didier...** : (moment de silence) je crois que c'est lié au fait que nous avons beaucoup discuté pour son nom et son père m'a chassé de la maison. Parce ce qu'il dit souvent qu'il ne sait même pas s'il est Bassa ou Eton. Quand je lui réponds qu'il est Eton il me dit pourquoi alors il a un nom bassa

**Thérapeute** : que dites-vous de cette déclaration ?

**Père de Jean Didier...** : (moment de silence avec des gestes de gêne) c'est vrai que nous avons eu des problèmes entre nous pour son nom. C'est aussi vrai que j'ai ce problème à perturbé ma relation avec ma femme et mon fils mais je pense que cela ne devrait pas pousser Jean Didier à se droguer car les problèmes entre sa mère et moi ne le concerne pas ! (Après un

temps de latence) euh ! Le constat de la consommation de la drogue par mon fils a été un grand choc pour moi. C'est vrai que je n'ai pas été tendre envers ma femme, mais je crois que tout le monde peut comprendre ma réaction.

**Thérapeute :** qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Jean Didier à se droguer ?

**Père de Jean Didier :** je ne sais pas. Parfois il dit que c'est à cause de nous, mais je l'ai dit, les enfants n'ont rien à voir dans les problèmes des parents.

**Mère de Jean Didier :** il se souvient souvent de ce qu'il n'a vu son père qu'à l'âge de neuf ans et il conclut que son père ne l'aime pas. Qu'il le déteste. Et parfois il dit que nous l'énervons.

**Thérapeute :** mais que pensez-vous, vous-même ?

**Mère de Jean Didier :** (un moment de silence puis hochement des épaules)

**Père de Jean Didier :** je ne peux pas détester mon propre fils, il n'y est pour rien c'est sa mère et sa famille qui m'avaient poussé à bout. Mon fils n'y est pour rien

**Mère de Jean Didier :** je pense aussi qu'il a de la mauvaise compagnie et j'en parle souvent à son père qui ne s'en préoccupe pas tant que ça. C'est aussi vrai que nous sommes chacun parti mais si on ne sort pas il va manger quoi ? nous essayons de lui donner tout ce dont il a besoin !

**Thérapeute :** vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre fils ?

**Père de Jean Didier :** moi ça me dérange beaucoup mais je ne sais pas comment faire pour qu'il arrête

**Mère de Jean Didier :** je suis malade de ça, je ne dors pas. Je ne supporte pas le voir dans cet état. Moi je suis dépassée, Parfois je pleure toute la nuit, surtout quand il est inconscient à cause de la drogue. Si vous pouvez l'aider.

**Thérapeute :** nous allons l'aider ensemble si vous voulez, je vais parler avec Jean Didier lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Père de Jean Didier :** au revoir monsieur.

**Mère de Jean Didier :** au revoir monsieur.



**Thérapeute** : au revoir Monsieur et dame.

## **VI.2. Procès-verbaux des entretiens avec Jean Didier**

Dans le cadre des entretiens avec l'adolescent Jean Didier il est question de recueillir ces propos qui nous permettront d'avoir une idée sur son niveau de dépendance avant d'envisager une rencontre familiale. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque sous-système avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus. Nous avons pour des raisons d'efficacité, organisé deux rencontres avec l'adolescent, chacun des entretiens n'excédait pas 60 à 75 minutes. Le premier entretien sert de prise de contact et de mise en confiance de l'adolescent, et l'exploration du niveau de dépendance tout en abordant la question de thérapie et décrochage, le deuxième, sert à envisager l'implication des parents et de la fratrie.

### **VI.2.1. Procès-verbal du premier entretien avec Jean Didier**

**Jean Didier...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour !

**Jean Didier...** : je suis Jean Didier mon père et ma mère m'ont demandé de venir ici vous rencontrer.

**Thérapeute** : entrez et assoyez-vous. Ils vous ont dit pourquoi vous devriez me rencontrer ?

**Jean Didier...** : Non. Ils m'ont seulement dit que c'est important et que vous allez me dire.

**Thérapeute** : ok nous allons parler des choses simples mais importante pour vous, pour votre avenir, votre santé, et pour votre famille. Donc sentez-vous à l'aise. Il n'y a rien de grave.

**Jean Didier...** : ok

**Thérapeute** : vous êtes élève ? Si oui dans quel établissement et quelle classe ?

**Jean Didier...** : je suis élève en classe de 3<sup>ème</sup> au Lycée d'Effoulan et

**Thérapeute** : quel âge avez-vous ?

**Jean Didier...** : j'ai 16 ans.

**Thérapeute...** : vous vous droguez ?

**Jean Didier...** : Je ne suis pas un drogué ! Mes parents racontent partout que je suis un toxicomane et que je vagabonde. Si je fume où est leur problème là-dedans ? Si je suis toujours avec mes potes, eux même ils sont souvent là ? S'ils ont des problèmes ça les regarde c'est leur problème ! Moi je n'ai pas de problème. Monsieur vous savez, mes parents ont leurs problèmes et ça les regarde. Mon père à refuser de me voir quand ma mère m'a accouché. Ceci à cause du nom

**Thérapeute** : parlez-moi de vos rapports avec vos enseignants et vos camarades

**Jean Didier...** : Ah pour mes enseignants je n'ai pas de problème avec eux. C'est vrai que j'ai déjà souvent quelques soucis avec le surveillant général mais ça va

**Thérapeute** : il s'agissait de quel type de soucis ?

**Jean Didier...** : les problèmes de drogue et de discipline.

**Thérapeute** : plus concrètement il s'agit de quoi ?

**Jean Didier...** : le surveillant dit toujours que ma tenue est sale. Dès qu'il voit les élèves en groupe c'est toujours mon nom qu'il appelle il a dit que c'est moi le chef.

**Thérapeute** : nous reviendrons sur la question de drogue après. Avec tes camarades ça se passe comment ?

**Jean Didier...** : moi je n'ai de problème avec personne dans la classe. D'ailleurs je ne cause même pas beaucoup avec eux

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps que vous vous droguez ?

**Jean Didier...** : un an.

**Thérapeute** : je peux savoir pourquoi tu te drogues ?

**Jean Didier...** : je ne sais pas (moment de silence) c'est mes parents, mon père et ma mère sont des vrais irresponsables mais surtout mon père. Il m'énerve. (Encore un moment de silence) parfois je ne veux même pas les voir. Ils m'énervent.

**Thérapeute...** : que penses-tu de ta relation avec ton père ?

**Jean Didier...** : mon père m'abandonné pour le nom. Même s'il avait raison il devrait penser à moi avec de chasser ma mère de la maison. Il ne s'est pas occupé de moi quand j'étais bébé. Mon père ne m'a pas accompagné dans mes premiers pas sur le chemin de l'école, pourtant c'est très important. Mon père ne venait même pas me voir. C'est comme

s'il m'avait rejeté. Quand ces pensées me remplissent le cerveau je fume un peu pour dormir.

**Thérapeute...** : que penses-tu de ta mère ?

**Jean Didier...** : ma mère a appris à m'abandonner seule entre les mains des autres, je me demande si elle était obligée de m'accoucher, si elle savait qu'elle est préoccupée par d'autres choses. Dans tout ça mon père était quelque part dans la ville, c'est ça qui me rend souvent très nerveux quand j'y pense. Ma mère a vécu ça seule à cause d'une affaire de nom. Il me semble que ma mère n'a pas fait un effort de réconciliation avec mon père alors qu'elle pouvait bien laisser mon père me donner un nom Eton. J'ai un nom Bassa alors que je suis un Eton. Il a fallu que la famille de mon père vienne négocier quand j'étais déjà au cours élémentaire deuxième année pour que je rentre vivre avec ma mère chez mon père. Ma mère a appris à m'abandonner seule entre les mains des autres, je me demande si elle était obligée de m'accoucher, si elle savait qu'elle est préoccupée par d'autres choses. Dans tout ça mon père était quelque part dans la ville, c'est ça qui me rend souvent très nerveux quand j'y pense

**Thérapeute...** : parles-moi de la perception que tu as de votre maison. Je veux dire de là où tu vis.

**Jean Didier...** : mes parents cherchent de l'argent et on ne voit même pas cet argent-là, c'est vrai qu'ils ont construit une maison, mieux elle m'avortait ; chez nous c'est le Texas, le champ libre, ils font semblant quand ils sont là, mais je me demande combien de temps ils passent combien de temps avec moi, car pour moi pour me connaître il faut bien vivre avec moi

**Thérapeute** : quand tu t'énerve qu'est ce qui se passe ?

**Jean Didier...** : je n'ai pas souvent envie d'y penser, parce que, je suis le point de discorde de mes parents. Pendant une période je les entendais dire qu'ils vont faire le jugement supplétif pour me reconnaître. Mais la question de mon nom reste toujours sans solution. Mes parents sont cruels.

**Thérapeute** : que penses-tu de tes parents ?

**Jean Didier...** : mes parents sont des méchants, je les en veux, il vaut mieux ne pas penser à eux, car c'est des irresponsables purs et simples. Heureusement que j'ai des amis qui m'aiment bien, et me soutiennent sinon, c'est que je me suis même déjà suicidé. Il m'arrive de passer des jours sans dormir, surtout quand je n'ai pas la drogue.

**Thérapeute** : que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec vos parents ?

**Jean Didier...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : Si je convoque vos parents pour en discuter, cela vous dérangerait ?

**Jean Didier...** : je ne sais pas (Silence) ha !! Vous pouvez, mais je ne sais pas si ça va changer quelque chose !!!

**Thérapeute** : ok vous pouvez rentrer à la maison. Mais revenez me voir la semaine prochaine.

**Jean Didier...** : ok merci monsieur à la semaine prochaine.

### **VI.2.2. Procès-verbal du deuxième entretien avec Jean Didier**

**Jean Didier...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Jean Didier !

**Jean Didier...** : je suis venu pour le rendez-vous, comme vous m'avez demandé la semaine dernière.

**Thérapeute** : entrez. Asseyez-vous. Nous allons continuer notre entretien de la semaine passée. Alors dites moi s'il vous arrive de penser à arrêter de fumer la drogue.

**Jean Didier...** : oui je veux souvent mais quand je suis énervé, si je ne fume pas je peux faire quelque chose de grave à quelqu'un

**Thérapeute** : donc si papa et maman ne t'énervent plus tu peux arrêter de fumer le chanvre ?

**Jean Didier...** : peut-être, je ne sais pas !

**Thérapeute** : que ressents-tu encore quand tu penses à tes parents ?

**Jean Didier...** : je suis un enfant abandonné même comme mon père et ma mère vivent, ma place n'est pas ici, je ne sais pas ce que j'ai fait à Dieu pour avoir le genre de parent ci. Mon papa et ma mère sont de gros irresponsables. L'argent est leur priorité. J'ai même des amis qui vivent avec leur oncle ou leur tante et ils sont bien encadrés, mais moi ce n'est pas cela, je suis seul comme si mes parents sont morts

**Thérapeute** : et si ton père et ta mère revenaient à des meilleurs sentiments ?

**Jean Didier...** : (hochement des épaules puis silence).

**Thérapeute** : es-tu prêt à échanger avec tes parents, en vue de la résolution des problèmes qui te poussent à te droguer ?

**Jean Didier...** : (Quelques minutes de silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute** : vous permettez que je convoque vos parents pour en discuter ensemble ?

**Jean Didier...** : (Silence) ha !! Vous pouvez ! si c'est important. Si vous voulez appeler les !

**Thérapeute** : ok vous pouvez rentrer à la maison. Je vais vous faire venir le moment venu pour une rencontre avec eux.

**Jean Didier...** : ok merci monsieur bonne journée.

### **VI.3. Procès-verbal d'entretien avec Jean Didier en présence de ses parents.**

Ici il est essentiellement question d'échanger avec le système familial. Cet entretien, vise à faire converger les compréhensions des membres du système dans le sens de parler du problème que vit la famille et singulièrement Jean Didier, à stimuler l'instinct de survie chez l'adolescent et à construire l'alliance thérapeutique qui accompagnera l'adolescent dans l'adhésion et l'observance thérapeutique.

**Père de Jean Didier...** : bonjour monsieur ! je suis là avec ma femme et mon fils.

**Thérapeute...** : merci d'être venu, entrez et prenez place.

**Mère de Jean Didier...** : merci monsieur

**Thérapeute...** : bien, aujourd'hui il est pour nous essentiellement question de parler très sincèrement de la situation de consommation de la drogue par Jean Didier ici présent. Nous allons parler à cœur ouvert et chacun pourra dire comment il envisage de contribuer à aider à mettre fin à cette situation.

**Mère de Jean Didier...** : si je suis venu au Ministère de la promotion de la femme et de la famille c'est surtout parce que j'aime mon fils et mon mari. Je veux le dire avant que la parole soit donnée à mon mari et mon fils. Comme nous avons essayé de résoudre ce problème de consommation de drogue par Jean Didier sans succès, c'est pour cela que je suis venu ici voir ce monsieur. Je souhaite que vous revenions à des meilleurs sentiments et que nous aidions Jean Didier à sortir cette situation. Monsieur, bien que mon mari et moi sommes responsables

de cette situation, moi je crois que tous ces problèmes que Jean Didier a proviennent aussi de sa compagnie.

**Père de Jean Didier...** : cette situation nous fait tous très mal, je sais que j'ai commis beaucoup d'erreurs dans ma vie de famille, mais je ne suis pas le seul responsable ma femme m'y a souvent poussé par ses paroles. Mais, Jean Didier doit aussi dire s'il veut arrêter de fumer, parce que si on parler tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.

**Jean Didier...** : S'ils changent moi aussi je vais changer !!!

**Thérapeute...** : je vous ai écouté attentivement. Ma préoccupation est aussi de savoir si vous êtes prêt à accompagner Jean Didier dans son effort à décrocher de la consommation de la drogue. Jean Didier connais tu les conséquences de la consommation de la drogue sur la santé ?

**Jean Didier...** : (Moment de méditation et d'hésitation) un peu

**Thérapeute...** : quelles sont les conséquences que tu connais ?

**Jean Didier...** : (Long moment de silence) la folie et la mort.

**Thérapeute...** : pour tout ce que tu reproches à tes parents es-tu prêt à devenir fou ou à mourir ?

**Jean Didier...** : (Long moment de silence et sanglots) non

**Mère de Jean Didier...** : je suis prêt à tout faire pourvu que Jean Didier arrête de se droguer (Après un temps de latence) hum ! Mon fils, il faut que tu arrêtes de fumer. Nous savons tous que ce n'est pas facile, nous allons tous t'accompagner et nous allons aussi résoudre le problème qui te dérange.

**Père de Jean Didier...** : moi je suis disposé à l'accompagner et à changer mon comportement vis-à-vis de lui et de ma femme

**Thérapeute...** : êtes-vous tous prêt à travailler ensemble pour aider Jean Didier ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Jean Didier ?

**Jean Didier...** : je suis d'accord de faire tous les efforts possibles.

**Thérapeute...** : si le médecin lui prescrit des médicaments à prendre régulièrement êtes-vous disposé à souvent lui rappeler gentiment de prendre ses médicaments ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Jean Didier ?

**Jean Didier...** : je vais arrêter de fumer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais

**Père de Jean Didier...** : Si le médecin prescrit les médicaments j'achèterais.

**Jean Didier...** : (après un très long silence) je promets de changer et d'aller régulièrement à l'école. Je vais arrêter de fumer la drogue.

**Thérapeute** : ok je reste à votre entière disposition et je souhaiterais que Jean Didier passe ici au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille assez régulièrement pour nous rendre compte de l'évolution. Je le demande aussi aux parents. (Merci collectif)

## **VII. Procès-verbaux des entretiens du sujet Yannick**

Les présents procès-verbaux des différents entretiens effectués dans le cadre de ce travail de recherche rend fidèlement compte du contenu des échanges avec les différents intervenants pour le sujet Yannick.

### **VII.1. Procès-verbaux des entretiens avec les parents de Yannick**

Dans le cadre des entretiens avec les parents de l'adolescent Yannick il est question de recueillir les propos de la mère de l'adolescent d'une part et ceux du père d'autres parts, et enfin avoir une rencontre avec les deux parents. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrions avoir les versions séparées de chaque parent avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus.

#### **VII.1.1. Procès-verbal de l'entretien avec la mère de Yannick**

**Madame G...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour Madame !

**Madame G...** : je suis venu vous voir ici au ministère pour vous présenter un problème que j'ai avec mon fils Yannick. Je veux rencontrer celui qui, s'occupe des familles qui ont les problèmes avec leurs enfants.

**Thérapeute :** Vous êtes à la bonne porte, entrez madame. Asseyez-vous. Que puis-je pour vous ?

**Madame G...** : je suis Madame F..., j'ai les problèmes avec mon fils Yannick.

**Thérapeute :** Qu'elle est le problème Madame ? (Madame G ... garde quelques minutes de silence et prend un air grave). Prenez votre temps Je suis là pour vous aider, dites-moi ce qui ne va pas.

**Madame G...** : mon fils se drogue monsieur il fume le chanvre au point où je suis dépassé. Moi j'ai déjà tout fait pour qu'il arrête de fumer mais il ne me comprend pas.

**Thérapeute :** Quand vous dites que vous avez déjà tout fait qu'est-ce que cela veut dire ?

**Madame G...** : je lui ai parlé, je lui parle même tous les jours, et il ne change pas. J'ai parlé même à ses amis, mais rien ne marche, rien ne change.

**Thérapeute :** c'est depuis combien de temps qu'il se drogue ?

**Madame G...** : depuis peut-être deux ans.

**Thérapeute :** Combien d'enfants avez-vous ?

**Madame G...** : Cinq enfants. Yannick est dernier né. Il a quatre grand frère.

**Thérapeute :** selon vous, qu'est ce qui s'est passé pour qu'il en arrive à se droguer ?

**Madame G...** : je ne sais pas. Je sais seulement qu'il est au courant du fait que son père m'avait répudié par ce qu'il attendait que je lui fasse plutôt un garçon car il nous en avions déjà quatre. Je ne sais pas comment mais il sait aussi que j'ai essayé de commettre un avortement. Moi-même ça me dérange beaucoup. C'est peut-être pour ça qu'il est toujours en colère contre son père moi et ça le pousse à fumer. Je ne sais pas.

**Thérapeute ... :** que pensez-vous de cette déclaration quand il dit que c'est à cause de vous qu'il fait ça.

**Madame G...** : (hochement des épaules suivi d'un long silence)

**Thérapeute...** : Qu'elle est l'ambiance familiale chez vous ? je veux dire le climat entre vous et vos enfants ?

**Madame G...** : avec les autres enfants ça va c'est Yannick qui nous crée des soucis. Ce n'est pas facile, il est violent. Il sort beaucoup je parle c'est la violence.



**Thérapeute :** avez-vous déjà entrepris une autre démarche pour sortir Yannick de la consommation de la drogue ?

**Madame G...** : Oui monsieur, j'ai parlé avec ses amis, mais rien ne change.

**Thérapeute :** Depuis combien de temps ?

**Madame G...** : Depuis bientôt un an.

**Thérapeute :** Qu'est-ce que vous voulez concrètement que le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, fasse pour vous ?

**Madame G...** : c'est vous qui arrangé les problèmes dans les familles !!! C'est vous qui savez ce qu'il faut faire, moi je veux seulement que mon fils arrête de se droguer. Qu'il arrête de fumer et de vagabonder. Je veux aussi que ma famille soit dans la paix comme les autres familles.

**Thérapeute :** Ok madame je vais aussi écouter le père de votre fils puis nous allons en reparler tous les trois comme je vous l'ai dit.

**Madame G...** : (Quelques minutes de silence) d'accord monsieur.

#### **VII.1.2. Procès-verbal de l'entretien avec le Père de Yannick**

**Monsieur G...** : bonjour Monsieur.

**Thérapeute :** Bonjour, entrez ! Asseyez-vous. Le père du jeune Yannick ?

**Monsieur G...** : oui je suis le père de Yannick.

**Thérapeute :** Comment allez-vous ?

**Monsieur G...** : Assez bien, merci.

**Thérapeute :** comment va la famille ?

**Monsieur G...** : (quelques minutes de silence) Assez bien.

**Thérapeute :** En fait, vous êtes au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, et ici nous nous occupons des couples et des familles qui ont des difficultés. C'est-à-dire des couples et familles, où il y a des problèmes entre les conjoints, les enfants, et même tous les autres membres de la famille. Si vous êtes là ce matin, c'est parce que vous et votre épouse

êtes venues nous voir, afin que nous vous aidions à résoudre un certain nombre de problèmes que vous avez entre vous et votre fils. Avez-vous des problèmes assez graves avec votre fils Yannick, et votre épouse ? si oui pouvez-vous m'en a parlé ? Mais moi je veux aussi avoir votre idée sur la consommation de la drogue par votre fils.

**Monsieur G...** : j'ai eu des problèmes avec mon épouse depuis des années et nous ne sommes plus ensemble ! je ne sais pas pourquoi je suis convoqué ici ! j'ai appris que Yannick se drogue, mais c'est l'éducation que sa mère lui donne ! Yannick ne vient jamais chez moi ! parfois ses frères y font un tour c'est tout.

**Thérapeute** : comment se passent les rapports entre vous, votre épouse et vos les enfants ?

**Monsieur G...** : comme je l'ai dit, je n'ai presque pas de contact avec eux. Ils vivent ailleurs et moi je vie ailleurs. Je me suis remarié et je suis chez moi. Quelques fois les frères aînés de Yannick viennent chez moi mais lui jamais.

**Thérapeute** : comment vivez-vous le fait que votre fils se drogue régulièrement ?

**Monsieur G...** : je ne vis pas avec lui donc je ne sais même comment ça commencé. Mais ça me dérange (moment de silence) c'est quand même mon fils ! même si on ne se voit pas et que sa mère là intoxiqué.

**Thérapeute** : qu'en pensez-vous quand il dit que c'est à cause de vous ?

**Monsieur G...** : (moment de silence) je ne sais pas il dit souvent qu'il me déteste. Je ne sais pas il est parfois violent me dit-on

**Thérapeute** : je vous comprends Monsieur. Serait-il possible qu'on parle de cette situation ensemble avec votre épouse et vos enfants ?

**Monsieur G...** : c'est important que les enfants soient là ? Ha ! C'est vous qui savez. ... si vous voulez appeler les. Si ça peut aider Yannick tant mieux

**Thérapeute** : je parlerais d'abord avec les frères de Yannick puis Yannick lui-même et enfin nous aurons une ou plusieurs rencontres avec toute la famille. Ça vous convient ?

**Monsieur G...** : pas de problème monsieur.

**Thérapeute** : je vous ferais appel le moment venu.

**Monsieur G...** : Ok au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir monsieur.

### **II.1.3. Procès-verbal de l'entretien avec la fratrie de Yannick**

**Frères de Yannick...** : Bonjour monsieur

**Thérapeute** : bonjour jeunes hommes,

**Frères de Yannick...** : s'il vous plait monsieur nous avons été convoqués ici au ministère de la promotion de la femme et de la famille pour un entretien.

**Thérapeute** : faites-moi voir la convocation, ah ok s'est vous les frères de Yannick ?

**Frères de Yannick...** : oui monsieur

**Thérapeute** : Prenez place, si je vous ai fait venir ici pour parler des problèmes de Yannick

**Frères de Yannick...** : ok maman nous a un peut parler de cette rencontre.

**Thérapeute** : oui je veux parler du fait que voute frère se drogue.

**Frères de Yannick...** : ok

**Thérapeute** : qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Yannick à se droguer ?

**Frère aîné de Yannick** : très souvent il dit que c'est à cause de papa je ne sais pas.

**2<sup>nd</sup> frère de Yannick** : il dit aussi que papa ne l'aime pas. Que papa le déteste.

**Thérapeute** : mais que pensez-vous vous-même ?

**Frère aîné de Yannick** : (un moment de silence)

**3<sup>ème</sup> frère de Yannick** : c'est aussi vrai qu'on nous dit que papa avait chassé maman de la maison parce qu'il voulait qu'elle accouche une fille à la place de Yannick. Ça nous met mal à l'aise et surtout Yannick. Mais je ne sais pas si c'est pour cela que Yannick se drogue comme il le fait !

**Frère aîné de Yannick** : Moi je crois que c'est les effets de la mauvaise compagnie. C'est ses amis qui l'entraînent.

**Thérapeute** : vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre frère ?

**4<sup>ème</sup> frère de Yannick :** ça me dérange surtout que, ça rend maman très triste et même malheureuse.

**Frère aîné de Yannick :** ça me dérange aussi mais je vais faire comment ? Si vous pouvez l'aider ça me fera beaucoup plaisir.

**Thérapeute :** je vais parler avec Yannick lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Frères de Yannick :** au revoir monsieur.

**Thérapeute :** au revoir jeunes hommes.

#### **VII.1.4. Procès-verbal de l'entretien avec les deux parents de Yannick**

**Parents de Yannick :** Bonjour monsieur

**Thérapeute :** bonjour monsieur et dame, soyez les bienvenus, prenez place. Ok je suis à vous. Comment vous allez ?

**Parents de Yannick... :** assez bien par la Grâce de Dieu.

**Thérapeute :** venons-en au fait. Vous savez tous les deux pourquoi nous sommes ici ?

**Parents de Yannick... :** Oui monsieur

**Thérapeute :** d'après vous qu'est ce qui arrive à votre fils, du moins qu'est ce qui à votre avis l'amène à se droguer ?

**Mère de Yannick... :** (long moment de silence avec des regards fuyants) il dit parfois que c'est nous qui faisons qu'il fume. C'est très dur pour moi.

**Thérapeute :** que dites-vous de cette déclaration ?

**Père de Yannick... :** Le jour où j'ai su que le petit Yannick se droguait, j'étais étonné. C'est vrai que je n'ai jamais vécu avec lui mais s'il arrive à la drogue c'est qu'il y a un problème. Je crois que c'est sa mère qui peut mieux expliquer ce qui se passe. (Moment de silence avec des gestes de gêne) c'est vrai que nous avons des problèmes entre nous. Mais je n'imagine pas que ça aille au point de pousser mon fils à se droguer !

**Thérapeute :** qu'est ce qui à votre avis peut avoir amené Yannick à se droguer ?

**Père de Yannick...** : je ne sais pas. Parfois il dit que c'est à cause de nous, mais je crois que, les enfants n'ont rien à voir dans les problèmes des parents.

**Mère de Yannick...** : il dit aussi que son père ne l'aime pas. Qu'il le déteste. Et parfois il dit que nous l'énermons. Je crois aussi que la mauvaise compagnie y est pour quelque chose.

**Thérapeute** : mais que pensez-vous, vous-même ?

**Mère de Yannick...** : (silence puis hochement des épaules)

**Père de Yannick...** : ce n'est pas que je ne l'aime pas mais c'est un problème que j'ai eu avec sa mère. C'est vrai aussi que j'ai eu un coup de colère à son arrivée au monde mais je crois que c'est passé. Je ne le déteste pas. C'est aussi les idées que sa famille maternelle lui met dans la tête !

**Thérapeute** : vous-même comment vivez-vous cette situation de toxicomanie de votre fils ?

**Père de Yannick...** : si je suis venu vous voir c'est parce que ça me dérange !

**Mère de Yannick...** : moi je suis dépassée. Si vous pouvez l'aider, monsieur s'il vous plaît.

**Thérapeute** : nous allons l'aider ensemble si vous voulez, je vais parler avec Yannick lui-même. Je vais vous appeler encore le moment venu.

**Père de Yannick...** : au revoir monsieur.

**Mère de Yannick...** : au revoir monsieur.

**Thérapeute** : au revoir Monsieur et Dame.

## **VII.2. Procès-verbaux des entretiens avec Yannick**

Dans le cadre des entretiens avec l'adolescent Yannick il est question de recueillir ces propos qui nous permettront d'avoir une idée sur son niveau de dépendance avant d'envisager une rencontre familiale. L'avantage de cette approche réside dans le fait que nous pourrons avoir les versions séparées de chaque sous-système avant de les croiser pour extraire et analyser les contenus. Nous avons pour des raisons d'efficacité, organisé deux rencontres avec l'adolescent, chacun des entretiens n'excédait pas 60 à 75 minutes. Le premier entretien sert de prise de contact et de mise en confiance de l'adolescent, et l'exploration du niveau de dépendance tout en abordant la question de thérapie et décrochage, le deuxième, sert à envisager l'implication des parents et de la fratrie.

### VII.2.1. Procès-verbal du premier entretien avec Yannick

**Yannick...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute** : Bonjour !

**Yannick...** : je viens de la part de monsieur et madame G. je suis leur fils je m'appelle Yannick. Ils m'ont demandé de venir ici vous rencontrer.

**Thérapeute** : Vous êtes à la bonne porte, entrez. Asseyez-vous. Ils vous ont dit pourquoi vous devriez me rencontrer ?

**Yannick...** : ma mère m'a expliqué un peu, mais elle a dit que c'est vous qui allez mieux m'expliquer.

**Thérapeute** : ok nous allons parler des choses simples mais importante pour vous, pour votre avenir, votre santé, et pour votre famille. Donc sentez-vous à l'aise. Il n'y a rien de grave d'aussi grave. Parlons un peu du tatouage que tu portes là. Ça traduit quoi ?

**Yannick...** : (très calmement) je l'ai fait comme ça. C'est une flèche et sur une étoile. Ça veut dire que je suis comme une flèche, je vais vite, et je suis comme une étoile, je brille.

**Thérapeute** : vous êtes élève ? Si oui dans quel établissement et quelle classe ?

**Yannick...** : je ne fréquente pas. J'ai laissé l'école en 4<sup>ème</sup> année, mais je connais un peu la mécanique.

**Thérapeute** : quel âge avez-vous ?

**Yannick...** : j'ai 17 ans.

**Thérapeute** : vous vous droguez ?

**Yannick...** : un peu parfois je fume le cannabis de temps en temps. Chaque fois que je fume avec mes pots, je dors seulement je ne ressens rien.

**Thérapeute** : parlez-moi de vos rapports avec vos amis

**Yannick...** : Avec mes amis je n'ai pas de problèmes d'ailleurs c'est ma vraie famille.

**Thérapeute** : c'est depuis combien de temps que vous vous droguez ?

**Yannick...** : depuis un an et demi.

**Thérapeute** : je peux savoir pourquoi vous vous droguez ?

**Yannick...** : (moment de silence) c'est pour me calmer quand je suis énervé. Quand je pense à ma vie et aux souffrances de ma mère alors que mon père est là, il l'a chassé parce que je suis né garçon. C'est bien n'est-ce pas il a pris une autre femme et il a déjà les filles ! je n'ai rien contre mes demi sœurs mais c'est elles qui vont lui montrer le feu. On nous raconte d'ailleurs qu'un jour, mon père et ma mère eurent une vive querelle, et mon père dit à ma mère que tu vas rester avec tes bâtards, tu n'es pas capable de me faire une fille. J'ai assez de garçons comme ça. Ça suffit je n'en ai plus besoin. Quand je pense à tout ça je n'arrive pas à dormir, mais quand je me drogue bien je dors aussi très bien

**Thérapeute** : que pensez-vous de votre relation avec votre père ?

**Yannick...** : c'est un irresponsable qui ne m'a jamais aimé. C'est un méchant, c'est pourquoi il a nous a chassé de sa maison

**Thérapeute** : que pensez-vous de votre mère ?

**Yannick...** : Parfois j'ai même pitié d'elle. Ma mère toute seule ne peut pas tout faire seule sinon qu'elle se débrouille à faire ce qu'elle peut, seulement elle est quelque peu comme dépassée. Je sais c'est mon père qui a cherché à m'éliminer parce qu'il ne me voulait pas. Il a forcé ma mère, c'est pour me protéger que ma mère a dû le quitter, mais je ne m'entends pas trop avec elle parce qu'elle a essayé quand même de m'avorter pour plaire à son mari.

**Thérapeute** : parlez-moi de la perception que vous avez de votre maison. Je veux dire de là où vous vivez.

**Yannick...** : pour notre maison il n'y a pas de problème. On s'entend assez bien sauf ma mère qui de temps en temps me cris dessus parce que je fume mais et ça la rend triste et aussi elle revient souvent sur le fait que j'avais arrêté de fréquenter. Avec mes frères je n'ai pas de problème. Maman dit aussi que je me promène trop et que c'est mes amis qui font que je me drogue.

**Thérapeute** : quand vous vous énervez qu'est ce qui se passe ?

**Yannick...** : quand je m'énerve ou je sens la colère venir je fume et ça me calme. La drogue me fait dormir bien et en paix. Quand je suis avec mes amis ou quand je prends la drogue je me sens très à l'aise. Je peux dormir calmement et en paix.

**Thérapeute :** Ça se passe comment avec vos frères ?

**Yannick...** : je vous ai dit que je n'ai pas de problème avec eux. Sauf que parfois ils font comme si eux aussi ont des problèmes avec moi mais je n'en fou. Mais pour le reste ça va.

**Thérapeute :** qu'est-ce que vous pensez quand ils vous voient dans la drogue ?

**Yannick...** : moi je ne penser rien. Parfois ils font comme s'ils sont trop fâchés de moi. Parfois ils font comme s'ils veulent me donner des conseils.

**Thérapeute :** que pensez-vous de tes parents ?

**Yannick...** : j'ai ma mère, mais mon père je ne l'aime pas. Chacun est de son côté.

**Thérapeute :** que diriez-vous si nous essayons d'en parler avec tes parents ?

**Yannick...** : (Silence puis hochement des épaules)

**Thérapeute :** Si je convoque vos frères et vos parents pour en parler, cela vous dérangerait ?

**Yannick...** : je ne sais pas (Silence) mais pour mon père (silence) sa présence peut m'énerver. Bon beh !! Vous pouvez, je suis là ! Si ça peut aider tant mieux !

**Thérapeute :** ok vous pouvez rentrer à la maison. Mais revenez me voir la semaine prochaine.

**Yannick...** : ok merci monsieur à la semaine prochaine.

### **VII.2.2. Procès-verbal du deuxième entretien avec Yannick**

**Yannick...** : Bonjour Monsieur !

**Thérapeute :** Bonjour Yannick !

**Yannick...** : c'est pour notre rendez-vous monsieur.

**Thérapeute :** entrez assoyez-vous. Nous allons continuer notre entretien de la semaine passée. Alors dite moi s'il vous arrive de penser à arrêter de fumer la drogue.

**Yannick...** : Parfois oui il m'arrive de chercher à arrêter de fumer mais ce n'est pas facile. J'essaye mais mon père m'énerve, tout m'énerve.

**Thérapeute :** donc si rien ne vous énerve plus vous pouvez-vous arrêter de vous droguer ?



**Yannick...** : je ne sais pas. Mais je peux faire des efforts si ma mère arrête de se crier dessus et pour mon père (silence) je ne sais pas.

**Thérapeute** : que ressentez-vous encore quand vous pensez à votre père ?

**Yannick...** : mon père est injuste et irresponsable. J'ai souvent envie même de lui faire quelque chose qu'il n'oubliera jamais dans sa vie.

**Thérapeute** : et si votre père revenait à des meilleurs sentiments ?

**Yannick...** : (pas de réponse. Silence).

**Thérapeute** : êtes-vous prêt à échanger avec vos parents et vos frères, en vue de la résolution des problèmes qui te poussent à te droguer ?

**Yannick...** : (pas de réponse)

**Thérapeute** : vous permettez que je convoque vos frères et vos parents pour en discuter ensemble ?

**Yannick...** : (silence) Vous pouvez les convoquer. C'est surtout la présence mon père qui m'énerve dans tout ça.

**Thérapeute** : ok vous pouvez rentrer à la maison. Je vais vous faire venir le moment venu pour une rencontre avec eux.

**Yannick...** : ok merci monsieur bonne journée.

### **VII.3. Procès-verbal d'entretien avec Yannick en présence de sa fratrie et de ses parents.**

Ici il est essentiellement question d'échanger avec le système familial. Cet entretien, vise à faire converger les compréhensions des membres du système dans le sens de parler du problème que vit la famille et singulièrement Yannick, à stimuler l'instinct de survie chez l'adolescent et à construire l'alliance thérapeutique qui accompagnera l'adolescent dans l'adhésion et l'observance thérapeutique.

**Mère de Yannick...** : bonjour monsieur ! nous sommes là comme convenu.

**Thérapeute** : ah merci d'être venu, entrez et prenez place.

**Mère de Yannick...** : merci monsieur

**Thérapeute** : bien, aujourd'hui il est pour nous essentiellement question de parler très sincèrement de la situation de consommation de la drogue par Yannick ici présent. Nous allons parler à cœur ouvert et chacun pourra dire comment il envisage contribuer à aider à mettre fin à cette situation.

**Mère de Yannick...** : Je veux tout d'abord dire pardon à mon fils ici présent pour tout le mal que j'ai fait. Je suis venu ici au Ministère de la promotion de la femme et de la famille pour solliciter leur intervention afin que Yannick arrête de se droguer. Je voudrais aussi dire à Yannick comme à vous tous que je vous aime.

**Frère aîné de Yannick...** : c'est vrai que Yannick doit faire les efforts d'arrêter de fréquenter ses multiples amis. Monsieur moi je crois qu'un gros effort doit être fait par papa et maman pour redonner à Yannick l'affection et l'amour dont il a besoin.

**Père de Yannick...** : je sais que j'ai commis beaucoup d'erreurs dans ma vie de famille mais je ne suis pas le seul responsable.

**L'autre frère de Yannick...** : oui monsieur je crois aussi que Yannick doit aussi prendre des engagements pour dire s'il veut arrêter de fumer, parce que si on parle tout ça et que lui-même ne veut pas changer cela ne va servir à rien.

**Yannick...** : je veux que tout change. Je vais faire tous les efforts mais que papa et maman fassent aussi les efforts.

**Thérapeute** : je vous ai écouté attentivement. Ma préoccupation est aussi de savoir si vous êtes prêt à accompagner Yannick dans son effort à décrocher de la consommation de la drogue. Yannick connais tu les conséquences de la consommation de la drogue sur la santé ?

**Yannick...** : (très long silence) oui

**Thérapeute** : quelle est la conséquence la plus grave que tu connais ?

**Yannick ...** : (Long moment de silence) la folie.

**Thérapeute** : pour tout ce que tu reproches à tes parents et peut être à tes frères es-tu prêt à devenir fou. ?

**Yannick...** : (Long moment de silence) non

**Mère de Yannick...** : Je vauX tout donner pour aider Yannick à décrocher de la consommation de la drogue.

**Père de Yannick...** : je promets de changer mon comportement vis-à-vis de Yannick et de l'accompagner dans ses efforts de décrochage.

**Thérapeute** : êtes-vous tous prêt à travailler ensemble pour aider Yannick ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Yannick ?

**Yannick...** : je suis d'accord de faire tous les efforts possibles.

**Thérapeute** : si le médecin lui prescrit des médicaments à prendre régulièrement êtes-vous disposé à souvent lui rappeler gentiment de prendre ses médicaments ? (Réponse affirmative collective) Qu'en dis-tu Yannick ?

**Yannick...** : je vais arrêter de fumer et si le médecin me donne les médicaments je prendrais

**Père de Yannick...** : Si le médecin prescrit les médicaments j'achèterais et je promets à ma famille ici présente de changer.

**Yannick ...** ; (Après un très long silence) je promets de changer et je prie papa et maman de changer aussi

**Thérapeute** : ok je reste à votre entière disposition et je souhaiterais que Yannick passe ici au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille assez régulièrement pour nous rendre compte de l'évolution. Je le demande aussi aux parents. (Merci collectif)

## Annexe 5 : Groupes régionaux

Les désignations des régions et sous-régions figurant dans le Rapport mondial sur les drogues ne sont pas des désignations officielles ; elles correspondent aux groupes suivants :

- Afrique de l'Est : Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Maurice, Mayotte, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Somalie et Soudan du Sud
- Afrique du Nord : Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Soudan et Tunisie
- Afrique australe : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Zambie, Zimbabwe et La Réunion
- Afrique de l'Ouest et centrale : Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo et Sainte-Hélène
- Caraïbes : Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Cuba, Dominique, République dominicaine, Grenade, Haïti, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Trinité-et-Tobago, Anguilla, Aruba, Bonaire (Pays-Bas), îles Vierges britanniques, îles Caïmanes, Curaçao, Guadeloupe, Martinique, Montserrat, Porto Rico, Saba (Pays-Bas), Saint-Eustache (Pays-Bas), Saint-Martin (partie néerlandaise), îles Turques et Caïques, îles Vierges américaines
- Amérique centrale : Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama
- Amérique du Nord : Canada, Mexique, États-Unis d'Amérique, Bermudes, Groenland et Saint-Pierre-et-Miquelon
- Amérique du Sud : Argentine, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Guyana, Paraguay, Pérou, Suriname, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du) et Îles Falkland (Malvinas)
- Asie centrale et Transcaucasie : Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan
- Asie de l'Est et du Sud-Est : Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Indonésie, Japon, Malaisie, Mongolie, Myanmar, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste, Viet Nam, Hong Kong (Chine), Macao (Chine) et Province chinoise de Taiwan
- Asie du Sud-Ouest : Afghanistan, Iran (République islamique d') et Pakistan
- Proche et Moyen-Orient : Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, État de Palestine, Iraq, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne et Yémen
- Asie du Sud : Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal et Sri Lanka

- Europe orientale : Bélarus, Fédération de Russie, République de Moldova et Ukraine
- Europe du Sud-Est : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Macédoine du Nord, Monténégro, Roumanie, Serbie, Turquie et Kosovo
- Europe occidentale et centrale : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie, Îles Féroé, Gibraltar et Saint-Siège

Océanie (comprenant quatre sous-régions) :

- Australie et Nouvelle-Zélande : Australie et Nouvelle-Zélande
- Polynésie : Îles Cook, Nioué, Samoa, Tonga, Tuvalu, Polynésie française, Wallis-et-Futuna et Tokélaou
- Mélanésie : Fidji, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Vanuatu et Nouvelle-Calédonie • Micronésie : Kiribati, Îles Marshall, Micronésie (États fédérés de), Nauru, Palaos, Guam et Îles Mariannes septentrionales

## **INDEX DES MOTS**

---

<b>A</b>	
Addiction	121, 231, 234, 235, 237, 238, 240
Adolescent	viii, x, 4, 238, 243
Alcool	124
Alliance	241
Asymétrique	33

---

<b>C</b>	
Cannabis	192, 235, 294
Clinique	1, 243
Cocaïne	124
Complexe	231
comportements répréhensibles	2, 10
Conflit	14
Consommation	155, 359
Culpabilisation	240
Culture	180, 240, 243

---

<b>D</b>	
Délinquance	233
Déviance	240
Drogue	xi, 7, 135, 139, 155, 359

---

<b>E</b>	
Efficacité	161
Efficacité thérapeutique	161
Endogame	33
Enfance	ii, 236
Entretien	174, 175, 176, 178, 209, 211, 212, 215, 217, 219, 249, 359, 361
Exogame	33

---

<b>F</b>	
Famille	ii, iv, viii, 4, 5, 19, 24, 36, 37, 46, 102, 105, 109, 163, 180, 186, 209, 215,

226, 234, 246, 259, 260, 271, 274, 285, 287, 290, 298, 300, 301, 311, 313, 319, 321, 322, 323, 332, 334, 335, 344, 357, 358

---

<b>I</b>	
Incidence	ii, 226

---

<b>M</b>	
Moi	247
Multifamiliale	18

---

<b>P</b>	
Patient	19
Perversion	241
Processus	243
Psychiatrie	236
Psychologie	1, iv, 232, 236, 239
Psychologue	248
Psychopathologie	1, 27, 234

---

<b>S</b>	
Santé	xi, 77, 137, 233, 235, 236, 238
Santé mentale	233, 235, 236, 238
Sentiment	122
Sexualité	237
Soins	233
Stupéfiants	xi
Système	33, 139

---

<b>T</b>	
Théorie Générale des Systèmes	10
Thérapie	viii, 3, 4, 18, 239, 241
Toxicomanie	ii, iii, viii, 4, 5, 122, 163

## **INDEX DES AUTEURS**



---

**A**

Abraham, N. · 231  
Affinnih, Y.H. · 231  
Anaut, M. · 231  
Angelovich, N. · 237  
Antil, A. · 231  
Ariès, P. · 231  
Aulagnier, P. · 231  
Ausloos, G. · 231  
Aviel, G. · 231  
Azrin, N.H. · 231

---

**B**

Bakhtin, M. · 231  
Balint, E. · 231  
Balint, M · 231  
Banque Mondiale. · 231  
Barrett, K. · 239  
Bastard, B., · 232  
Bateson, G. · 232  
Beaune, D. · 240  
Beckerleg, S. · 232  
Benony, H. · 232  
Béquignon, J.L. · 232  
Berg, B. L. · 232  
Bergeret, J. · 232  
Bettelheim, B. · 232  
Bion, W. R. · 232  
Birchler, G.R. · 236  
Blatier, C. · 232  
Bleger, J · 232  
Bloch, H · 232  
Bodin, M.A. · 243  
Boltanski, L. · 232  
Born, M. · 232, 233  
Ducommun-Nagy · 21, 233  
Bourdieu, P. · 233  
Bowlby, J. · 233  
Brantley, L. · 237  
Brazelton, T. · 233  
Brégégère, B. · 241

Brodsky, A. · 121, 240  
Brunet, L. · 233  
Bukstein, O. G. · 233

---

**C**

Cadogan, D.A. · 233  
Caillot, J.P. · 233  
Cardia-Vornecher, L. · 232  
Carmona, R.H. · 237  
Caron, S. · 240  
Casoni, D. · 233  
Cassen, M. · 233  
Castel, R. · 233  
Cattell, R.B. · 233  
Chahraoui, K · 232  
Chang, S. · 243  
Choquet, M. · 233  
Cirillo, S. · 233  
Collins, F.S. · 237  
Commaille, J. · 234  
Cooper, D. · 234  
Copello, A. · 234  
Coussy, J. · 234  
Coutant, I. · 234  
Cramer, B. · 233  
Cuvillier, J-P. · 231

---

**D**

Dagenais, H. · 234  
De Singly, F. · 234  
Decherf, G. · 233  
Deliège, R. · 234  
Dennis, M. · 235  
Despert, J.L. · 235  
Diamond, G.S. · 239  
Dolto, F. · 235  
Donaldson, J. · 235  
Douyon, E. · 235  
Duignan, P. · 235  
Duran, P. · 235

---

**E**

Edwards, M.E. · 235  
El Moussaoui, H. · 235  
Elkäim, M. · 236  
Elkins, L. J. · 236  
Ellenberger, H.F. · 236  
Erickson, E. · 236

---

**F**

Fals-Stewart, W. · 236  
Farrington, D.P. · 236  
Fides, A. · 236  
Fix, F. · 236  
Freud, S. · 236, 237  
Friedman, A. · 237

---

**G**

Gann, L. H. · 235  
Garigue, P. · 237  
Giddens, A. · 237  
Glueck, E. · 237  
Glueck, S. · 237  
Godley, S.H. · 235  
Goffman, E. · 237  
Goodman, A. · 237  
Guichard, P. · 231  
Guttmacher, A.E. · 237

---

**H**

Hamilton, N. · 237  
Hewstone, M. · 239  
Hilt, L. M. · 237  
Hochmann, J. · 237

---

**I**

Iacono, W. G. · 236  
Inglehart, R. · 238  
Inserm · 18, 238

---

**J**

Janin, C. · 238  
Jenson, J. · 238

---

**K**

Kaës, R. · 238  
Klein, M. (1927b). · 238

---

**L**

Laing, R.D. · 238  
Lamarre, S. · 238  
Ledoux, S. · 233  
Lefaucheur, N. · 238  
Lejoyeux, M. · 238  
Lenoir, R. · 238  
Lévi-Strauss, C. · 238  
Lewando Hundt, G. · 232  
Lloyd-Richardson, E. E. · 237  
Longabaugh, R · 239

---

**M**

Mailloux, N. · 239  
Martin, C. · 234  
Match, · 18, 239  
Mc Gue, M. · 236  
McCrary, B.S. · 239  
Mcdougall, B · 237  
Miermont, J. · 239  
Minuchin, J. · 239  
Minuchin, S. · 239  
Moscovici, S. · 239  
Mucchielli, L. · 240  
Muchielli, R. · 240

---

**N**

Nachin, C. · 240  
Nguimfack, L. · 240  
Nicolas, G. · 240  
Nock, M. K. · 237

---

**O**

Ocholla-Ayayo, A.B.C. · 240  
Oxford, J. · 234

---

**P**

Paolino, T.J.J. · 239  
Parker, J. S. · 240  
Parker, K. · 239  
Passeron, J.C. · 233  
Peele, S. · 121, 240  
Perez-Vidal, A · 242  
Perras, C. · 241  
Pilorge, D. · 241  
Prinstein, M. J. · 237  
Psychiatrie · 236

---

**R**

Repetti, R. · 241  
Rimbaud, A. · 241  
Rogers, C. · 241  
Rossi, J. · 239  
Roussel, L. · 241  
Roussillon, R · 241  
Ruffiot, A. · 241

---

**S**

Sampl, S. · 235  
Sassier, M. · 241  
Schulteis, F. · 241  
Seeman, T. · 241  
Segond, P. · 231  
Sentiment · 122  
Sexualité · 237  
Sieca, P. · 241

Singh, J.A. · 241  
Stanton, M.D. · 242  
Steinglass, P. · 235  
Stirn, A. · 242  
Strathern, M. · 242  
Szapocznik, J. · 242

---

**T**

Taylor, S. · 241  
Telfer, M. · 232  
Thelot, C. · 242  
Thevenot, L. · 232  
Thys, P. · 233  
Tims, F.M. · 237  
Tisseron, S. · 242  
Titus, J. · 235  
Torok, M. · 231  
Toubert, P. · 231  
Toudoire-Surlapierre, F. · 236  
Tsala Tsala, J.-P. · 243  
Tullis, L. (1991). · 243

---

**V**

Valsiner, J. · 243  
Villac, M. · 242

---

**W**

Wallerstein, I. (1999). · 243  
Weakland, J.H., · 243  
Webb, C. · 235  
Welsh, B.C. · 236  
Williams, P. · 243  
Williams, R · 243  
Winnicott, D.W. · 243

## TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
SOMMAIRE .....	II
REMERCIEMENTS.....	IV
LISTES DE TABLEAUX.....	VI
LISTE DES FIGURES.....	VII
RESUME.....	VIII
ABSTRACT .....	X
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	XI
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE DE REFERENCE.....</b>	<b>6</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L’ETUDE .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L’ETUDE .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE ET CONSEQUENCES SUR LA FAMILLE .....	10
1.1.2. COMPREHENSION DE LA NOTION DE THERAPIES FAMILIALE SYSTEMIQUE .....	10
1.1.3. DU CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES ADOLESCENTS EN SITUATION D’ADDICTION DANS LES FORMATIONS SANITAIRES AU CAMEROUN .....	15
<b>1.2. ÉTAT DE LA QUESTION.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3. FORMULATION DU PROBLEME .....</b>	<b>20</b>
1.4.1. FORMULATION DE LA QUESTION PRINCIPALE .....	24
1.4.2. FORMULATION DES QUESTIONS SPECIFIQUES DE RECHERCHE.....	25
<b>1.4. FORMULATION DES HYPOTHESES .....</b>	<b>27</b>
<b>1.5. BUT, OBJECTIFS ET INTERETS DE L’ETUDE.....</b>	<b>28</b>
1.5.1. BUT DE L’ETUDE .....	28
1.5.2. OBJECTIFS DE L’ETUDE .....	28
1.5.3. INTERETS DE L’ETUDE.....	29
<b>CHAPITRE 2 : PERSPECTIVES SUR LA FAMILLE .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1. FAMILLE: ESQUISSES EN DEFINITION .....</b>	<b>31</b>
2.1.1. LA NOTION DE FAMILLE .....	31
2.1.2. TENTATIVES DE CLARIFICATION .....	32
<b>2.2. LES TYPES DE FAMILLES .....</b>	<b>34</b>
2.2.1. LA FAMILLE ELARGIE.....	35

2.2.1.1. <i>La famille souche</i> .....	35
2.2.1.2. <i>La famille communautaire</i> .....	35
2.2.2. LA FAMILLE NUCLEAIRE .....	36
2.2.3. LA FAMILLE POLYGAMIQUE .....	36
2.2.4. LA FAMILLE MONOGAMIQUE.....	37
2.2.5. LA FAMILLE RECOMPOSEE OU RECONSTITUEE.....	37
2.2.6. LA FAMILLE MONOPARENTALE .....	38
2.2.7. LA COHABITATION OU UNION DE FAIT.....	38
2.2.7.1. <i>Famille coparentale</i> .....	38
2.2.7.2. <i>Famille déconstituée</i> .....	39
2.2.7.3. <i>Famille éclatée</i> .....	39
2.2.7.4. <i>Famille mosaïque</i> .....	39
2.2.7.5. <i>Famille parfaite</i> .....	39
2.2.7.6. <i>Famille recomposée ou reconstituée</i> .....	39
2.2.7.7. <i>Famille traditionnelle</i> .....	39
2.2.7.8. <i>Famille vedettes</i> .....	40
2.2.7.9. <i>La famille homoparentale</i> .....	40
<b>2.3. FAMILLE ET INSTITUTIONS FAMILIALES.....</b>	<b>40</b>
2.3.1. INSTITUTION DU MARIAGE .....	40
2.3.2. INTERDITS UNIVERSELS.....	41
<b>2.4. CONCEPTIONS DE LA FAMILLE.....</b>	<b>43</b>
2.4.1. ELEMENTS D’HISTORICITE DE LA FAMILLE .....	43
2.4.2. CONCEPTION AFRICAINE .....	46
2.4.3. FAMILLE ET RAPPORT DE GENRE .....	48
<b>2.5. QUELQUES PERSPECTIVES EN PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA FAMILLE .....</b>	<b>50</b>
2.5.1. LA FAMILLE ET LA DELINQUANCE JUVENILE .....	50
2.5.2. SOLUTION OU CRISE DE LA FAMILLE OCCIDENTALE.....	51
2.5.3. ROLE CRIMINOGENE DE LA FAMILLE .....	52
2.5.4. FAMILLE, MODELES CULTURELS ET DEVIANCE.....	55
2.5.5. LA FAMILLE SELON SIGMUND FREUD .....	56
2.5.6. LES COMPLEXES FAMILIAUX EN PATHOLOGIE .....	58
2.5.7. LES PSYCHOSES A THEME FAMILIAL .....	58
2.5.8. FONCTION DES COMPLEXES DANS LES DELIRES .....	60
2.5.9. DETERMINISME DE LA PSYCHOSE .....	62
2.5.10. LES NEVROSES FAMILIALES.....	62
2.5.10.1. <i>Symptôme névrotique et drame individuel</i> .....	63
2.5.10.2. <i>Expression du refoulé à la défense contre l’angoisse</i> .....	64
2.5.10.3. <i>Déformations spécifiques de la réalité humaine</i> .....	65
2.5.11. NEVROSES DE TRANSFERT.....	68
2.5.11.1. <i>L’hystérie</i> .....	69

2.5.11.2. <i>La névrose obsessionnelle</i> .....	69
2.5.11.3. <i>La névrose d'autopunition</i> .....	70
2.5.12. NÉVROSES DE CARACTERE.....	71
2.5.13. INTROVERSION DE LA PERSONNALITE ET SCHIZONOÏA.....	72
<b>2.6. INCIDENCE INDIVIDUELLE DES CAUSES FAMILIALES .....</b>	<b>72</b>
2.6.1. DYSHARMONIE DU COUPLE PARENTAL.....	74
2.6.2. PREVALENCE DU COMPLEXE DU SEVRAGE .....	74
2.6.3. INVERSION DE LA SEXUALITE.....	75
2.6.4. PREVALENCE DU PRINCIPE MALE .....	76
<b>2.7. ENFANCE ET ADOLESCENCE.....</b>	<b>76</b>
2.7.1. LES STADES PSYCHOSEXUELS .....	77
2.7.1.1. <i>Stade oral (0 - 1 an)</i> .....	77
2.7.1.2. <i>Stade anal (1 - 3 ans)</i> .....	77
2.7.1.3. <i>Stade phallique (3 - 5 ans)</i> .....	78
2.7.1.4. <i>Stade de latence (6 - 12 ans)</i> .....	79
2.7.1.5. <i>Adolescence et ses particularités</i> .....	79
2.7.2. EVOLUTION DU CONCEPT DE L' ADOLESCENCE AU COURS DE L' HISTOIRE.....	82
2.7.3. CRISE D' ADOLESCENCE.....	83
2.7.4. APPARITION D'UNE CULTURE PROPRE AUX JEUNES .....	85
<b>CHAPITRE 3 : FAMILLE ET PATHOLOGIE .....</b>	<b>88</b>
<b>3.1. FAMILLE ET LIEN .....</b>	<b>88</b>
3.1.1. QUELQUES PERSPECTIVES PSYCHANALYTIQUES SUR LES LIENS .....	88
3.1.2. THEORIES DU LIEN APPLIQUEES AUX RELATIONS COUPLES.....	90
3.1.3. TRANSMISSION PSYCHIQUE ENTRE LES GENERATIONS ET IMPACTE SUR LES LIENS FAMILIAUX .....	94
3.1.4. ECONOMIE SOCIO-POLITIQUE DES LIENS FAMILIAUX .....	97
3.1.4.1. <i>Régulation sociale des liens familiaux</i> .....	98
3.1.4.2. <i>Stratification sociale des liens familiaux</i> .....	102
<b>3.2. RISQUE DE RETOUR A UN « GOUVERNEMENT DE POPULATION ».....</b>	<b>119</b>
<b>3.3. FAMILLE ET ECHANGE RELATIONNELLE ENTRE MEMBRES .....</b>	<b>121</b>
3.3.1. LES CONTRIBUTIONS DE LA FAMILLE A L' ANAMNESE.....	121
3.3.2. LA PROBLEMATIQUE DES TROUBLES DITS FAMILIAUX.....	125
3.3.2.1. <i>Cycles immuables des familles</i> .....	125
3.3.2.2. <i>Quelques perturbations du groupe et de la famille</i> .....	126
3.3.3. LA FAMILLE ET LA DELINQUANCE JUVENILE .....	130
3.3.3.1. <i>Niveau socioéconomique de la famille et délinquance</i> .....	130
3.3.3.2. <i>Structure de la famille et délinquance</i> .....	132
3.3.3.3. <i>Famille nombreuse et délinquance</i> .....	133
3.3.3.4. <i>Rôle criminogène de la famille</i> .....	135

<b>3.4. PERSPECTIVES SUR LES ATTACHEMENTS ET LES LIENS DANS DES CADRES FAMILIAUX.....</b>	<b>138</b>
3.4.1. LA COMMUNAUTE KIBBOUTZ .....	138
3.4.2. GROUPES FAMILIAUX AFRICAINS .....	141
<b>3.5. ABORDER LA FAMILLE COMME GROUPE ET SYSTEME.....</b>	<b>144</b>
3.5.1. DES SYSTEMES A LA SYSTEMIQUE .....	144
3.5.2. LA DOUBLE FACE D'UN SYSTEME.....	145
3.5.3. ÉMERGENCE ET DEFINITION GENERALE DE LA SYSTEMIQUE.....	148
3.5.3.1. <i>Les fondements de l'approche systémique</i> .....	149
3.5.3.2. <i>Le postulat théorique de la théorie générale des systèmes</i> .....	152
3.5.4. FINALITE ET OBJECTIFS/L'UTILITE DE LA THEORIE GENERALE DES SYSTEMES .....	154
3.5.5. LE CENTRE DU SYSTEME DE SYSTEMES QU'EST LA FAMILLE .....	156
3.5.5.1. <i>Le sous-système couple</i> .....	157
3.5.5.2. <i>Rôle parental et nature des séquelles</i> .....	158
3.5.6. THERAPIE SYSTEMIQUE FAMILIALE .....	163
<b>CHAPITRE 4 : TOXICOMANIE .....</b>	<b>164</b>
<b>4.1. DEFINITIONS .....</b>	<b>164</b>
<b>4.2. LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LEUR TYPOLOGIE.....</b>	<b>166</b>
<b>4.3. TOXICOMANIE ET PHYSIOLOGIE.....</b>	<b>168</b>
4.3.1. BASES CEREBRALES .....	169
4.3.2. FACTEURS GENETIQUES .....	173
4.3.3. IMAGERIE CEREBRALE ET NEUROBIOLOGIE .....	175
4.3.4. CONCLUSION SUR L'ADDICTION.....	176
<b>4.4. TOXICOMANIE COMME FLEAU SOCIAL.....</b>	<b>177</b>
4.4.1. -LA TOXICOMANIE DANS LE MONDE.....	178
4.4.1.1 <i>Données épidémiologiques sur l'usage des Substances Psychoactives (SPAs) dans le monde</i> .....	178
4.4.1.2. <i>Progression de nombre d'usagers de drogues</i> .....	183
4.4.1.3. <i>Conclusions sur la toxicomanie dans le monde et incidences stratégiques</i> .....	184
4.4.2. DISPONIBILITE DE L'AIDE.....	185
4.4.2.1. <i>Les drogues consommées en Afrique</i> .....	195
4.4.2.2. <i>Usagers de la drogue</i> .....	198
4.4.2.3. <i>Economie de la Drogue</i> .....	198
4.4.2.4. <i>Solutions préconisées</i> .....	198
4.4.3. CONSOMMATION DES DROGUES AU CAMEROUN .....	198
<b>4.3. TOXICOMANIE ET CULTURE.....</b>	<b>199</b>
<b>CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....</b>	<b>203</b>
<b>5.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DESCRIPTION DE L'HYPOTHESE GENERALE.....</b>	<b>203</b>

5.1.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE .....	203
5.1.2. HYPOTHESE GENERALE DE L'ETUDE .....	203
5.1.2.1. Formulation de l'hypothèse générale (HG) .....	203
5.1.2.2. Description de l'hypothèse générale .....	203
5.1.2.3. Structure logique de l'hypothèse générale .....	205
5.1.3. HYPOTHESES DE RECHERCHE DE L'ETUDE .....	205
<b>5.2. CENTRES D'INTERETS DE L'ETUDE .....</b>	<b>206</b>
<b>5.3. INSTRUMENTS DE L'ETUDE : L'ENTRETIEN .....</b>	<b>206</b>
5.3.1. DEFINITION .....	206
5.3.2. LES TYPES D'ENTRETIENS .....	207
5.3.2.1. L'entretien directif .....	207
5.3.2.2. L'entretien semi-directif .....	207
5.3.2.3. L'entretien non-directif .....	208
<b>5.4. DEMARCHE EXPLICITE DU TRAVAIL DE RECHERCHE .....</b>	<b>210</b>
5.4.1. PRATIQUE DE LA THERAPIE DE GROUPE .....	210
5.4.2. APPLICATION DE LA THERAPIE DE GROUPE FAMILIAL D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE .....	216
5.4.2.1. Position générale .....	216
5.4.2.2. Première phase de l'analyse .....	217
5.4.2.3. La deuxième phase de l'analyse .....	217
5.4.3. LE SCHEMA DE LA THERAPIE DE GROUPE UTILISE DANS L'ETUDE .....	218
5.4.3.1. Entretien 1 : rencontre avec le sous-système demandeur (adolescent ou famille) .....	218
5.4.3.2. Entretien 2 : rencontre avec le sous-système non demandeur (adolescent ou famille) .....	219
5.4.3.3. Entretien 3 : rencontre avec le sous-système adolescent et famille .....	220
5.4.3.4. Entretien 4 : rencontre avec le sous-système fratrie .....	221
5.4.3.5. Entretien 5 : rencontre avec le sous-système adolescent-famille .....	222
5.4.3.6 Suivi et accompagnement .....	222
<b>5.5. TECHNIQUES ET OUTILS SYSTEMIQUES .....</b>	<b>222</b>
<b>5.6. PROCES VERBAUX DE LA RENCONTRE ET L'INTERPRETATION DES RESULTATS .....</b>	<b>224</b>
5.6.1. DEPOUILLEMENT DES PROCES-VERBAUX DE RENCONTRE .....	224
5.6.2. ANALYSE ET INTERPRETATION DES PROCES-VERBAUX .....	224
<b>5.7. POPULATION ET LE CONTEXTE DE L'ETUDE .....</b>	<b>224</b>
5.7.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ETUDE .....	225
5.7.2. ECHANTILLONNAGE ET ECHANTILLON .....	225
5.7.3. CONTEXTE DE L'ETUDE .....	225
<b>CHAPITRE 6 : PRESENTATION DES CAS ET ANALYSES DES PROFILS AUX ENTRETIENS .....</b>	<b>226</b>



<b>6.1. PRESENTATION DU CAS IDRIS</b> .....	<b>226</b>
6.1.1. TABLEAU ANALYTIQUE DE CONTENU DU CAS D'IDRIS .....	226
CONTEXTE FAMILIAL DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE PAR L'ADOLESCENT .....	229
6.1.2. PRESENTATION ET ANAMNESE .....	230
6.1.3. CIRCONSTANCES ANGOISSANTES A L'ORIGINE DE TOXICOMANIE. ....	231
6.1.4. CONTEXTE FAMILIAL DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE PAR L'ADOLESCENT ....	233
6.1.5. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT A L'ENTRETIEN .....	234
<b>6.2. PRESENTATION DU CAS NATHAN</b> .....	<b>235</b>
6.2.1. TABLEAU ANALYTIQUE DE CONTENU DU CAS DE NATHAN.....	235
6.2.2. PRESENTATION ET ANAMNESE .....	239
6.2.3. CIRCONSTANCES ANGOISSANTES A L'ORIGINE DE LA TOXICOMANIE.....	240
6.2.4. CONTEXTE FAMILIAL DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE PAR L'ADOLESCENT ....	242
6.2.5. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT A L'ENTRETIEN .....	243
<b>6.3. PRESENTATION DU CAS DANIEL</b> .....	<b>243</b>
6.3.1. TABLEAU ANALYTIQUE DE CONTENU DU CAS DE DANIEL .....	243
6.3.2. PRESENTATION ET ANAMNESE .....	249
6.3.3. CIRCONSTANCES ANGOISSANTES A L'ORIGINE DE LA TOXICOMANIE.....	250
6.3.4. CONTEXTE FAMILIAL DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE PAR L'ADOLESCENT ....	251
6.3.5. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT A L'ENTRETIEN .....	252
<b>6.4. PRESENTATION DU CAS ISMAËL</b> .....	<b>253</b>
6.4.1. TABLEAU ANALYTIQUE DE CONTENU DU CAS D'ISMAËL .....	253
6.4.2. PRESENTATION ET ANAMNESE .....	257
6.4.3. CIRCONSTANCES ANGOISSANTES A L'ORIGINE DE LA TOXICOMANIE.....	258
6.4.4. CONTEXTE FAMILIAL DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE PAR L'ADOLESCENT ....	259
6.4.5. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT A L'ENTRETIEN .....	260
<b>6.5. PRESENTATION DU CAS KEVIN</b> .....	<b>261</b>
6.5.1. TABLEAU ANALYTIQUE DE CONTENU DU CAS DE KEVIN .....	261
6.5.2. PRESENTATION ET ANAMNESE .....	265
6.5.3. CIRCONSTANCES ANGOISSANTES A L'ORIGINE DE LA TOXICOMANIE.....	266
6.5.4. CONTEXTE FAMILIAL DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE PAR L'ADOLESCENT ....	267
6.5.5. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT A L'ENTRETIEN .....	268
<b>6.6. PRESENTATION DU CAS JEAN DIDIER</b> .....	<b>269</b>
6.6.1. TABLEAU ANALYTIQUE DE CONTENU DU CAS DE JEAN DIDIER .....	269
6.6.2. PRESENTATION ET ANAMNESE .....	274
6.6.3. CIRCONSTANCES ANGOISSANTES A L'ORIGINE DE LA TOXICOMANIE.....	276
6.6.4. CONTEXTE FAMILIAL DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE PAR L'ADOLESCENT ....	277
6.6.5. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT A L'ENTRETIEN .....	279
<b>6.7. PRESENTATION DU CAS DE YANNICK</b> .....	<b>279</b>
6.7.1. TABLEAU ANALYTIQUE DE CONTENU DU CAS DE YANNICK .....	279

6.7.2. PRESENTATION ET ANAMNESE .....	283
6.7.3. CIRCONSTANCES ANGOISSANTES A L'ORIGINE DE LA TOXICOMANIE.....	284
6.7.4. CONTEXTE FAMILIAL DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE PAR L'ADOLESCENT ....	285
6.7.5. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT A L'ENTRETIEN .....	286
<b>CHAPITRE 7 : PERSPECTIVES D' INTERPRETATION DES CAS ET DISCUSSION</b>	<b>287</b>
<b>7.1. LES DONNEES ET LEURS ANALYSES .....</b>	<b>287</b>
7.1.1. CAS DE IDRIS.....	287
7.1.1.1. <i>Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)</i> .....	287
7.1.1.2 <i>Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)</i> .....	289
7.1.1.3 <i>Entretien avec le système familial</i> .....	291
7.1.1.4. <i>Conclusion sur le cas d'Idriss</i> .....	292
7.1.2. CAS DE NATHAN .....	293
7.1.2.1. ENTRETIEN AVEC LE SOUS-SYSTEME DEMANDEUR (PARENTS DE L'ADOLESCENT) ..	293
7.1.2.2. <i>Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)</i> .....	295
7.1.2.3. <i>Entretien avec le système familial</i> .....	297
7.1.2.4. <i>Conclusion sur le cas de Nathan</i> .....	298
7.1.3. CAS DE DANIEL .....	300
7.1.3.1. <i>Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)</i> .....	300
7.1.3.2. <i>Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)</i> .....	302
7.1.3.3. <i>Entretien avec le système familial</i> .....	303
7.1.3.4. <i>Conclusion sur le cas de Daniel</i> .....	305
7.1.4. CAS D'ISMAËL .....	306
7.1.4.1. <i>Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)</i> .....	306
7.1.4.2. <i>Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)</i> .....	307
7.1.4.3. <i>Entretien avec le système familial</i> .....	309
7.1.4.4. <i>Conclusion sur le cas d'Ismaël</i> .....	310
7.1.5. CAS DE KEVIN .....	311
7.1.5.1. <i>Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)</i> .....	311
7.1.5.2. <i>Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)</i> .....	313
7.1.5.3. <i>Entretien avec le système familial</i> .....	314
7.1.5.4. <i>Conclusion sur le cas de Kevin</i> .....	315
7.1.6. CAS DE JEAN DIDIER.....	315
7.1.6.1. <i>Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)</i> .....	315
7.1.6.2. <i>Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)</i> .....	317
7.1.6.3. <i>Entretien avec le système familial</i> .....	318
7.1.6.4. <i>Conclusion sur le cas de Jean Didier</i> .....	319
7.1.7. CAS DE YANNICK.....	319
7.1.7.1. <i>Entretien avec le sous-système demandeur (Parents de l'adolescent)</i> .....	320
7.1.7.2. <i>Entretien avec le sous-système patient (adolescent toxicomane)</i> .....	321
7.1.7.3. <i>Entretien avec le système familial</i> .....	322
7.1.7.4. <i>Conclusion sur le cas de Yannick</i> .....	323
<b>7.2. DISCUSSION .....</b>	<b>323</b>

7.2.1. TRAVAUX CONVERGENT SUR L'IMPLICATION DE LA FAMILLE DANS LE PROCESSUS THERAPEUTIQUE .....	324
7.2.2. ANALYSES .....	328
7.2.3. L'ABSENCE DES PERES ET LE MOUVEMENT DE L'IMPLICATION PARENTALE.....	329
7.2.4. L'IMPACT SUR LA FRATRIE.....	330
7.2.5. PERCEPTIONS DES RENCONTRES FAMILIALES .....	330
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>331</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>331</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>331</b>
<b>INDEX DES MOTS .....</b>	<b>331</b>
<b>INDEX DES AUTEURS .....</b>	<b>331</b>