

2015

# La gestion parentale d'un adolescent toxicomane. Enquête menée en mairie de Bujumbura

Karubu, Adélard

UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

---

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1229>

*Téléchargé depuis le dépôt institutionnel officiel de l'Université du Burundi*

---

---

UNIVERSITE DU BURUNDI

---

---

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES  
DE L'EDUCATION  
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

**LA GESTION PARENTALE D'UN ADOLESCENT  
TOXICOMANE**

**Enquête menée en Mairie de Bujumbura**

Par Adélarde KARUBU

**Sous la direction du professeur :**

**Théodora NISABWE**

Mémoire présenté et défendu publiquement  
en vue de l'obtention du grade de **Licencié  
en Psychologie**

**Option : Psychologie Clinique et Sociale**

---

---

Bujumbura, Avril 2015

---

---

## **DEDICACE**

A notre regretté père,

A notre très chère mère,

A tous ceux qui nous sont chers,

Nous dédions ce mémoire.

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail est le fruit des efforts et d'une aide de plusieurs personnes. Que toutes celles qui ont contribué à son élaboration trouvent ici l'expression de nos vifs sentiments de gratitude.

Nos sincères remerciements sont particulièrement adressés à Madame Théodora NISABWE, qui, en dépit de ses responsabilités, a accepté de guider ce travail de recherche. La pertinence de ses conseils, sa rigueur scientifique et ses qualités morales nous ont été d'une grande utilité. Nous lui exprimons notre profonde gratitude.

Nous sommes profondément redevable à notre chère mère pour son amour, ses conseils et sa patience indéfectible, à nos frères et sœurs, pour leur soutien moral et matériel.

Nous remercions également et de manière particulière nos amis qui nous ont témoigné amitié et sympathie. Que chacun en son nom trouve ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A tous nos camarades de classe avec lesquels nous avons partagé joies et peines durant notre séjour à l'Université du Burundi, nous exprimons nos sentiments de gratitude.

A tous ceux qui ont contribué à notre formation du primaire à l'université, nous exprimons notre profonde gratitude. C'est grâce à leurs efforts que nous avons abouti à ce stade.

A nos enquêtés, pour avoir accepté de répondre favorablement à notre enquête, pour le temps précieux qu'ils nous ont consacré, nous disons merci

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, nous exprimons les sentiments de notre profonde gratitude.

**LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES**

A-A : Année Académique

Al. : Autres collaborateurs

C-N-P-K : Centre Neuropsychiatrique de Kamenge

Ed : Edition

F-P-S-E : Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education

Ibidem : Même auteur, même ouvrage et au même endroit (même page)

Idem : Le même auteur et même ouvrage

L-S-D: Lysergic Acid Diethylamide

O-M-S: Organisation Mondiale de la Santé

O-N-U : Organisation des Nations Unies

Op.cit: Opere Citato

P C S: Psychologie Clinique et Sociale

PUF : Presses universitaires de France

P: Page

pp : De la page.....à la page

T-H-C : Tetrahydrocannabinol

UB : Université du Burundi

UEA : Université Espoir d'Afrique

ULB : Université Libre de Bukavu

INC : Incorporation

## RESUME DE MEMOIRE

L'adolescence est une période privilégiée de quête et d'expérimentations nouvelles propices à l'adoption de comportements à risque. La consommation de la drogue appartient à cette panoplie de comportements dont les adolescents sont particulièrement friands. La problématique de la drogue chez l'adolescent est un mal qui fait sa première répercussion chez les parents. Ces derniers peuvent jouer le rôle de facteur aggravant, de stabilisation ou de facilitateur dans le retour à la vie normale pour l'adolescent.

Les drogues dont se servent les adolescents ne sont pas gratuites, ces derniers doivent les chercher, les acheter pour ensuite les consommer. Mais comme l'adolescent n'a pas de revenu propre à lui, il est souvent obligé de recourir à tous les moyens possibles pour s'en procurer. Pour cette raison, il va voler des choses ou de l'argent appartenant à ses propres parents ou encore aux amis et la charge de réparation revenant le plus souvent aux parents.

Pour certains parents, l'adolescent toxicomane devient une sorte de pollution familiale dont il faut à tout prix se débarrasser. Par la dépendance que crée la prise répétitive des drogues, l'adolescent qui en consomme devient un élément gênant et certains peuvent même développer des comportements criminels, devenir des cambrioleurs ou des « videurs » de sacs à mains, ou des « *Pic Pockets* », voire même des tueurs. Les parents gèrent la situation de toxicomanie de leurs adolescents de diverses manières. Certains usent de la force, font emprisonner ces enfants, renforcent les punitions qui sont leur infligées ou tout simplement ils vont envoyer l'adolescent ailleurs.

Nous avons constaté à travers notre travail que malheureusement, de telles manières d'agir ne font que renforcer la toxicomanie chez l'adolescent. Pour une bonne gestion d'un adolescent toxicomane, les parents devraient assurer adéquatement leurs responsabilités, promouvoir le dialogue au sein de la famille pour demander à l'enfant ce qui le pousse à la drogue, découvrir avec lui les méfaits de la toxicomanie, accepter de coopérer dans le traitement médical de l'adolescent toxicomane, etc.

## TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES .....	iii
RESUME DE MEMOIRE.....	iv
TABLE DES MATIERES .....	v
<b>0. INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>
0.1. Justification du choix du sujet.....	3
0.2. Délimitation du sujet .....	4
<b>PREMIERE PARTIE: CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE 1: ELUCIDATION DES CONCEPTS -CLES .....</b>	<b>8</b>
1.0. Introduction	
1.1. La drogue.....	8
1.2 La toxicomanie .....	9
1.3. La dépendance .....	10
1.3.1. La dépendance psychique.....	10
1.3.2. La dépendance physique .....	11
1.4. La pharmacodépendance .....	11
1.5. Les psychotropes .....	12
1.6. Les stupéfiants.....	12
1.7. La déviance.....	13
1.8. La famille .....	14
1.9. L'adolescence.....	15
1.10. Conclusion du chapitre	
<b>CHAPITRE 2 : QUELQUES GENERALITES SUR L'ADOLESCENCE.....</b>	<b>17</b>
2.0. Introduction .....	17

2.1. Dynamique à l'adolescence.....	17
2.2. Les changements à l'adolescence.....	19
2.2.1. Le changement du corps.....	19
2.2.2. Le changement de statut.....	20
2.2.3. Le changement d'attitudes.....	21
2.4. Les rites d'initiation.....	22
2.5. La manifestation des conduites d'opposition.....	25
2.6. Conclusion.....	27

### **CHAPITRE 3: LES CAUSES ET LES EFFETS DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE CHEZ LES ADOLESCENTS.....28**

3.0. Introduction.....	28
3.1. Les raisons de recours à la drogue.....	28
3.1.1. La curiosité.....	28
3.1.2. La pression du groupe et de la mode.....	29
3.1.3. Les conduites à risque.....	30
3.1.4. La recherche du plaisir.....	32
3.1.5. Recherche de la convivialité.....	33
3.1.6. Influence culturelle.....	33
3.2. Les principales drogues utilisées les adolescents et leurs effets.....	34
3.2.1. Types de consommation d'alcool et de drogues.....	35
3.2.2. Classification des drogues d'usage courant.....	36
3.3. Conclusion du chapitre.....	37

### **CHAPITRE 4 : PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE....39**

4.0. Introduction.....	39
4.1. Problématique.....	39
4.2. Démarche méthodologique.....	45
4.2.1. Méthode qualitative.....	45

4.2.2. La technique de collecte des données : l'entretien semi-directif.....	46
4.2.3. Population d'enquête et technique de choix des enquêtés .....	47
4.3. Déroulement de l'enquête .....	48
4.3.1. La pré-enquête.....	48
4.3.2. Enquête proprement dite .....	48
4.3.3. Mode de traitement des données. ....	49
4.5.5. Les difficultés rencontrées.....	49
4.6. Conclusion du chapitre.....	49
<b>DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE..</b> .....	<b>51</b>
<b>CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES CAS</b> .....	<b>52</b>
<b>5.0. Introduction</b> .....	<b>52</b>
5.1. Cas de la famille de MBANZA.....	52
5.2. Le cas de la famille de BAHA.....	53
5.3. Le cas de la famille de KAJA.....	55
5.4. Le cas de la famille de BAHATI.....	57
5.5. Le cas de la famille de TWAJE.....	59
5.6. Le cas de la famille de BIMAI .....	61
5.7. Conclusion du chapitre.....	612
<b>CHAPITRE 6 : LA GESTION FAMILIALE DES PERTURBATIONS COMPORTEMENTALES D'UN ADOLESCENT TOXICOMANE</b> .....	<b>63</b>
6.0. Introduction .....	63
6.1. Indices de consommation abusive des drogues chez l'adolescent. ....	63
6.1.1. Le physique .....	64
6.1.2. Le caractère .....	65
6.1.3. Difficultés et décrochage scolaires.....	67
6.1.4. Le fréquentation des copains.....	68
6.2. Les réactions des parents face aux signes de la prise des drogues chez leurs enfants .....	69

6.3. Conclusion.....	71
<b>CHAPITRE 7 : LA DYNAMIQUE RELATIONNELLE ENTRE PARENTS ET ADOLESCENTS TOXICOMANES.....</b>	<b>73</b>
7.0. Introduction.....	73
7.1. une mauvaise communication entre les parents et l'adolescent toxicomane.....	73
7.2. Le style d'autorité parentale.....	76
7.2.1. Le style autoritaire.....	76
7.2.2. Le style laisser-faire.....	77
7.2.3. Le style démocratique.....	78
7.3. L'incohérence du système parental.....	79
7.4. Conclusion.....	80
<b>CHAPITRE 8 : PERSPECTIVES POUR AMELIORER LA GESTION FAMILIALE D'UN ADOLESCENT TOXICOMANE.....</b>	<b>82</b>
8.0. Introduction.....	82
8.1. La reconstruction des liens entre parents et adolescents toxicomane.....	82
8.2. Le traitement médical de l'adolescent toxicomane.....	84
8.3. L'implication de l'adolescent toxicomane dans son traitement.....	86
Conclusion.....	88
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>89</b>
<b>SUGGESTIONS.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>96</b>

## 0. INTRODUCTION GENERALE

L'utilisation des substances psychoactives par l'homme ne date pas d'hier, l'homme s'en est servi pour plusieurs raisons depuis la nuit des temps. Les musiciens se sont servi des substances psycho-actives pour faire face à leur public, les athlètes se sont depuis longtemps servi de ces substances pour augmenter leur endurance et développer leurs compétences. Les substances psycho-actives, en d'autres termes les drogues, ont trouvé usage dans diverses guerres, comme par exemple les sudistes du Général LEE qui se servaient du cannabis pour faire face à l'imposante supériorité des nordistes lors des guerres de sécession en Amérique du nord<sup>1</sup>. De nos jours, ces substances sont devenues un fléau, une menace au même titre ou supérieure au terrorisme et ce, non seulement aux USA, ou en Europe, mais dans tous les pays du monde entier. La menace est que, de nos jours, un nombre considérable de ceux qui se droguent ou s'adonnent à ces substances psycho-actives se trouve dans la tranche des jeunes et plus précisément des adolescents.

L'abus de drogues conduisant à la dépendance ou à la toxicomanie est actuellement, un problème majeur qui fait sombrer toutes les nations dans un chaos. Le toxicomane lui-même peut avoir des problèmes sur les plans, biologique, physique, psychologique, la toxicomanie a aussi des retombées sur les plans familial, social et même culturel. Le phénomène de la toxicomanie chez les adolescents s'observe partout dans le monde, mais ce qui différencie les uns des autres, ce sont les raisons qui les poussent à se lancer sur cette route menant à la perdition et dans un état de maux et douleurs sans merci. L'OMS rapporte que « *l'usage des substances psychoactives et la dépendance représentent un lourd fardeau aussi bien pour l'individu que pour la société, et cela partout dans le monde.* »<sup>2</sup>

Les adolescents sont sans expérience et beaucoup plus animés d'esprit de curiosité. A la première prise des drogues, l'adolescent ne veut que juste goûter, ou tout simplement cherche un plaisir, cet état de bien-être que ses amis lui chantent si souvent, et bien d'autres qui s'y lancent pour un soulagement ou tout simplement pour chercher un moyen de surmonter une dépression quelconque. Il y a une catégorie d'adolescents qui, au commencement, n'ont aucun autre but que

<sup>1</sup> AUSTEN, J., *Legend of cannabis in the US civil war*, NEW YORK, Dover Publications, INC, 1995, p.67.

<sup>2</sup> OMS, *Neuroscience: usage des substances psychoactives et dépendance*, Genève, 2004, p.15.

de vouloir montrer aux parents qu'ils ne sont plus des enfants, une façon pour eux de vouloir montrer qu'ils sont des adultes, qu'ils veulent s'émanciper de l'autorité parentale qui se révèle parfois maternelle ou tout simplement très stricte et autoritaire. La prise continue de la drogue engendre une dépendance qui peut facilement conduire à la toxicomanie et cette dépendance peut être de nature psychologique ou physique.

La nature des produits consommés détermine leur dangerosité mais cela varie aussi d'un individu à un autre. Les causes qui poussent l'adolescent à prendre de la drogue sont, selon MAXENCE<sup>3</sup>, nombreuses, entremêlées et interactives et elles varient selon les individus. Il est de nos jours observable que beaucoup d'adolescents prennent des drogues mais ne sont tous pour autant toxicomanes. Certains d'entre eux fument le cannabis sans en être dépendants car ils ne sont que des preneurs occasionnels. Ceux-là ne sont pas dits toxicomanes, mais plutôt, ils ne seront déclarés toxicomanes que par les actes qu'ils auront posés, et par un diagnostic médical.

Un adolescent toxicomane devient un danger par son comportement. En effet, les drogues dont se sert ne sont pas gratuites, il faut les chercher, les acheter pour les consommer. Mais comme l'adolescent n'a pas de revenu propre à lui, il est obligé de recourir à tous les moyens possibles pour s'en procurer. Pour cette raison, ils volent des objets dans la maison ou encore aux amis. La charge revient à la famille qui doit le gérer et se retrouve des fois débordée par des actions que mène cet enfant d'hier mais qui est devenu méconnaissable par les comportements qu'il pose. L'adolescent toxicomane devient une sorte de pollution familiale qu'il faut dégager à tout prix. Par la dépendance que lui crée la prise répétitive des drogues, l'adolescent devient un élément gênant, et certains peuvent même développer des comportements criminels, devenir des cambrioleurs, des voleurs dans les sacs à mains, ou des « *Pic Pocket* ».

Le travail que voici se propose en premier lieu de parler des connaissances théoriques et méthodologiques de la recherche. Nous avons défini les concepts-clés qui ont permis de bien éclairer et orienter notre compréhension du phénomène. Nous avons par la suite montré ce que des chercheurs ont écrit à propos de la toxicomanie et de l'adolescence. A la fin de la première partie, nous avons présenté la problématique de notre recherche qui a fait émerger la pertinence du travail, et proposé enfin la démarche méthodologique à suivre.

---

<sup>3</sup> MAXENCE, J. L., L'aide aux toxicomanes, Paris, Edition de drogue et ardent, 1993, p.10.

Au cours de la deuxième partie de ce travail, nous avons présenté les résultats de la recherche et avons trouvé que les parents peuvent découvrir la toxicomanie chez l'adolescent de diverses manières : le physique, le caractère, le décrochage scolaire et les fréquentations de certains lieux par l'adolescent. Tels sont les signes pouvant être découverts par les parents comme pouvant révéler la toxicomanie chez l'adolescent. Nous avons aussi abordé les relations établies entre les parents et l'adolescent toxicomane et avons découvert qu'une mauvaise communication, un style d'autorité parentale rigoureux ou contraignant et une mauvaise cohérence du système parental enfossent l'adolescent dans la toxicomanie. Le dernier chapitre a abordé les perspectives pour améliorer la gestion familiale d'un adolescent toxicomane qui sont : la reconstruction des liens entre parents et adolescents, le traitement de l'adolescent toxicomane ainsi que l'implication de l'adolescent dans son traitement. Nous avons enfin proposé des stratégies pour améliorer la gestion familiale d'un adolescent toxicomane.

### **0.1. Justification du choix du sujet**

Il nous faut donner les mobiles qui ont fait porter notre choix au sujet de la gestion familiale d'un adolescent toxicomane. Quels que soient les contextes socioculturels, l'adolescence est une période privilégiée de quêtes et d'expérimentations nouvelles, propices à l'adoption de comportements à risque. La consommation de drogues appartient à cette panoplie de comportements dont les adolescents sont particulièrement curieux. Il convient avant tout de faire une distinction entre le consommateur occasionnel et le consommateur chronique. Le premier est de loin le plus fréquent et ne doit pas être trop inquiétant, même s'il ne faut pas s'en passer. Sa motivation est souvent liée à un besoin d'affirmation de soi, de recherche de plaisir, de provocation du monde des adultes, de besoin très classique de transgression. Le consommateur chronique a franchi le stade du plaisir pour entrer dans celui de la toxicomanie. Ce type d'adolescent est en rupture avec son milieu familial et presque toujours immergé dans des milieux où la consommation de drogue est importante et valorisée. La toxicomanie est une façon de partir sans partir, de demeurer dans la famille tout en étant loin dans un univers secret, inconnu des parents. Ceux-ci investissent profondément leur rôle et estiment généralement qu'ils offrent suffisamment d'affection, mais tel n'est pas l'avis des adolescents qui revendiquent plus d'attention et de compréhension. Engagés dans une démarche de prise d'autonomie, les adolescents ont tendance à dénoncer les obstacles et les refus parentaux, alors que les parents

déclarent exercer convenablement leur rôle, en fixant des règles et en imposant des limites. Dans le cas général, les parents disent « *qu'être parent c'est exercer deux fonctions essentielles : aimer son enfant, lui exprimer son affection, se porter à son secours en cas de détresse ou de difficulté, c'est aussi convenir des règles de conduite, fixer des limites qu'on ne franchira pas et sanctionner les écarts éventuels* »<sup>4</sup>.

Chacune de ces mesures possède des qualités de validité et de fidélité exigées de tout instrument psychologique, mais aucune n'est exempte de problème.

De ce constat ci-haut, notre étude se case justement dans une soif, une curiosité de vouloir explorer ce qu'il en est de la gestion familiale d'un adolescent toxicomane. En somme, comprendre quels sont les difficultés que rencontrent les parents dans la gestion de leurs enfants toxicomanes en âge d'adolescence.

## **0.2. Délimitation du sujet**

La problématique de la toxicomanie en général et à l'adolescence en particulier ne peut pas être abordée dans un seul travail de mémoire. Le couple adolescence-toxicomanie couvre un champ très vaste. On peut l'aborder sous divers angles : sanitaire, scolaire, psycho-médical, cognitif, affectif, etc. L'on ne peut donc pas prétendre tout aborder d'où la présente recherche est consacrée à un aspect unique, celui de la gestion familiale d'un adolescent toxicomane.

La toxicomanie est aujourd'hui un phénomène de société qui devient de plus en plus dangereux à travers le monde. Ainsi d'après de nombreuses recherches actuelles, c'est un phénomène qui touche beaucoup plus les jeunes et en particulier les adolescents. A travers la littérature, la toxicomanie se retrouve être de nos jours le sujet qui fait couler beaucoup d'encre. Voici quelques-uns des travaux qui ont été faits sur ce sujet :

CARCEL<sup>5</sup>, s'adresse d'abord à tous ceux qui n'y connaissent rien : « *les parents responsables de l'éducation et de l'avenir de leur enfant qui veulent s'informer pour pouvoir le mettre en garde intelligemment, ou les parents et proches d'usager de drogue qui se trouvent souvent dans une situation qu'ils ne comprennent pas et ne maîtrisent plus* ».

<sup>4</sup> ARTHUR, M., *Notre chère famille*, Paris, Flammarion, 2010, p.4.

<sup>5</sup> CARCEL, J P., *Drogues et toxicomanie - s'informer, comprendre, agir*, Paris, Ellipses, 2006, p.4.

Il s'adresse à tous ceux qui pensent que tout est bien : le fumeur de cannabis, celui qui gobe un cachet d'ecstasy ou l'usager de toute autre drogue qui pense que son geste est anodin. Il s'adresse également au consommateur de drogue qui, conscient qu'il s'est fait piéger, souhaite arrêter sa consommation, sans y parvenir. Il s'adresse enfin aux étudiants et à toute personne qui se destinent à une action sociale et qui ne peut ignorer le phénomène de l'usage de drogue. Il apporte dans un but de prévention une information claire et précise sur les drogues et leur usage, leurs effets et leurs dangers, sur les causes de la toxicomanie et les conseils aux parents, sur l'aide que peuvent trouver les toxicomanes et les familles, enfin sur les textes de loi concernant les drogues et les usagers de drogue.

CURTET, quant à lui, estime que *« dans l'immense majorité des cas, ce n'est pas le produit qui fait la toxicomanie, c'est la motivation. Les toxicomanes sont des gens qui fuient une réalité relationnelle insupportable ou un environnement social dévasté. Et leur fuite les fait sombrer dans la démesure. Pour réduire la toxicomanie, il faut se donner les moyens d'une meilleure prévention »*<sup>6</sup>.

L'auteur se propose de nourrir une réflexion et de poser les termes d'un débat qui sont d'une actualité toujours plus pressante.

Au Burundi, l'on peut trouver aussi des ouvrages d'autres chercheurs qui ont travaillé sur le sujet de la toxicomanie. SIMBANANIYE<sup>7</sup> a fait un remarquer que le phénomène de la drogue en mairie de Bujumbura est une réalité complexe et que les personnes les plus touchées sont les adolescents et les adultes jeunes de sexe masculin.

NDAYISHIMIYE<sup>8</sup>, quant à lui, s'est préoccupé de la consommation de la drogue et ses effets psychosociaux chez les enfants de la rue. Il constate que la drogue la plus consommée est le cannabis et que les raisons qui poussent les enfants de la rue à consommer cette drogue sont principalement la curiosité, la recherche de ses effets, l'influence des pairs mais aussi surmonter les conditions dures de la vie quotidienne.

<sup>6</sup> CURTET, F., *La drogue*, Toulouse, Editions MILAN, 2009, p.45.

<sup>7</sup> SIMBANANIYE, E., *Contribution à l'étude du phénomène de la drogue au Burundi*, Mémoire de licence, Bujumbura, U.B., F. P. S. E, 1998, pp.72-75.

<sup>8</sup> NDAYISHIMIYE, E., *Etude de la toxicomanie et de ses effets psychosociaux chez les enfants de la rue*, Mémoire de licence, Bujumbura, U.B., F. P. S. E, 2002, p.110.

Enfin, NSHIMIRIMANA<sup>9</sup>, a fait son étude sur les facteurs de rechute chez les toxicomanes. Elle a constaté que l'inobservance thérapeutique favorise la rechute chez les toxicomanes au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge. De son étude, il ressort que la qualité de la prise en charge et la relation soignant-soigné est de mauvaise qualité, ce qui constitue un des facteurs de rechute.

Notre recherche continue sur la route tracée par les prédécesseurs et veut comprendre davantage le phénomène de la toxicomanie chez les adolescents, spécialement en ce qui est de la gestion parentale des adolescents toxicomanes.

---

<sup>9</sup> NSHIMIRIMANA, A., Etude des facteurs de rechute chez les toxicomanes, Mémoire de licence, Bujumbura, U.B., F.P.S.E, 2013, p.89.

**PREMIERE PARTIE :**

**CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

## CHAPITRE 1: ELUCIDATION DES CONCEPTS-CLES

### 1.0 Introduction

Le sens qu'on accorde à certains termes peut ne pas faciliter la compréhension du lecteur. Il est donc impérieux de lancer une recherche après avoir mis au clair et bien élucidé les termes clés de la recherche. C'est pourquoi ce chapitre a pour but d'éclaircir les termes qui font la toile de fond de cette recherche à savoir la drogue, les stupéfiants, la toxicomanie, les substances psychoactives, les psychotropes, la dépendance, la pharmacodépendance, la déviance et l'adolescence.

### 1.1. La drogue

Pour SILLAMY, « *la drogue est un produit naturel ou synthétique capable de modifier le comportement de celui qui le consomme et d'engendrer une dépendance.* »<sup>10</sup>

Quant à OUGHOURHIAN, il considère la drogue comme « *une substance qui, par sa composition chimique, peut altérer la structure ou le fonctionnement d'un organisme vivant.* »<sup>11</sup>

Tous les deux chercheurs s'accordent sur le fait que la drogue est un produit qui agit, ou altère le comportement d'une personne qui s'en sert.

DORON et POROT définissent la drogue comme « *une substance ayant des propriétés pharmacologiques particulières, dans la mesure où elle entraîne une tolérance et une dépendance* »<sup>12</sup>

Si tous s'en étaient arrêtés juste là, on aurait raté un ingrédient bien propre pour donner un sens complet au lecteur et c'est cela que DORON et POROT nous laissent découvrir dans la deuxième partie de la définition de la drogue comme étant « *une substance illégale ou non utilisée dans un but théoriquement non pharmaceutique de recherche du plaisir, d'évitement de la douleur physique ou psychique.* »<sup>13</sup>.

Dans la présente recherche, nous avons considéré la drogue comme un produit ou un médicament pris illégalement dans le but ou dans une perspective personnelle et qui est soit avalé, inhalé ou

<sup>10</sup> SILLAMY, N., Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris, Bordas, 1980, p.393.

<sup>11</sup> OUGHOURHIAN, J.M., La personne du toxicomane, Toulouse, Ed. Cujas, 1996, p.31.

<sup>12</sup> DORON, R., et PAROT, F., Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 1991, p.231.

<sup>13</sup> Idem, p.214.

injecté, ayant une action de modifier l'activité du cerveau. La drogue fait rêver, procure un sentiment de bien-être, et plus un individu se drogue, plus il en devient dépendant et ne peut plus s'en passer. La drogue devient pour lui une raison d'exister, et c'est peu à peu que l'individu se retrouve pris dans un piège du fait qu'il n'est pas facile de s'en passer.

## 1.2. La toxicomanie

L'OMS définit la toxicomanie comme étant « *un comportement qui consiste à consommer d'une façon habituelle ou périodique, un ou plusieurs produits psychotropes (drogues) susceptibles d'engendrer une accoutumance ou un état de dépendance physique et/ou psychique.* »<sup>14</sup>

La toxicomanie est caractérisée par un invincible désir de continuer à consommer la drogue et le toxicomane cherche par tous les moyens possibles de s'en procurer encore davantage et il aura tendance à augmenter la dose.

De par son étymologie, « *la toxicomanie se traduit comme étant la folie de la prise d'un poison et ce, non d'une façon occasionnelle, un ou plusieurs produits toxiques sans motif thérapeutique. La caractéristique majeure de la toxicomanie c'est donc cette dépendance, ce sentiment du vouloir encore, le besoin de vouloir prendre la drogue encore plus. La sensation de vouloir prendre la drogue devient irrésistible.* »<sup>15</sup>

Une distinction s'impose entre usager occasionnel de la drogue et toxicomane. On ne parle de toxicomane que quand le consommateur éprouve un besoin impérieux de s'injecter, inhaler, ou fumer une substance ou un produit toxique dans le but de se procurer du plaisir, ou fuir une responsabilité sociale. Pour le toxicomane, quand il prend la drogue, il éprouve un sentiment de satisfaction interne, soutenu par un besoin d'en prendre encore, alors que l'utilisateur occasionnel prend la drogue d'une façon récréative, mais ceci ne veut pas dire qu'il ne constitue pas un danger, car c'est dans la catégorie des usagers récréatifs de la drogue que naissent en grande partie les toxicomanes. Ce qu'il faut savoir sur le toxicomane est que, ce dernier peut être dépendant d'un seul produit tout comme il peut être dépendant de plusieurs produits à la fois et on parle de polytoxicomanie.

---

<sup>14</sup> OMS, Rapport de santé : toxicomanie et addiction, Genève, 2001, p.15.

<sup>15</sup> Ibidem.

### 1.3. La dépendance

VARENNE précise que « *la dépendance est un état qui résulte de l'absorption, périodiquement ou continuellement répétée d'une certaine drogue* »<sup>16</sup>. De cette définition, il est clair que la dépendance résulte d'une consommation non occasionnelle d'une drogue ou d'un produit toxique, mais d'une consommation régulière. Le sujet dépendant n'est plus à mesure de s'abstenir de ce produit ou de cette drogue, car son bien être en dépend.

Le degré de dépendance varie en fonction de la dangerosité de la drogue ou du produit dont l'usager se sert, de la quantité et de la fréquence de la prise et c'est la répétition de la prise de la drogue qui donne lieu au besoin impérieux et sa recherche compulsive. La dépendance peut être psychique ou physique

#### 1.3.1. La dépendance psychique

La dépendance psychique correspond au désir de reproduire l'expérience procurée par la prise d'un produit toxique, dans la mesure où cette prise réduit un inconfort psychique. La prise de la drogue est liée en cas de dépendance psychique au besoin intense de jouir du plaisir déjà découvert à travers les consommations antérieures, et le consommateur ne se préoccupe plus des conséquences que peuvent engendrer cette prise comme le précise BISMUTH, pour qui la dépendance psychique est « *le besoin d'un produit consommé en dépit de sa volonté et malgré les conséquences néfastes qui en résultent.* »<sup>17</sup>

La dépendance psychique repose beaucoup plus sur le caractère du sujet dépendant (habitude, état affectif, style de vie), que sur la substance elle-même. C'est le souvenir du plaisir associé à l'objet de dépendance auquel le sujet repense avec nostalgie. La dépendance psychique traduit une envie extrême de consommer et de ressentir les effets du produit et elle s'apparente aux sensations physiologiques de faim et de soif.

Pour un individu psychiquement dépendant de la drogue, la composante psychique devient l'envie de l'individu de recommencer ; elle s'instaure lorsque les pensées, les sentiments et les

<sup>16</sup> VARENNE, G., *Abus de drogues*, Bruxelles I, Galerie des princes, 1971, p.32.

<sup>17</sup> BISMUTH, C., *Toxicologie clinique*, Paris, Flammarion, 2000, p.937.

activités d'une personne gravitent autour de la drogue et qu'il devient très difficile pour le sujet de cesser d'en consommer ou même d'y penser.

### 1.3.2. La dépendance physique

On parle de dépendance physique lorsque le corps s'habitue à la drogue ; c'est dire que le corps en a besoin pour fonctionner. Le consommateur doit sans cesse augmenter la dose pour que l'effet reste le même, identique. Si au contraire, il en diminue la dose ou arrête la consommation, le consommateur ressent un effet de manque. VIOLA et BOTTA indiquent que « *la dépendance physique est un besoin entraînant l'apparition de signes cliniques graves, constituant l'état de manque lors du sevrage.* »<sup>18</sup>

Si le sujet est dépendant physiquement, il ressent le besoin de consommer la drogue sous peine de ressentir des douleurs spécifiques du syndrome de manque. La dépendance se produit lorsque l'organisme du consommateur de drogue devient si habitué à une drogue donnée qu'il ne peut fonctionner normalement qu'avec la drogue. Lorsqu'il réduit radicalement la dose ou arrête subitement, il risque de ressentir toute une gamme de symptômes allant même jusqu'à des convulsions, ces symptômes sont désignés sous le nom de "syndrome de sevrage".

Certaines drogues à l'exemple de la cocaïne ne développent pas une dépendance physique, mais elles ne sont pas moins dangereuses pour autant. Selon TIMON, « *inhaler la cocaïne n'entraîne pas un état de manque, alors que cette drogue provoque rapidement une grave dépendance psychique.* »<sup>19</sup>

### 1.4. La pharmacodépendance

Le phénomène de dépendance d'un individu vis-à-vis d'un médicament a été dénommé pharmacodépendance par l'organisation mondiale de la santé (OMS), qui en donne la définition suivante : « *Etat psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre l'organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon*

---

<sup>18</sup> VIOLA, A. et BOTTA, A., *Toxicologie*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Lavoisier, 2007, p.797.

<sup>19</sup> TIMON, R., *La cocaïne : La peste dans notre société*, Québec, Gaëtan-Morin, 1981, p.12.

*continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut ou non s'accompagner de la tolérance. »<sup>20</sup>*

Cette définition met une nette différence entre tolérance et dépendance. La tolérance ne désigne que l'atténuation progressive de l'effet d'une dose donnée de médicament lorsqu'elle est répétée, ce qui oblige à augmenter la dose pour retrouver l'effet et n'entraîne pas obligatoirement un état de pharmacodépendance; l'état de dépendance créé par l'utilisation de médicaments initialement prescrits à des fins thérapeutiques, aboutit malheureusement à leur utilisation ultérieure non justifiée par une raison médicale, par l'individu devenu esclave du cercle vicieux très difficile à rompre.

### **1.5. Les psychotropes**

L'OMS définit un psychotrope comme « *une substance qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux, sans préjuger de sa capacité à induire des phénomènes de dépendance, ni de son éventuelle toxicité* »<sup>21</sup>. En altérant de la sorte le fonctionnement du cerveau, un psychotrope induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience, et d'autres fonctions psychologiques et comportementales. L'effet ressenti lors de l'usage d'un psychotrope est parfois désigné sous le terme de « *effet psychotrope* ».

Toute substance, d'origine naturelle ou artificielle, susceptible de modifier le comportement et l'activité mentale est un psychotrope.

### **1.6. Les stupéfiants**

Un stupéfiant est aussi appelé une drogue. C'est un psychotrope qui est interdit aux sujets, et qui est soumis à une réglementation souvent parce qu'il est susceptible d'engendrer une consommation problématique. C'est à dire qu'un stupéfiant est capable de nuire au bon fonctionnement du système nerveux.

Dans la littérature, le terme stupéfiant avait à l'origine un sens pharmacologique et il a subi un glissement suite à son usage juridique. Il désigne l'ensemble des substances susceptibles

<sup>20</sup> OMS, Op.cit., p.19.

<sup>21</sup> OMS, Abus des substances, Genève, 1993, p.9.

d'induire des effets sur le système nerveux central, proche des opiacés, comme les narcotiques et les euphorisants du grec : *euphero* qui traduit « *un bien que l'on peut supporter* » qui est une condition mentale et émotionnelle présentant un état de bien-être de l'exaltation de la joie et de l'excitation : sensation de joie interne accompagnée de satisfaction.

Mais depuis son utilisation officielle par l'ONU pour désigner « *les substances classées dans les tableaux des substances dangereuses de la convention de 1961, soit des antidépresseurs du système nerveux central, il est devenu un terme de droit regroupant l'ensemble de ces produits.* »<sup>22</sup>.

un stupéfiant est une substance psychoactive interdite ou strictement réglementée, susceptible d'entraîner une dépendance.

### 1.7. La déviance

Ce comportement de la déviance est souvent observé chez les adolescents. « *Les adolescents sont souvent en proie à un sentiment d'impuissance, du fait du peu de moyens dont ils disposent pour construire leur propre vie. Ils ont l'impression d'être en situation marginale et de ne jouer aucun rôle social clairement défini. Ils ont alors tendance à chercher ailleurs le respect auquel ils estiment avoir droit* »<sup>23</sup>. Les adolescents peuvent vouloir établir pour leur monde, où les adultes sont exclus, leurs propres règles et priorités et consacrer leur temps à poursuivre des activités irresponsables ou déviantes. « *Les comportements déviants peuvent prendre de nombreuses formes. Les sentiments de frustration, d'injustice ou de colère peuvent conduire à des incivilités, à des dégradations de biens publics ou privés, ou encore à la délinquance et à la toxicomanie, mais surtout et prioritairement à l'abus d'alcool.* »<sup>24</sup>

L'adolescence constitue un moment privilégié pour expérimenter des réalités nouvelles en dehors du contrôle parental et de nombreuses études indiquent un accroissement significatif des conduites déviantes tout au cours de l'adolescence et une réduction de ces conduites au début de l'âge adulte. Beaucoup de garçons et de filles vont expérimenter pour la première fois durant

<sup>22</sup> [www.undc.org/convention](http://www.undc.org/convention) unique sur les stupéfiants de 1961

<sup>23</sup> CLAES, M. ; LACOURSE, E. et BOUCHARD, C., *Adolescent's and parent's relationship*, Budapest (Hongrie), Kalmus, 1998, p.26.

<sup>24</sup> CLOUTIER, R. et GROLEAU, G., *La communication parents-adolescents.*, Paris, Ellipse, 1987, p. 6.

l'adolescence des conduites comme la consommation d'alcool et de drogues ou vont s'engager dans des actes délictueux tels le vandalisme ou le vol. Certains adolescents vont s'engager dans une constellation de conduites déviantes. Ce groupe présente des risques sérieux de connaître des problèmes qui menacent la croissance et hypothèquent le développement ultérieur : échec et abandon scolaire, consommation abusive d'alcool et de drogues ou perpétuation des conduites délinquantes. La déviance est donc l'ensemble des comportements non conformes aux normes sociales.

### 1.8. La famille

Une famille est une communauté d'individus réunis par les liens de parenté existant dans toutes les sociétés humaines. La famille est dotée d'un nom, d'un domicile et crée entre ses membres une obligation de solidarité morale, matérielle, censée les protéger et favoriser leur développement social, physique et affectif. La famille est essentiellement définie par les liens de parenté constatés par la généalogie familiale. Elle recouvre aujourd'hui des ensembles plus ou moins importants et diversifiés allant de la famille nombreuse à la famille monoparentale, et la famille recomposée. Les relations de parenté résultent principalement de la filiation, de l'alliance et de l'adoption, en fonction des règles qui diffèrent dans les sociétés et les époques. Elles tendent généralement à recommander et promouvoir des relations exogamiques entre les personnes, d'où l'interdit visant généralement les relations sexuelles, et donc les alliances entre les membres d'une même famille et a fortiori, celui de l'inceste.

Selon FLANDRIN, « *la famille désigne l'ensemble des personnes liées entre elles par le mariage, la filiation ou encore la succession des individus qui descendent les uns des autres, c'est-à-dire une lignée, une race, une dynastie. Elle est l'ensemble des personnes apparentées vivant sous le même toit, et plus spécialement : le père, la mère, et les enfants.* »<sup>25</sup>. Ainsi, la famille est considérée comme étant un ensemble de personnes doté d'un nom, d'un domicile, et qui crée entre ses membres une obligation de solidarité morale.

---

<sup>25</sup> FLANDRIN, J. L., Famille, parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société. Paris, Ed. du seuil, 1984, p.10.

## 1.9. L'adolescence

Du latin « *adolescere* » qui signifie l'être qui grandit ou qui est en train de grandir. L'adolescence constitue une importante période de transition dans le cours du développement humain. Elle est considérée comme une période centrale dans le développement de l'individu. Cette période se caractérise par de nombreuses et importantes transformations qui touchent tous les aspects du développement « *l'adolescence est une période de modifications corporelles, d'ouvertures relationnelles, de recherche d'identité, de curiosité, de quête d'autonomie, d'attrance vers ce qui est interdit, voire dangereux, d'attrait vers ce qui est censé être réservé au monde des adultes.* »<sup>26</sup>.

Dans cette phase de remaniement de la personnalité, certains adolescents peuvent être amenés à consommer des drogues, et à l'utilisation de substances psychoactives comme le tabac, d'alcool, le cannabis ou autres produits illégaux, et l'usage débute le plus souvent avant l'âge de 20 ans.

Si l'adolescence est devenue à partir de la révolution industrielle une préoccupation pour les scientifiques, il apparaît de façon très prononcée dans la littérature que les définitions de l'adolescence varient selon que l'on se situe dans une perspective psychologique, sociologique ou biologique.

Sur le plan psychologique, l'adolescence se présente comme « *un état d'esprit, une manière d'être qui débute à peu près à la puberté et se termine lorsque l'individu a acquis son indépendance d'action. C'est-à-dire lorsqu'il est socialement et émotionnellement mûr et qu'il possède l'expérience et la motivation nécessaire à la réalisation du rôle d'adulte.* »<sup>27</sup>.

Dans une perspective psychanalytique, « *l'adolescence est vue comme une période où l'individu laisse les figures d'attachement infantile pour se tourner vers d'autres figures d'attachement.* »<sup>28</sup>

Dans une perspective plutôt sociologique, l'on considère l'adolescence comme « *une période de marginalisation et de subordination imposée à un groupe d'âge qui possède toutes les caractéristiques pour être vu comme adulte.* »<sup>29</sup>.

<sup>26</sup> ROLANDE, M., Pour mieux comprendre l'adolescent, Paris, Ed du seuil, 1981, p. 17.

<sup>27</sup> Idem, p.50.

<sup>28</sup> ROLANDE, M., Op.Cit., p.52.

Les différentes définitions ci-haut mentionnées montrent très clairement qu'il n'est pas aisé de trouver une définition unique de l'adolescence. Il est retenu la définition de BEDIN pour qui l'adolescence est une « *période de transition durant laquelle, l'enfant change physiquement, mentalement et cognitivement pour devenir adulte.* »<sup>30</sup>

Il importe par ailleurs de souligner que l'adolescence est tout aussi marquée par des changements au niveau des relations que l'individu adolescent entretient avec son milieu. L'adolescence représente donc une période où l'individu fait face à des réalités nouvelles sur le plan physiologique, psychologique et social.

---

<sup>29</sup> Ibidem

<sup>30</sup> BEDIN, V., Qu'est-ce que l'adolescence?, Auxerre, Ed. Sciences humaines, 2009, p.55.

## CHAPITRE 2 : QUELQUES GENERALITES SUR L'ADOLESCENCE

### 2.0. Introduction

L'adolescence est une période particulière de la vie, souvent mouvementée et pas simple à aborder pour beaucoup de parents. Les troubles qui caractérisent l'adolescence sont des alternances d'épisodes d'agitation, de calme, d'euphorie, de déprime. Il est difficile pour les parents de faire la part des choses, d'évaluer l'aspect anormal d'un de ces cycles et d'envisager une aide psychologique, ou tout simplement parentale.

L'adolescence est un âge de changement, période de passage, où l'adolescent n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte. Le double mouvement constitué par le reniement de l'enfance d'une part et la recherche du statut d'adulte de l'autre, est à l'origine de la crise, du processus psychique que traverse tout adolescent. Sous la pression des événements biologiques et corporels de la puberté, on assiste à la réactivation des intérêts sexuels chez beaucoup d'adolescents. Les conflits se situent à différents niveaux : indépendance vis-à-vis des parents ; nouveau rapport au corps, modifié dans sa morphologie du fait de l'apparition des caractères sexuels secondaires, deuil des objets infantiles, tendance au repli narcissique, questionnement sur l'identité. Ce chapitre met en évidence le poids respectif de chacun des paramètres constituant l'adolescent.

### 2.1. Dynamique à l'adolescence

L'adolescence est essentiellement présentée comme l'achèvement du développement de l'enfant et simultanément elle est volontiers décrite comme le temps de tous les bouleversements. La notion de crise d'originalité juvénile, apportée par DEBESSE <sup>31</sup> doit probablement son succès à cette ambiguïté. En son nom on a volontiers considéré comme " normales " pour cet âge les conduites les plus atypiques.

Quant à EISSLER, « *un adolescent en psychothérapie était susceptible de présenter des tableaux cliniques évocateurs de toute la pathologie psychiatrique, borderline bien sûr mais aussi schizophrénique, sans conséquences pour son avenir, si les données évolutives actuelles sont moins optimistes, il n'en demeure pas moins qu'une telle position est largement partagée, au moins sous une forme plus atténuée. Les troubles des conduites des adolescents ne prêteraient*

<sup>31</sup> DEBESSE, M., la crise d'originalité juvénile, Paris, Librairie Félix Alcan, 1938, p.229.

*pas à conséquence. Ce serait la rançon de la crise, assimilée à une désorganisation temporaire, au moment où le jeune adolescent quitte les appuis de l'enfance sans avoir encore trouvé ceux de l'âge adulte. Il s'y ajouterait les effets de la maturation pulsionnelle, effets quantitatifs qui pousseraient l'adolescent dans des conduites d'essai anarchiques avant de pouvoir les canaliser de façon plus stable.»<sup>32</sup>*

L'adolescence est ainsi considérée, plus d'ailleurs que véritablement décrite, sous l'angle d'une crise d'adaptation à un corps nouveau, à des valeurs nouvelles et surtout à une force nouvelle, l'adolescent reprenant désormais à son compte une partie importante de ce qui avait été délégué aux parents. Le point de vue est plus descriptif qu'explicatif et on ne saisit pas bien la nature des changements engagés, qui apparaissent plus d'ordre quantitatif que qualitatif. L'adolescent se retrouve avec une énergie nouvelle qui lui sert à rompre les liens avec le passé, mais qu'il ne sait pas bien encore comment l'employer. Passé le temps de la crise, l'adolescent se situerait dans la continuité de son passé et si des changements conséquents surviennent, ils appartiennent avant tout à la pathologie. Selon EDMOND, « *la schizophrénie représente le risque par excellence et le dilemme s'est longtemps situé entre cette dernière et une crise d'originalité qui finirait par rentrer dans l'ordre.* »<sup>33</sup>. Depuis ces dernières décennies, la situation s'est certes nuancée avec la mise en avant de l'importance des troubles de l'humeur à cet âge et la description des états limites et des pathologies de la personnalité. Cependant là encore, le changement est-il le fait de l'adolescence ou celle-ci ne fait-elle que révéler une fragilité, sinon une pathologie constituée, antérieure ? Et si oui, qu'est-ce qui dans le phénomène de l'adolescence serait susceptible de faciliter une expression manifeste d'une pathologie déjà inscrite ? La réponse à cette question se trouverait dans tout ce qui constitue le développement de l'adolescent depuis sa naissance.

---

<sup>32</sup> EISSLER, K., *Etude psychanalytique des adolescents*, Paris, P.U.F, 1980, p.356.

<sup>33</sup> EDMOND, G.L., *Les troubles de l'adolescent*, Paris, PUF, 1992, p.39.

## 2.2. Les changements à l'adolescence

L'adolescence se reconnaît aisément. « *Elle se manifeste ouvertement par une série de changements qui affectent en premier le corps, mais également les attitudes de l'adolescent et celles de son entourage et du groupe social à son égard* »<sup>34</sup>. Ce sont ces modifications du corps, liées à la puberté, qui introduisent l'adolescence comme phénomène et reflètent son développement jusqu'à l'acquisition complète des caractères sexuels secondaires et l'achèvement de la croissance. « *La fin de l'adolescence est par contre beaucoup plus difficile à déterminer et appelle le recours à d'autres critères, d'ordre psychologique et psychosocial, celui de l'âge traduisant surtout cet embarras* »<sup>35</sup>. Vingt ans est alors le plus souvent retenu, bien que la notion, relativement nouvelle de post adolescence permette de repousser cette limite, et de prendre en compte les nuances et la progressivité de l'entrée dans l'état d'adulte.

### 2.2.1. Le changement du corps

C'est l'élément pivot de l'adolescence. C'est sa transformation sous l'effet des modifications hormonales de la puberté qui introduit les changements de l'adolescence. Le psychanalyste MARTY rend compte, dans son article, de la difficulté d'assumer ce « *corps étranger* » qui, au-delà de sa réalité physiologique, possède une dimension symbolique fondatrice du sentiment d'être un soi : « *A l'adolescence, le corps n'est pas seulement une réalité biologique qui rend visibles les transformations pubertaires ; c'est un paradigme essentiel pour comprendre la plupart des problématiques d'adolescence, à commencer par celle, fondamentale, de l'identité* »<sup>36</sup>. Le corps de l'adolescent révèle les particularités de son statut psychique. Il participe intimement dans la vie psychique. Il en est un révélateur et un des moyens d'expression privilégié.

Selon CHIKH, psychologue responsable de Fil Santé Jeunes, « *dans un espace décorporé, l'adolescent peut parler librement dans l'anonymat de son corps et s'adresser à des*

---

<sup>34</sup> EDMOND, G.L, Op. Cit, p.16.

<sup>35</sup> Ibidem.

<sup>36</sup> MARTY, F., cité par ROLANDE M., in Op.Cit, p.51.

*professionnels (médecins et psychologues) »<sup>37</sup>. Par la mise à distance du corps, du fait de l'absence du regard, l'adolescent donne libre cours aux angoisses et turbulences qui l'habitent.*

Le corps résiste, et c'est peut-être ce qui explique qu'il soit si fréquemment sollicité quand l'identité est mise à l'épreuve. On comprend que ce double statut d'appartenance au monde psychique interne et à la réalité externe lui confère une place privilégiée dans l'organisation et l'expression des manifestations psychopathologiques, dès lors que la problématique identificatoire est au premier plan. C'est évidemment tout particulièrement le cas à l'adolescence. *« Il est partie intégrante de la représentation de soi, mais en même temps il est perçu par la psyché comme un corps étranger, dans la mesure où il échappe à son contrôle et la plonge dans une situation de passivité. La psyché assiste en effet, impuissante aux transformations du corps qu'elle suit ou au maximum accompagne, mais qu'elle ne décide pas : les règles, les premières éjaculations, les caractères sexuels secondaires, autant de réalités qui s'imposent à elle »<sup>38</sup>. Il y a lieu de retrouver dans ces propos un écart entre la psyché et le soma, tel qu'il se révèle crûment à l'adolescence.*

Ce corps potentiellement étranger, qui perd avec l'adolescence sa familiarité, qu'il va falloir réapprendre à aimer et à assimiler à son image de soi, est aussi un corps incestueux, fruit de l'union des parents, représentant privilégié de la scène primitive et des parents combinés. Les attaques, les rejets globaux ou focalisés dont il est l'objet sont toujours des attaques contre les objets internes et les figures parentales et, à travers eux, atteignent bien sûr le narcissisme du sujet et la représentation de lui-même qu'ils contribuent à altérer et à amputer. En attaquant et en rejetant tout ou partie de son corps, c'est avec ses parents que l'adolescent règle ses comptes, mais c'est tout ou partie de lui-même qu'il répudie, avec les risques qu'une telle attitude fait courir à son équilibre ultérieur.

### **2.2.2. Le changement de statut**

Le changement de statut chez l'adolescent est censé marquer le passage de l'enfance à l'adolescence et n'offre pas les mêmes repères tangibles que les modifications pubertaires du corps ou que les rituels d'initiation.

<sup>37</sup> MC CHIKH, A., *Fil santé Jeune Rapport du 3<sup>ème</sup> trimestre*, 2006, p.29.

<sup>38</sup> ROLANDE, M., *Op.Cit*, p.52.

Selon BRUSSET il s'agit « *de phénomènes subtils, difficiles à repérer, très polymorphes dans leurs formes comme dans leurs rythmes selon les milieux sociaux et les sociétés, selon l'évolution de la culture, mais qui n'en semblent pas moins avoir un impact important sur la personnalité de l'adolescent et son évolution* »<sup>39</sup>.

Le phénomène dont parle BRUSSET, est avant tout psychosocial et à ce titre fait intervenir beaucoup de déterminants. Malgré ce polymorphisme et la dilution du phénomène sur l'ensemble de la durée de l'adolescence, il apparaît comme une exigence que toute société impose à l'adolescent, mais aussi à son entourage immédiat. On ne peut ne pas établir de corrélations entre cette injonction et l'accession à un corps apte à agir aux pulsions, le groupe social assurant ainsi la mise en œuvre des interdits de l'inceste et du parricide par un aménagement, pas seulement symbolique, de l'espace et de nouvelles distances relationnelles entre l'adolescent et sa famille.

Cette injonction peut apparaître, dans les sociétés modernes, quelque peu paradoxale dans la mesure où l'évolution sociale fait que la société ne donne plus à ses adolescents les moyens de cette prise de distance et de leur autonomie et que ceux-ci vont être contraints de prolonger une dépendance matérielle et souvent morale, ainsi qu'une cohabitation physique bien au-delà de la fin habituelle de l'adolescence, rendant ainsi très actuelle la question de la post-adolescence.

Son impact n'en reste pas moins sensible et tout adolescent peut voir que l'image sociale qui lui est renvoyée situe son avenir en dehors de sa famille d'origine. Cette pression exogamique se reflète dans les choix amoureux et la recherche de partenaires sexuels hors du cercle familial, ainsi qu'au travers de toutes les variétés de médiations que la société interpose entre l'adolescent et sa famille : écoles, groupes divers, etc.

### **2.2.3. Le changement d'attitudes**

Le changement d'attitudes figure parmi les stéréotypes de l'adolescence. La notion de crise d'originalité juvénile correspond bien à cette émergence brutale de comportements originaux c'est-à-dire qui apparaissent en rupture avec la norme des conduites antérieures de l'adolescent et avec celles de son environnement. Les relations avec l'entourage proche sont ainsi l'expression la plus commune de ce changement. Tout se passe comme si on assistait à une soudaine réduction

<sup>39</sup> BRUSSET, B., *Les psychothérapies*, Paris, P.U.F, 2005, p.45.

de la distance entre l'adolescent et ses parents. Cette distance se marque très concrètement par toute une série de manifestations de la vie quotidienne qui témoignent que l'adolescent voit son espace brutalement rempli par une omniprésence de ses parents avec un sentiment d'invasion et de promiscuité permanente comme si leur seule présence impliquait un contact quasi physique source de réactions de rejet, voire de dégoût. « *Tout se passe comme s'il venait juste de remarquer que ses parents étaient pourvus d'un corps dont il se met à percevoir ce qu'il juge en être les défauts, et dont la seule pesanteur comme les odeurs qui en émanent sont volontiers source d'irritation et jugées intolérables. Ainsi du jour au lendemain, il cesse les câlins sur les genoux, fuit le lit parental, dans lequel il avait tant de plaisir à se glisser auparavant les jours de grasse matinée, et refuse les simples baisers, même de convention, dont il était si prodigue auparavant.* »<sup>40</sup>

C'est l'époque où le familier est volontiers synonyme de repoussant. Cette mise à distance physique va se traduire souvent au sein même du territoire familial par une redistribution particulière de l'espace : « *évitement de la chambre parentale, fuite des espaces communs, recherche d'un espace privé, enfermement dans la chambre, attitudes négativistes de mise à distance, utilisation des espaces extrafamiliaux : domicile des amis, lieux de réunion...* »<sup>41</sup>. Ce sont des façons pour l'adolescent de se montrer différent de l'enfant d'hier pour les parents.

#### **2.4. Les rites d'initiation**

Ils se situent aux confins de l'individuel, du corporel et du psychologique et du social. Ils sont chargés d'en aménager l'articulation. « *On rencontre un certain nombre de grandes constantes dans la pratique de ces rites : le souci des adultes de contrôler les adolescents, la soumission de ces derniers, la violence des épreuves et l'importance donnée au corps propre de l'adolescent comme à la différence des sexes et des générations.* »<sup>42</sup>

Le schéma initiatique comporte donc un certain nombre de constantes dominées par l'importance accordée à l'agir et à la concrétisation des transformations de statut par l'utilisation du corps de l'adolescent et de l'espace. L'ensemble des processus de séparation d'avec la mère, de rupture

<sup>40</sup> BRUSSET, B., *Op. Cit.*, p.64.

<sup>41</sup> *Idem*, p.69.

<sup>42</sup> ROLANDE, M., *Op. Cit.*, p.56.

avec le monde de l'enfance, d'envie et de rivalité avec les adultes, d'adoption d'une identité sexuelle stable au détriment de la bisexualité, de confrontation avec l'autre sexe, reste fondamentalement des opérations psychiques internes à l'adolescent qui devra les faire siennes et les vivre. « *Mais dans un premier temps elles seront toutes entières extériorisées et prises en charge par la société des adultes qui va offrir aux adolescents une représentation codifiée de ces changements.* »<sup>43</sup> Les interprétations des rites d'initiation varient avec les modèles qui servent de grille de lecture. Elles peuvent être vues comme complémentaires mais sont parfois contradictoires ; or, ce sont ces contradictions qui nous interrogeront le plus. On trouve dans le rite, à savoir qu'il juxtapose les contradictions et autorise des niveaux différents d'interprétation, en même temps qu'une fois accompli il confère des pouvoirs particuliers, concrétisés par le partage de secrets, et renforce l'identité de l'intéressé. « *La fonction du rite rejoindrait celle du mythe et serait une façon pour une culture de rendre compte des rapports de réalité paradoxaux, faits de contradictions situées sur des plans différents.* »<sup>44</sup> Selon le même auteur, le mythe aurait pour tâche de lier et de faire coexister ces contradictions dans des relations qui ne sont pas de l'ordre de la logique mais qui procèdent (comme les processus primaires) par condensations et déplacements grâce au support d'une histoire, objet de remaniements successifs, et qui ne saurait se figer sauf à se condamner à mourir.

Dans cette perspective, le mythe peut être vu comme un roman des origines par lequel une culture tente de penser et de donner forme à ces mystères que sont la différence des sexes et des générations et pour chaque individu, la bisexualité, l'identification et la filiation.

Une interrogation demeure cependant, comment se fait-il que le mythe ne suffise pas et que le rite devienne nécessaire ? Notamment le rite d'initiation pour lequel le corps est si vivement sollicité qu'il doit à tout jamais en porter la marque ?

Le rite a une portée essentielle sur l'économie psychique des adolescents « *il répond à une situation de tension psychique intense, ressentie comme menaçante par les individus, que le groupe reprend à son compte et à laquelle il se charge de donner un sens.* »<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> ROLANDE, M., *Op.Cit.*, p. 60.

<sup>44</sup> *Idem*, p.70.

<sup>45</sup> *Ibidem*.

Quant aux contenus des désirs auxquels le rite offre une occasion de décharge, ils peuvent être multiples et même contradictoires, comme on vient de l'évoquer. Selon SIMONE : « *Cette polysémie du rite est d'autant plus importante qu'elle paraît être un facteur de renforcement de l'identité de l'individu. La pluralité des interprétations possibles, leur caractère en quelque sorte indécidable et doit être pris non pas comme un défaut de la capacité interprétative des observateurs, mais comme un trait essentiel du rite. C'est donc par là que le rite protège l'espace interne des intéressés d'une compréhension intrusive de leur part, comme de celle de ceux qui les entourent, qu'il préserve ainsi leurs frontières et leurs assises narcissiques, tout en offrant une possibilité d'expression et de décharge aux affects sous-jacents grâce à leur extraordinaire pouvoir de condensation. En cela, il se rapproche de la fonction du symptôme hystérique.* »<sup>46</sup>

Que peut-il exister de commun entre les rites que l'on vient d'évoquer et l'adolescence d'aujourd'hui ? Apparemment rien, tant paraissent aux antipodes ces enfants qu'une cérémonie précipite brutalement dans le monde de la société adulte et ces adolescents qui n'en finissent pas d'accéder à un statut d'adulte dans une société où la durée de l'apprentissage ne cesse de s'allonger suivant en cela le temps de l'espérance de vie et celui de la cohabitation des générations.

Cependant, comme le souligne BRUSSET « *dans notre société, certaines expériences (rites religieux, service militaire, système des examens et des concours, consultation en vue de la contraception, interventions chirurgicales) peuvent prendre valeur de rituel initiatique par leur portée symbolique.* »<sup>47</sup> Mais la diversité, l'hétérogénéité, le caractère individuel de ces expériences contraignent l'adolescent à forger son propre mythe personnel, ses propres croyances idéologiques ou religieuses et donnent d'autant plus d'importance à sa famille, aux attitudes de ses parents, aux interactions familiales conscientes et inconscientes.

On peut se demander si les troubles psychopathologiques des adolescents n'occupent pas cette fonction de mythe personnel et n'acquièrent pas une dimension de rite. C'est tout particulièrement le cas dans notre culture où toute perturbation de la conduite est devenue une maladie et une forme socialement entendue et reconnue du malaise individuel. De ce fait, l'adolescent burundais sort de sa solitude et finit par obtenir une réponse de l'entourage social sinon de sa famille directe.

---

<sup>46</sup>ROLANDE, M., *Op.Cit.*, p.83.

<sup>47</sup>BRUSSET, B., *Op.Cit.*, p.80.

En s'installant, le trouble prend sa valeur relationnelle de communication avec les autres et de cri de détresse ou d'alarme. La conduite pathologique représente alors un moyen, qui protège l'adolescent des dangers du lien objectal en lui assurant un lien substitutif.

Cette conduite pathologique a alors une fonction de pare-excitation. Les troubles du comportement et tout ce qui peut se regrouper sous l'appellation de pathologie de l'agir en sont un bon exemple selon BRUSSET. « *L'évolution sociale semble en favoriser l'éclosion en facilitant par l'affaiblissement des interdits mais l'accroissement des exigences de performance, le passage d'une problématique des conflits, (comme dans la névrose), à une problématique du lien, (comme dans les états de dépendance)* »<sup>48</sup>. Certainement que dans le vécu du rite, l'adolescent se sculpte un comportement causant des heurts, mais la société revient à le contraindre, soit par l'interdit ou l'exigence de la performance à ne plus vivre comme bon lui semble.

## **2.5. La manifestation des conduites d'opposition**

La manifestation des conduites d'opposition est une des formes privilégiées d'un nouvel aménagement de l'espace familial. « *Elle occupe toute la gamme de comportements possibles entre la bouderie de l'adolescent qui fait sa mauvaise tête, ou celui qu'il faut relancer dix fois avant qu'il n'accomplisse la tâche demandée, et l'agression directe d'un ou des deux parents, depuis le besoin de se créer un espace préservé plus ou moins secret, de s'enfermer dans sa chambre ou de saisir toutes les occasions pour quitter la maison familiale, jusqu'à la fugue ou l'errance* »<sup>49</sup>.

Cette quête d'un moyen d'expression, et par là même de maîtrise, par le recours à l'agir fait appel à l'utilisation de l'espace comme maniement de la distance psychique aux objets. Elle traduit une sorte de concrétisation d'une pensée qui n'a plus à sa disposition de moyens de représentation suffisamment clairs et différenciés. Selon COURTIER, « *elle reflète le débordement, plus ou moins important et durable, de l'appareil psychique, mais elle offre en même temps l'opportunité de découvrir un mode d'expression qui permet de figurer une problématique psychique dont on peut penser qu'elle serait difficile à décrypter en l'absence de ce moyen* »<sup>50</sup>. On peut interpréter le

---

<sup>48</sup> BRUSSET, B., *Op. Cit.*, p. 85.

<sup>49</sup> TOURPIER, A., *Les conduites d'opposition à l'adolescence*, Québec, ADA Inc., 2006, p. 50.

<sup>50</sup> *Idem*, p.51.

recours à l'agir comme étant par lui-même le signe de cette difficulté d'une représentation purement mentale des phénomènes psychiques qui l'ont provoqué.

La fréquence de ce recours à l'espace pour gérer les relations amène à penser qu'il reflète quelque chose d'essentiel au phénomène d'adolescence. « *L'utilisation de l'espace fait partie de ce mouvement d'extériorisation par lequel l'adolescent trouve un moyen de figuration des contenus intrapsychiques, mais aussi un moyen d'exercer une emprise sur eux. Le contrôle de la distance aux objets externes apparaît plus maîtrisable que la relation de désir aux objets internes. Une attitude d'opposition offre un compromis plus aisément négociable entre le désir de proximité et le besoin de se différencier que la prise de conscience et l'aménagement interne d'une relation d'ambivalence.* »<sup>51</sup>

L'espace fait partie de cette réalité externe, placée sous le contrôle du domaine perceptivo-moteur et donc de la conscience, du Moi et de l'action volontariste. En cela il est à l'opposé de la temporalité qui renvoie à l'attente et par là même à la passivité et à l'absence de maîtrise. Selon toujours le même auteur, « *cette passivité qui n'est pas sans analogie avec celle du Moi de l'adolescent face aux changements pubertaires qui s'imposent à lui tout comme les désirs et d'une façon plus générale le monde interne. De même, l'infigurabilité de la temporalité renvoie l'adolescent à sa difficulté à saisir sa propre image. Il existe ainsi une opposition dialectique potentielle entre l'espace et le temps comme entre réalité externe et réalité interne. La temporalité est la référence des adultes* »<sup>52</sup>. Les adultes vont sans cesse invoquer la notion de temporalité et d'espace face à l'adolescent et ils se conviennent à laisser faire le temps qui apportera les solutions introuvables sur le moment. Mais à cette invitation à un déploiement sur l'avenir des tensions du moment, l'adolescent répond par un déploiement dans l'espace et une mise à distance immédiate d'une tension interne que l'attente ne fait qu'exaspérer.

L'ampleur des réaménagements de la distance aux personnes investies auxquels l'adolescent est contraint témoigne de la force d'attraction qu'exercent ces personnes et du danger qu'une telle force paraisse signifier pour l'adolescent.

---

<sup>51</sup> VERTDOU, D., *Etre adolescent*, Paris, Hermès, 2010, p.63.

<sup>52</sup> *ibidem*.

## 2.6. Conclusion

Les adolescents sont connus pour être implacables et têtus. Lorsqu'ils veulent quelque chose, ils font tout pour l'avoir. Ce ne sont pas quelques « non » qui vont les arrêter. En fait, ils ne vont tout simplement pas accepter le « non ». Encore une raison pour riposter face à un monde d'adultes perplexes pour obtenir ce qu'ils veulent. Tout semble s'unir contre les adolescents, mais de leur détermination aussi l'adulte devrait tirer un exemple. Les meilleurs utilisateurs des réseaux sociaux aujourd'hui sont en grande partie les adolescents. A travers le monde, ils ont réellement compris la force de leur réseau. Ils demandent des conseils aux autres, se serrent les coudes et s'entraident. Il s'agit d'un stade précoce de solidarité opérationnelle. Ils trouvent les activités en équipe plus plaisantes et savent que l'on peut fournir plus en joignant l'utile à l'agréable.

## **CHAPITRE 3 : LES CAUSES ET LES EFFETS DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE CHEZ LES ADOLESCENTS**

### **3.0. Introduction**

C'est souvent à l'adolescence qu'a lieu la première rencontre avec la drogue, notamment la bière, la cigarette ou le cannabis etc. Les changements de repères, les questions que l'adolescent se pose sur la vie, l'envie d'être autonome et de choisir sa vie et le sentiment d'être mal dans sa peau font de l'adolescence une période délicate de la vie. De plus, l'envie d'appartenir à un mode de pensée à la une véhiculé par la culture moderne, de ne pas refuser le joint qui circule en soirée pour ne pas casser l'ambiance font pour la "première fois" un passage quasi-obligé, qui est en évidence peu dangereux (en apparence seulement). Ceux qui vendent les drogues le savent et ce n'est pas par hasard qu'ils se trouvent souvent aux alentours des milieux de rassemblement des jeunes, habillés dans l'air du temps et aux apparences à la mode.

### **3.1. Les raisons du recours à la drogue**

Pourquoi les adolescents consomment-ils de la drogue ? Personne n'a vraiment de réponse bien précise. Il existe plusieurs points de vue : médical, législatif, ainsi que celui des consommateurs. D'après divers auteurs et les recherches déjà réalisées, les gens en particulier les adolescents, prennent de la drogue car ils souhaitent changer ou oublier quelque chose de leur vie. Malgré le manque d'informations officielles sur les raisons de la prise de drogue par les adolescents, on peut néanmoins observer des causes probables d'attrance, de tentations et de curiosité poussant à la consommation de la drogue chez les adolescents.

#### **3.1.1. La curiosité**

Quoi de plus naturel chez un enfant et surtout un adolescent que de vouloir expérimenter un produit dont il a entendu parler, à plus forte raison s'il est interdit. L'adolescent cherche à quitter le monde des enfants pour s'insérer dans le monde des adultes, qui souvent, n'est pas disposé à l'accueillir. Ce serait même une absence de curiosité qui pourrait être inquiétante de ne pas avoir envie de savoir ce qui se passe dans ce monde mystérieux.

Aujourd'hui les drogues font parler d'elles-mêmes. Elles animent souvent les conversations. Comme la curiosité est inhérente à la nature humaine, on ne s'étonne pas que bien des gens, surtout des jeunes, désirent essayer les drogues, et cela selon les pays et leurs cultures. Selon SIMBANANIYE, « *l'usage de la drogue affecte essentiellement les jeunes et les adultes jeunes. Cela peut se justifier dans une certaine mesure car la jeunesse est une période d'expérimentation incluant l'expérience de la drogue.* »<sup>53</sup>

L'adolescent n'a vraiment pas envie de se droguer, de devenir toxicomane au début, mais juste savoir, goûter, expérimenter les effets tant chantés et la drogue n'a d'autres effets que d'agir sur son système nerveux. Les effets ressentis pour la première fois s'arrêteront là pour certains adolescents alors que pour d'autres c'est par la curiosité que commence le pas vers la poursuite de cette sensation de bien procurée par les effets de la drogue sur le système nerveux.

### 3.1.2. La pression du groupe et de la mode

Il arrive un âge où, pour l'enfant, les copains et la bande deviennent la priorité absolue. S'il se trouve que, dans ce groupe, l'examen de passage consiste en la prise d'une drogue, il faut une sacrée force de caractère pour y résister. L'éducation qu'a reçue l'enfant et notamment tout ce qui peut développer son sens critique et l'élaboration de choix individuels, peut l'aider à tenir bon. Mais, dans la majorité des cas, il risque de céder à la pression pour ne pas courir le danger de se faire exclure de la bande.

Selon KALONDA, « *l'adhésion à un groupe ou l'appartenance à une organisation collective oblige le jeune à dépendre de soi-même pour servir uniquement les intérêts du groupe.* »<sup>54</sup>. Selon cet auteur, la société exerce souvent de fortes pressions autant sur les jeunes que sur les adultes. Les adolescents se laissent beaucoup influencer par la consommation des drogues et de l'alcool, de tabac ou d'autres drogues comme le font certains de leurs parents, puis se servent de cette excuse pour justifier leur propre consommation.

Dans certains groupes, l'usage des drogues est « *à la page* ». En le faisant, l'adolescent atteste qu'il fait partie du groupe, et c'est parfois la clé de l'acceptation sociale. Ceux qui ne prennent pas

<sup>53</sup> SIMBANANIYE, E., *Op. cit.*, p.110.

<sup>54</sup> KALONDA, D., *Les facteurs à la base de la consommation de la drogue chez les adolescents à BUKAVU*, Mémoire inédit, Bukavu, U. L. B, 2013, p.45.

de drogues peuvent être tenus à l'écart. Il est difficile d'être différent, ainsi les gens suivent le mouvement. Ils doivent parfois consommer du cannabis ou boire excessivement pour faire partie d'un groupe qui fume et boit sans penser aux répercussions négatives qui en découleraient.

### 3.1.3. Les conduites à risque

Presque tous les jeunes, à l'adolescence, ont physiologiquement besoin d'affronter le risque. C'est une manière pour eux de découvrir et éventuellement de dépasser leurs limites pour grandir. En plus, pour les adolescents des villes, les médias et tout leur environnement les incitent à prendre des risques, (internet, jeux vidéos, etc.). Pour la plupart, les adolescents font l'amalgame entre les sensations extrêmes et la prise de drogue. Cela n'a rien à voir avec la prise de risque passive qui consiste à ingurgiter une substance et de se laisser envahir par ses effets. Dans la plupart des cas, il n'y a aucune maîtrise possible. Il doit être inquiétant de se réveiller quelque part sans savoir où on est, ni comment on est arrivé là, ni ce qu'on a dit ou fait la veille.

Derrière la prise de risque chez les adolescents, nous avons une multitude de comportements dont selon LE BRETON, « *le trait commun consiste dans l'exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril.* »<sup>55</sup>. Cette conception du risque appliquée à la santé globale concerne des comportements marginaux.

L'adolescence a longtemps été confinée au processus de puberté biologique qui s'est vu complété plus tard, avec l'apport de la psychologie, d'une dimension psychique. Limitées à cet aspect pubertaire, les études sur l'adolescence du 19<sup>ème</sup> siècle se sont attelées à déceler les « *troubles causés par la puberté (goût du viol, désir d'agitation politique, etc.)* »<sup>56</sup>. L'approche psychologique de la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle tente d'y remédier et va continuer dans cette direction, en se focalisant sur la crise adolescente. Appréhendée sous l'angle restreint de la crise, l'adolescence a été considérée principalement comme un moment critique, un danger pour la société, une période d'immaturation, et en définitive comme un vecteur de désordre. Il a fallu

<sup>55</sup> LE BRETON, D., *Anthropologie des conduites à risque et scarifications à l'adolescence*, Genève, In Arquivos, 2007, p.131.

<sup>56</sup> Idem p.138.

attendre la fin des années 60 pour que cette appréhension réductrice de l'adolescence soit remise en question<sup>57</sup>.

Comme le suggère PERETTI-WATTEL, l'intérêt actuel envers les conduites à risque à l'adolescence n'est-il pas finalement une réactivation de ce mythe d'une « *jeunesse en perdition qu'il faut sauver d'elle-même.* »<sup>58</sup> Or, selon ROLANDE<sup>59</sup>, « *la majorité des adolescents se sentent heureux, n'ont aucune consommation régulière de psychotropes licites (tabac, alcool) ou illicites (cannabis, ecstasy, etc.) ou encore ne se sont pas adonnés récemment à l'abus d'alcool. Evidemment tout n'est pas rose dans l'univers des adolescents mais comparé à l'univers des adultes, leur situation est plutôt enviable.* ». Pour ne pas confiner l'adolescence au risque, il convient de concevoir aussi cette période de vie comme une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte au cours de laquelle se construit l'identité du jeune. Cette construction combinant le développement individuel et social va amener le jeune d'une part, à se différencier, à se singulariser des autres pour devenir un être unique et d'autre part, à s'identifier, à se référer aux autres pour devenir un être social.

Dans ce processus dialectique entre le moi et les autres, la relation développée avec les parents et avec le réseau amical est fondamentale, d'autant que les comportements à risque sont souvent au cœur de cette dynamique relationnelle. D'abord, parce que dans son processus de singularisation, le jeune va se confronter aux prescrits parentaux qui vont tantôt le soutenir dans sa démarche, tantôt s'y opposer. Ensuite, parce que dans son processus d'identification, le jeune va se confronter aux autres jeunes parmi lesquels il va se constituer un réseau amical et y puiser des symboles identitaires (vêtements, goûts musicaux, langage, etc.). Enfin, parce que les conduites à risque peuvent, dans une certaine mesure, faire partie de ce processus dans le sens où elles peuvent permettre au jeune de se découvrir, d'exprimer son autonomie envers ses parents, de tester ses limites mais aussi, le cas échéant, de se sentir reconnu et valorisé par ses pairs. De par ses valeurs, ses conduites, ses attitudes envers les consommations, son encadrement et les relations entre ses membres, la famille va influencer cette construction identitaire. Ainsi, si des

<sup>57</sup> FIZE, M., *Les adolescents, le cavalier bleu*, Paris, Coll., 2002, p.46.

<sup>58</sup> PERETTI-WATTEL, P., Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risques, \* In *REVUE FRANÇAISE DE SOCIOLOGIE*, Paris, 2004, p.103.

<sup>59</sup> ROLANDE, M., *Op.Cit.*, p.6.

membres de la famille s'adonnent à la cigarette, le jeune a également une probabilité plus importante de s'y adonner aussi.

De même, si les liens entre les membres de la famille se caractérisent par des déficits relationnels et affectifs, le jeune va plus fréquemment développer son usage d'alcool. Si le jeune entretient des relations conflictuelles avec ses parents, il risque davantage d'user de produits psycho-actifs. La famille peut également initier voire inciter, l'adolescent à adopter des conduites potentiellement à risque. La place de la famille est importante, en début d'adolescence, pour ce qui est des usages « *licites* » tels que l'expérimentation de l'alcool ou la consommation abusive de la cigarette. Elle est moins importante s'agissant des usages « *illicites* » telles que la conduite d'un véhicule pour les adolescents des villes sous l'influence de l'alcool ou la consommation de cannabis qui se développent davantage entre pairs en fin d'adolescence.

#### **3.1.4. La recherche du plaisir**

Les recherches ont montré que, la drogue procure un certain plaisir. L'ennui est que ce plaisir est fugitif et qu'il va s'estomper au fil des prises. C'est ce qu'on appelle le phénomène d'accoutumance. Il faudra donc augmenter les doses pour espérer, souvent en vain, obtenir le même effet et puis ce plaisir a son revers. Les prises entraînent, pour la plupart des drogues, un sentiment de forte dépression. De toute façon, aucune drogue n'est anodine. Les dangers sont extrêmement différents d'un produit à l'autre mais, il est certain que le plaisir risque de se payer très cher, tant financièrement que physiologiquement. Enfin, pour ceux qui recherchent une solution à leur mal être, il y a lieu de souligner que plaisir et bonheur ne sont pas synonymes et que cette confusion peut avoir des conséquences désastreuses. Il n'en demeure pas moins que la recherche du plaisir est probablement la première motivation qui peut conduire à l'usage de drogues, à plus forte raison dans un contexte convivial. Dans un cadre festif, la notion de "plaisir" a toute son importance. En effet, il est primordial de rappeler que la motivation première du consommateur, c'est la recherche de sensations, agréables de préférence. Il s'ajoute à cela les notions de détente, de partage et de joie, inhérentes à la consommation occasionnelle.

Plus tard, lorsque la consommation devient abusive, le plaisir recherché est remplacé insidieusement par la recherche du soulagement face à des situations difficiles, à des conflits, des tensions externes ou internes. Par contre, quand la dépendance est installée, la notion de plaisir

disparaît complètement. La consommation n'a alors qu'un seul objectif : apaiser le manque ou empêcher l'apparition des symptômes physiques et/ou psychiques (douleurs, sueurs froides, tremblements, angoisse, insomnies...). A ce stade, le consommateur dépendant ne consomme plus pour être mieux, mais pour être normal.

### 3.1.5. Recherche de la convivialité

Il n'existe quasiment pas de fêtes, de réunions d'amis, sans qu'une drogue, légale en général, vienne souder la rencontre. A travers le monde, il est cocasse de remarquer que presque tous les débats consacrés à la prévention des toxicomanies, ou d'autres réunions pour la promotion de la santé, se terminent par un verre de vin d'honneur ou une bouteille de bière, de liqueur... Que cela nous plaise ou non, force est de constater que, de plus en plus, les jeunes et plus particulièrement les adolescents utilisent le cannabis dans la plupart des fois dans le même esprit de convivialité que leurs parents lorsqu'ils prennent l'apéritif ou la bière du soir avec des amis après une dure journée de travail.

### 3.1.6. Influence culturelle

On atteint, avec le plaisir et la convivialité, un des points centraux pouvant expliquer le recours à la drogue. Il n'existe pas dans le monde un seul pays, une seule région, une seule tribu qui ne possède au moins une drogue qui s'intègre dans son histoire et dans son patrimoine culturel.

*« En France, c'est le vin, en Belgique et en Allemagne la bière, en Thaïlande l'opium, en Bolivie la coca... La liste pourrait être longue ».*<sup>60</sup>

Ce qui est sûr, c'est que dans tous les cas, des traditions séculaires ont appris aux habitants de chaque pays, chaque région, chaque tribu à savoir, pour la majorité d'entre eux, maîtriser leur drogue et donc en user sans abuser et sans que cela ne perturbe un équilibre familial et professionnel. Par contre, si on exporte les produits d'un pays à un autre l'équilibre est rompu.

*« En France, nous ne savons pas maîtriser l'opium ou la coca. Pas plus qu'en Thaïlande, on ne saurait maîtriser le vin. ».*<sup>61</sup>

<sup>60</sup> VAN CAMPENHOUDT, L., Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux, Paris, Dunod, 2001, p.261.

<sup>61</sup> Idem, p.265.

On pourrait donc dire que, le simple usage risque vite de se transformer en abus puis en toxicomanie dans le cas général, mais beaucoup plus particulièrement pour les adolescents. Cette notion d'intégration culturelle est capitale pour comprendre au moins trois choses. D'abord, c'est le seul argument qui puisse justifier la légalisation d'une drogue. Imaginez que, demain, on interdise l'alcool au Burundi, ce serait une révolution immédiate. Ensuite, on comprend comment des pays dont on voudrait éradiquer certaines cultures se rebellent puisqu'il s'agit de leur acquis culturel et de leurs racines. Enfin, l'incapacité des pays à gérer des drogues qui ne font pas partie de leur culture explique bien comment le trafic de drogue est devenu notamment un moyen d'aliénation, de combat politique.

On n'oublierait pas de citer des influences culturelles comme le Reggae. Surtout avec le mouvement Jamaïcain de rastafarisme connu par les jeunes pour fumer du cannabis, et revendiquer politiquement sa légalisation, tel que le révèle le titre de la chanson : « *Kaya* » de BOB MARLEY<sup>62</sup>, « *kaya* » qui veut dire tout simplement herbe, qui est un nom souvent attribué au cannabis. Sans oublier la fameuse chanson de TOSH « *Legalize it* »<sup>63</sup>, dans laquelle TOSH chante que dans toutes les catégories, il y a des fumeurs du cannabis et que de ce fait, il faut le légaliser.

### 3.2. Les principales drogues utilisées par les adolescents et leurs effets

L'alcoolisme et la toxicomanie sont des phénomènes très fréquents chez les adolescents et il faut s'en inquiéter, car ils sont liés à tout un éventail d'autres problèmes comme, « *une activité sexuelle à un âge précoce, l'école buissonnière et le décrochage scolaire, la violence et l'agression. La consommation d'alcool et de drogues à un âge précoce accroît les risques que le jeune connaisse des problèmes de dépendance plus tard au cours de sa vie.* »<sup>64</sup>. L'alcool et les drogues ont des effets particulièrement néfastes chez les adolescents, en particulier du fait que leur cerveau est encore en développement.

<sup>62</sup> NESTA MARLEY, R., *Kaya*, album Kaya de 1978.

<sup>63</sup> PETER, T., *Legalize it*, Album legalize it, Label : C B S, 1976.

<sup>64</sup> ROLANDE, M., *Op. cit.*, p.7.

### 3.2.1. Types de consommation d'alcool et de drogues

KALONDA<sup>65</sup> distingue trois principaux types de consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents :

En premier lieu, la consommation d'alcool ou de drogues à l'occasion, mais sans développer de tolérance physique, d'état de manque, de troubles sociaux ou émotionnels. En deuxième lieu, l'abus d'alcool ou de drogues qui est une consommation d'alcool ou d'autres drogues au point où une telle consommation entraîne des problèmes d'ordre physique, social ou émotionnel. En troisième lieu, la dépendance à l'alcool ou à des drogues : c'est une consommation d'alcool ou de substances au point où le corps devient physiquement dépendant à la substance. Une personne est dépendante lorsqu'elle doit continuer à boire ou à se droguer pour éviter de ressentir un état de manque. Si cette personne ne consomme pas d'alcool ou de drogues, son corps présente un syndrome de sevrage. D'après LE ROUX<sup>66</sup>, « *Chez l'héroïnomane, douze heures environ après la dernière administration de la drogue, surviennent bâillements, larmoiement, mydriase, rhinorée, sueurs, anxiété et piloérection, puis, dans les 24 heures, contractions musculaires, irritabilité, insomnie, anorexie, nausées, myalgies, frissons et crampes abdominales. Vers le troisième jour, vomissements, diarrhée, déshydratation, tachycardie, hypertension artérielle traduisent l'acmé des troubles. Ceux-ci régresseront en huit jours, avec persistance d'insomnie, d'anxiété, auxquelles s'adjoint un état d'asthénie et d'aboulie de durée variable. Chez l'héroïnomane très intoxiqué, le pronostic vital peut être engagé, mais rarement dans les pays occidentaux. Chez le grand alcoolique, ce syndrome est souvent grave.* ». Ce syndrome est senti par le fait d'avoir pris l'habitude de prendre les drogues, le corps pour mieux fonctionner en dépend.

---

<sup>65</sup> KALONDA, D., *Op.cit*, p.76.

<sup>66</sup> LE ROUX, G., *Santé et toxicomanie*, Paris, P. U.F., 2002, p.18.

### 3.2.2. Classification des drogues d'usage courant

Nous présentons ci-après sont les drogues d'usage courant chez les adolescents :

#### 3.2.2.1. L'alcool

La consommation d'alcool peut souvent entraîner un bien-être et diminuer l'anxiété ou le stress. Malheureusement, une consommation excessive peut provoquer des sautes d'humeur, des troubles de l'anxiété et peut altérer la mémoire, la coordination et le jugement.

#### 3.2.2.2. Le cannabis

Selon VARESCON<sup>67</sup>, le cannabis est une plante qui contient principalement le Tetrahydrocannabinol. Sa consommation peut entraîner un bien-être temporaire. Malheureusement, une consommation soutenue cause des troubles de la concentration et de l'apprentissage, voire la paranoïa.

#### 3.2.2.3. Les stimulants

Ils correspondent à une classe de médicaments qui comprend les amphétamines, la morphine, l'héroïne, l'opium, et la caféine. La cocaïne et le crack se trouvent également dans cette catégorie. Les adolescents consomment des stimulants parce qu'ils peuvent améliorer (temporairement) l'humeur et accroître l'énergie, la vigilance et la concentration. En effet, *« les stimulants sur ordonnance comme le méthylphénidate peuvent s'avérer très utiles dans le traitement de certaines affections à condition que la prise du médicament se fasse sous la supervision d'un médecin. Hélas, la consommation excessive de stimulants peut entraîner la dépression, des troubles de l'humeur et la paranoïa. »*<sup>68</sup>.

#### 3.2.2.4. Les inhalants

Ce sont des vapeurs chimiques qui se respirent en général à travers le nez, c'est par exemple la colle ou l'essence qui sont d'usage courant surtout chez les enfants de la rue et qui provoquent des effets psychotoniques que certaines personnes trouvent agréables. Toutefois, ces

<sup>67</sup> VARESCON, I., *Psychopathologie des conduites addictives, alcoolisme et toxicomanie*, Paris, Belin, 2005, p.107.

<sup>68</sup> FAVRESSE, D.; KOHN, L. et al., *Etude de la santé des jeunes en décrochage scolaire et du cannabis à l'adolescence*, Bruxelles, U.L.B PROMES, 2000, p.113.

inhalants « *détériorent les cellules du cerveau ainsi que d'autres organes vitaux comme le cœur, les reins, le foie et des muscles* »<sup>69</sup>.

### **3.2.2.5. Les hallucinogènes**

Ils englobent des drogues comme le LSD (acide), l'ecstasy et la kétamine. Les adolescents surtout lors des fêtes à domicile ou dans des boîtes de nuit, les consomment pour produire des effets psychotoniques légers ou intenses, parmi lesquels on peut ressentir une modification de la perception, une chaleur affective, une sensation de chaleur et de l'énergie. Malheureusement, on cite parmi les effets négatifs des hallucinations terrifiantes, de graves dépressions, une surchauffe du corps et peuvent probablement conduire même à la mort.

### **3.2.2.6. Les opioïdes**

Ils correspondent à une catégorie de médicaments qui comprend la morphine, la codéine, et des drogues illicites comme l'héroïne. Les adolescents des pays occidentaux, enfants des familles aisées les consomment, car ils suscitent (temporairement) des sensations d'euphorie ou de joie extrême. Les médecins peuvent être amenés à prescrire des opioïdes pour soulager la douleur. Hélas, l'abus de telles substances peut provoquer la nausée, une dépendance physique, des troubles de l'humeur et la mort.

## **3.3. Conclusion du chapitre**

L'adolescence, ce n'est pas une simple juxtaposition de conduites à risques, de troubles et de pathologies. Les adolescents, ce sont également des adultes en devenir, ni pires, ni meilleurs que ces derniers mais qui, dans un même temps, présentent des qualités indéniables. Ils sont souvent sensibles aux injustices et un bon nombre d'entre eux croit profondément en l'amour, en l'amitié, en l'égalité. Moins utopistes que leurs aînés, beaucoup ont des rêves « raisonnables » : fonder une famille, trouver un travail intéressant. Ils sont habituellement en plein développement de leurs capacités critiques et font souvent preuve d'inventivité, de créativité, de dynamisme, d'adaptabilité. Souvent, pour eux, la pratique d'un sport, d'une activité, d'un loisir, ce n'est pas un simple moyen de se maintenir en forme ou de se détendre, c'est aussi souvent l'occasion

---

<sup>69</sup> TOBY, H., Drogues et santé, Paris, éd. Hermann, 2001, p.45.

d'exprimer leurs habiletés, de faire preuve de dextérité. Une autre force des adolescents, c'est leur capacité à dépasser leurs souffrances, leurs détresses, à renverser le développement d'un processus pathologique.

Pour la majorité des adolescents, il importe de prendre en considération que les conduites à risque ne signifient pas automatiquement une mise en péril de la santé. Le risque à l'adolescence renvoie donc, majoritairement, à une expérimentation d'indépendance et, minoritairement, à une construction d'une personnalité déviante ou pathologique. Selon KALONDA, *« la dépendance à des produits psychoactifs, hormis pour le tabagisme, présente un caractère relativement marginal notamment parce que les usages de drogues dites dures (cocaïne, héroïne, etc.) sont plus particulièrement peu répandus chez les adolescents ou, encore, parce que les symptômes de sevrage font suite à des années de consommation »*<sup>70</sup>. L'auteur fait savoir que parmi les adolescents, la grande majorité n'est pas consommateur de drogues dites dures au commencement, mais que des jeunes adultes sont plus souvent abusifs. Cet abus est lié à des moments de sociabilité que ceux des adultes qui sont davantage inscrits dans le quotidien et liés à des raisons personnelles (oublier le travail, se détendre, etc.). *« A l'adolescence, et encore davantage pour les jeunes adultes, ce sont surtout les comportements sous l'influence de psychotropes et, plus particulièrement sous l'influence de l'alcool (conduite d'un véhicule, rapports sexuels non protégés, les bagarres, etc.) qui sont les plus préoccupants »*<sup>71</sup>. Quant à l'installation dans des conduites d'usage répété ou de dépendance, si elle connaît habituellement ses balbutiements au cours de l'adolescence, elle dépendra aussi en grande partie de la manière dont l'adolescent arrivera à s'intégrer de manière satisfaisante dans la vie adulte. Par exemple création d'une famille ou intégration professionnelle, etc.

---

<sup>70</sup> KALONDA, D., *Op. Cit.*, p.52.

<sup>71</sup> *Idem*, p.53.

## CHAPITRE 4 : PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

### 4.0. Introduction

Dans le présent chapitre, il est question de la présentation de la problématique et des objectifs de la recherche, de la présentation et la justification de la méthode et technique de collecte des données, du terrain et de la population d'enquête ainsi que de la manière dont nous avons pu déterminer notre échantillon d'enquête. Enfin, nous montrons le déroulement de l'enquête, notre mode de traitements des données et les difficultés rencontrées.

### 4.1. Problématique

Comme tout serait simple si la toxicomanie était une maladie comme le tétanos, ou le paludisme par exemple. Il suffirait de parler du clou rouillé, du bacille de Nikolaïev, ou d'un moustique, et les causes seraient expédiées en une ou deux pages. Rien de tel avec la toxicomanie puisque précisément, ce n'est pas une maladie, on n'attrape pas la toxicomanie comme la grippe, le tétanos ou le paludisme. Ainsi il va falloir s'y retrouver à travers les multiples causes qui peuvent conduire à la prise de drogue. Pire encore, le fait de consommer de la drogue n'est pas synonyme de toxicomanie ou d'addiction.

La drogue concerne tout autant le tabac, l'alcool et les médicaments que la cocaïne et l'héroïne. Au risque d'être schématique, nous pouvons distinguer diverses catégories de motivations qui peuvent conduire un sujet à prendre de la drogue. Les simples usagers de drogue, qui constituent la première catégorie, de loin la plus répandue, englobent la curiosité, la pression du groupe et de la mode, les conduites à risque, le plaisir et la convivialité. Sauf exception, attribuer à ces consommateurs le terme de toxicomanes serait totalement abusif. Nous les appelons simples usagers de drogue.

Un peu comme la première cigarette que bon nombre de jeunes semble avoir fumée en cachette, il est fort probable que les adolescents essaient un jour le cannabis, juste pour voir et pour savoir. Si les parents savent créer les conditions d'une ambiance de confiance et de dialogue dans la famille, ils oseront en parler et ils pourront facilement les mettre en garde contre les deux dangers essentiels de la drogue qui sont, selon MICHKA et VERLOMME, « *diminution de la vigilance et*

*des réflexes avec risque d'accident lors de la conduite d'un véhicule, démotivation et diminution du désir d'apprendre, de passer un examen ou d'exécuter un travail, ce qui a des conséquences fâcheuses sur le plan scolaire ou professionnel.»<sup>72</sup>*

Une mise en garde sereine, sans banalisation ni dramatisation, est souvent suffisante pour que l'expérience soit sans lendemain. Il arrive un âge où, pour l'enfant, les copains et la bande deviennent la priorité absolue. *« S'il se trouve que, dans ce groupe, l'examen de passage consiste en la prise d'une drogue, il faut une sacrée force de caractère pour y résister »<sup>73</sup>*. L'éducation qu'a reçue l'enfant, et notamment tout ce qui peut développer son sens critique et l'élaboration de choix individuels, peut l'aider à tenir bon. Mais, dans la majorité des cas, il risque de céder à la pression pour ne pas courir le danger de se faire exclure de la bande. Cependant, si on l'a bien préparé à oser dire « non », il devrait assez rapidement pouvoir cesser cette pratique avec un argument du style : *« Bon ! Ça va ! Je vous ai prouvé que j'étais capable de prendre le même truc que vous, mais comme ça ne me plaît pas particulièrement, je m'en passerai désormais »<sup>74</sup>*. Certains assimilent cette pratique à un rite initiatique. Rien de plus faux. Une initiation est exercée par les aînés pour permettre d'accéder à un statut d'adulte, pour permettre de grandir. Dans le cadre d'une bande, rien de tel n'a lieu. On reste au même niveau que les autres, la drogue n'ayant joué que le rôle d'un mot de passe.

La soumission à la mode relève d'un mécanisme proche de la pression du groupe. Là aussi, il faut faire comme les autres pour ne pas être ridiculisé ou mis à l'écart et, pour le moment, la mode est aux marques de chaussures, de t-shirts et à la drogue. Heureusement, les modes passent. Espérons qu'en ce qui concerne certaines drogues, elles passeront vite. Lorsqu'ils ne veulent pas utiliser le mot « *drogue* », certains parlent de prévention « *des conduites à risque* ». Il n'est pas sûr que cette formule soit bien appropriée. Car tous les jeunes, à l'adolescence, ont presque physiologiquement besoin de s'affronter aux risques. C'est une manière pour eux de découvrir et éventuellement de dépasser leurs limites pour grandir. En plus, tout est fait dans les médias pour les inciter à prendre des risques. Les magazines de l'extrême fleurissent sur toutes les chaînes. Est-il nécessaire « *d'affronter les vagues d'Hawaï ou de descendre une montagne en snow-board pour être un homme ?* » comme disent les américains. Je ne le crois pas. Mais c'est spectaculaire,

<sup>72</sup> MICHKA, A, et VERLOMME, H., *Le cannabis est-il une drogue ?*, Genève, GEORGE Editeur SA, 1993, p. 89.

<sup>73</sup> Ibidem

<sup>74</sup> Ibidem

tendant, et ça fait recette dirait un adolescent. Et l'argument risque d'arriver : « *il n'est pas plus dangereux de prendre une drogue que de faire du rafting dans un torrent déchaîné. Alors pourquoi m'en priverai-je ?* »<sup>75</sup>. La seule réponse est de faire remarquer qu'il existe deux sortes de prise de risques. L'une, active, qui demande un apprentissage, et constitue un véritable travail. « *On ne s'improvise pas couvreur sur un toit* ». « *On ne saute pas en parachute du jour au lendemain* ». C'est-à-dire qu'on apprend, jour après jour. Ainsi, on apprend aussi à maîtriser les risques. Le résultat est d'autant plus gratifiant qu'il récompense des mois si ce n'est des années d'efforts. Cela n'a rien à voir avec la prise de risque passive qui consiste à ingurgiter une substance et de se laisser envahir par ses effets. Dans la plupart des cas, il n'y a aucune maîtrise possible. Et quelle satisfaction peut-on tirer d'avoir pu danser une nuit entière ou délirer dans tous les sens pendant des heures lorsqu'une drogue agit à votre place ? Il n'y a vraiment pas de quoi pavoiser. Les adolescents, sont d'ailleurs très attentifs à cette notion d'absence de maîtrise. Quand on sait que certains produits entraînent des comportements dits « *de soumission* », on imagine facilement les dérives et les manipulations qu'elles offrent à des partenaires sans scrupules.

Les toxicomanes sont des personnes qui, pour fuir une réalité insupportable, prennent une drogue, légale ou illégale. Ils en attendent qu'elle mette à distance tout ce qui pose problème. Le piège est d'autant plus béant qu'au début, ça marche. Le mal être, les angoisses sont gommés provisoirement. La première prise est toujours agréable. C'est là qu'il peut y avoir confusion entre plaisir et bonheur. « *Ils se croient heureux pour quelques heures mais le plaisir est fugitif et s'estompe au fil des prises. Il faut donc les renouveler pour obtenir le même résultat, puis passer à des produits plus forts pour se couper encore plus de la réalité* »<sup>76</sup>. L'escalade survient ainsi, conséquence d'un désir de fuir de plus en plus la réalité ambiante. Car, une fois le produit terminé l'effet du produit, le toxicomane retrouve inchangé tout ce qui lui était insupportable, majoré par les problèmes liés à la drogue : marginalisation, désocialisation, délinquance, prostitution, SIDA, hépatites, septicémie, et risque de surdose en cas d'utilisation de la voie injectable. S'il existe une seule vérité sur la drogue, c'est bien qu'elle ne résout jamais rien.

<sup>75</sup> MICHKA., A, et VERLOMME, H., *Op.cit.*, p.92.

<sup>76</sup> OMS, *Op.cit.*, p.14.

La confiance est un carburant presque aussi nécessaire que l'amour pour qu'un enfant parvienne à trouver sa stature d'adulte. Mais là aussi, curieusement, les mots ont du mal à sortir de la bouche de certains parents, plus enclins à critiquer qu'à valoriser, et, notamment, ceux qui ne valident un enfant que sur ses résultats scolaires. La situation devient plus tendue à l'adolescence où tous les enfants ont besoin de s'opposer pour se poser. C'est l'époque des affrontements, des mensonges, des tricheries, des transgressions. Quel parent n'a pas prononcé un jour la phrase : « *on ne peut pas te faire confiance* » ! Et pourtant, c'est précisément à cette période que les enfants ont plus que jamais besoin que les parents les rassurent, tout en restant vigilants, par des phrases telles que « *quoi qu'il arrive, je te fais confiance* ».

Certains adolescents ont des parents qui continuent à se défoncer. Ce qui ne facilite ni le contact, ni le dialogue, ni une image identificatoire solide pour se construire, à plus forte raison s'il arrive aux parents de se droguer en compagnie de leurs enfants. On imagine aisément les conséquences néfastes de ce copinage pervers. Mais le cas de loin le plus habituel est la mise en œuvre de la formule : « *fais ce que je te dis et pas ce que je fais !* ». En somme, des parents qui mettent en garde leurs enfants contre les méfaits des drogues tout en fumant cigarette sur cigarette ou en s'alcoolisant plus que de raison, se disculpent eux-mêmes, arguant du caractère légal de leur consommation mais sont prêts à toutes les répressions à l'égard des produits illicites. Bien sûr, ils ne sont pas crédibles, mais le rôle de modèle fonctionne qui peut entraîner leurs enfants vers la drogue. Parfois la situation est plus subtile, mais toute aussi pernicieuse. Des parents apparemment parfaits qui ne fument pas, qui ne boivent pas ou bien modérément, mais pourtant des parents qui fuient dans le travail à outrance, dans la pratique frénétique du sport, dans la recherche effrénée de l'argent, dans la soif permanente du pouvoir, ou dans l'aliénation à la télévision, ..... Quoi qu'il en soit, outre le manque de disponibilité, ils donnent le spectacle d'adultes. Ils ne savent pas prendre le temps de vivre en harmonie avec eux-mêmes et avec leurs proches. On peut craindre alors que leurs enfants se mettent, à leur manière, à fuir également.

Quels que soient les contextes socioculturels, l'adolescence est une période privilégiée de quête et d'expérimentations nouvelles propices à l'adoption de comportements à risque. La consommation de drogue appartient à cette panoplie de comportements dont les adolescents sont particulièrement friands. Ritualisation de la prise de risque, transgression de l'interdit à caractère initiatique, la drogue véhicule une double dimension : négative, par le risque et les conséquences

graves que peut entraîner sa consommation ; mais aussi positive, en raison de la puissance symbolique de l'interdit qu'elle peut exercer chez certains jeunes. Deux questions sont cependant centrales et nous obsèdent face aux parents confrontés à ce fléau : pourquoi les enfants se droguent-ils ? Que doivent faire les parents pour les sortir de là ?

La problématique de la drogue chez l'adolescent est un mal qui fait sa première répercussion dans la famille, et c'est justement la famille qui joue le rôle de facteur aggravant, de stabilisation ou de facilitation dans le retour à la vie normale pour l'adolescent. GUELFY et ROUILLON écrivent : « *l'entourage familial constitue le premier cercle d'influence pour l'apparition, le maintien, l'aggravation, mais aussi la stabilisation et la sortie de la toxicomanie.* »<sup>77</sup>

S'il y a nécessité d'une prise en charge médicale, c'est la famille qui devrait être la première dans l'implication au succès de cette dernière. La force, les punitions infligées à l'adolescent toxicomane ne font qu'aggraver ou enfoncer, ou plutôt ne font qu'élever le jeune adolescent vers un autre niveau de prise de la drogue pour pouvoir supporter le poids des punitions qui lui sont réservées. La famille joue un rôle important qui consiste à assister le toxicomane à la maison, et dans son foyer. Certes le toxicomane impose des contraintes sur le budget. Mais puisque c'est la vie d'un membre de la famille qui est en jeu, il n'y a d'autres choix que de le supporter patiemment. Bien plus que tout alors, elle devrait servir de repères des attitudes positives, ce qui aiderait à la prise de conscience pour le toxicomane, et de là, pouvoir faire face à ce sentiment qui le motive à s'incliner dans un gouffre et pouvoir, de ce fait, lutter dans le processus de guérison.

Malgré l'évolution de la famille contemporaine et quelle que soit sa composition, biparentale, monoparentale ou recomposée, la famille continue d'avoir une influence considérable sur le développement des adolescents et la qualité des relations parentales reste le plus puissant prédictif de la santé mentale durant et au terme de l'adolescence.

Toxicomane ou pas, la famille veut toujours avoir un œil sur l'enfant, car être parent impose l'exercice d'une autre dimension centrale : l'encadrement. Ce terme fait référence aux demandes parentales et traduit le rôle actif que prennent les parents auprès de leurs enfants en vue de promouvoir le respect des règles et des conventions sociales. Il est question ici de convenir aux

---

<sup>77</sup> GUELFY, J. D. et ROUILLON, F., Manuel de psychiatrie, Elsevier, Masson, 2007, p.399.

règles et aux normes familiales, superviser les comportements, fixer des limites et mettre en place des sanctions, lorsque ces limites seront franchies.

Après le tour d'horizon des grands axes de la situation problématique sur la toxicomanie, dans la présente recherche nous nous sommes posé la question générale suivante : ***Comment les parents gèrent-ils les perturbations comportementales de leurs adolescents toxicomanes ?***

De cette question générale découlent d'autres questions spécifiques suivantes :

1. *Quelles perturbations comportementales observent les parents chez leurs adolescents toxicomanes ?*
2. *Quelles ont été les réactions des parents à la découverte que leur enfant est toxicomane ?*
3. *Quelles attitudes et stratégies adoptent les parents pour aider les adolescents toxicomanes à en sortir ?*
4. *Quels besoins d'aide expriment-ils pour une meilleure prise en charge de leurs adolescents toxicomanes ?*

Les réponses à cette série de questions nous ont permis de comprendre la problématique de la gestion familiale d'un adolescent toxicomane. Pour y arriver, nous avons articulé notre travail autour d'un objectif général et d'autres qui sont spécifiques.

### **Objectif principal**

L'objectif principal de la recherche est ***d'explorer les manières parentales de gérer les adolescents toxicomanes***

### **Objectifs spécifiques**

1. *Découvrir comment les parents gèrent les perturbations comportementales d'un adolescent toxicomane*
2. *Déceler les relations établies entre les parents et l'adolescent toxicomane*
3. *Dégager les perspectives pour améliorer la gestion familiale d'un adolescent toxicomane*

Cela nous a permis de faire une analyse progressive et systématique de cette problématique et nous a permis d'aboutir à des conclusions consistantes.

## 4.2. Démarche méthodologique

### 4.2.1. Méthode qualitative

En matière de recherche, il est indispensable pour le chercheur d'indiquer la méthodologie utilisée lors du recueil des données, et la recherche exige des précautions de la part du chercheur.

Selon NOVELLI, « *la recherche qualitative est réalisée avec de petits groupes de personnes qui, généralement ne sont pas choisis sur une base de probabilité ; on ne cherche pas à arriver à des conclusions définitives ou à généraliser des résultats à la population dans son ensemble* »<sup>78</sup>. Comparativement aux techniques d'investigation sur la base de sondage, la méthode qualitative n'a pas recours à un questionnaire fermé. « *Le chercheur dispose d'une certaine latitude pour adapter le guide de discussion ou le guide d'entrevue selon les réponses et les expériences individuelles des participants* »<sup>79</sup>. Le chercheur peut ainsi éliminer des secteurs de questions qui ne génèrent pas beaucoup d'informations utiles et ajouter ceux qui sont plus prometteurs.

La méthode qualitative se caractérise par une approche qui vise à décrire et à analyser la culture et le comportement des humains et de leurs groupes du point de vue de ceux qui sont étudiés. Par conséquent, elle insiste sur la connaissance complète ou « holistique » du contexte social dans lequel est réalisée la recherche. La vie sociale est vue comme une série d'événements liés entre eux, devant être entièrement décrits, afin de refléter la réalité de la vie de tous les jours. La recherche qualitative repose sur une stratégie de recherche souple et interactive.

La méthode qualitative ne génère pas de données statistiques et les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population, étant donné que l'échantillon de la recherche n'est pas représentatif ou n'a pas été nécessairement prélevé au hasard. C'est pour cette raison que les données qualitatives sont relativement peu concluantes au plan statistique et qu'elles ne devraient être utilisées à titre de pourcentages ou de chiffres que dans une approche de quantification des informations qualitatives. Il ne faut pas pour autant sous-estimer l'utilité de la recherche

<sup>78</sup> NOVELLI, J., Un séminaire sur la recherche qualitative, Washington, Volton, 1986, p.16.

<sup>79</sup> BODRY, M., Comment réussir son entretien ?, Paris, PUF, 1980, p.12.

qualitative. Un modérateur ou un intervieweur qualifié peut solliciter de l'information et des idées valables en posant des questions supplémentaires sur la façon dont les participants se situent par rapport à une question ou traitent l'information qui leur est fournie.

Par opposition, la recherche quantitative est basée sur une approche systématique de collecte et d'analyse de l'information obtenue à partir d'un échantillon représentatif de la population, afin de fournir des résultats valides sur le plan statistique, généralement utilisés à titre de pourcentages.

Dans cette recherche, la méthode qui convient le mieux est la méthode qualitative, dans la mesure où nous voulons comprendre comment les parents s'y prennent pour faire face à la toxicomanie chez leurs enfants en âge d'adolescence.

#### **4.2.2. La technique de collecte des données : l'entretien semi-directif**

Les techniques de collecte de données les plus couramment utilisées en recherche qualitative présentent des avantages et des limites spécifiques. Selon LEON, « *le choix des techniques de collecte des données est étroitement solidaire à la nature du problème étudié.* »<sup>80</sup>

Vu que nous voulons explorer la gestion familiale des adolescents toxicomanes, nous avons choisi de faire une étude de cas en utilisant l'entretien semi-directif. L'objectif de l'entretien semi-directif est d'obtenir les points de vue, les réflexions et les observations de personnes qui ont, « *une connaissance particulière, un statut particulier, ou qui disposent d'informations auxquelles l'enquêteur ne peut avoir accès par d'autres moyens.* »<sup>81</sup>

L'entretien semi-directif met l'interviewer et son interlocuteur en situation de communication. La technique de s'entretenir est la meilleure façon de connaître les faits sociaux, d'entrer en contact avec les individus qui en font l'expérience. Dans la présente recherche, l'entretien semi-directif a été mené avec les parents qui ont des adolescents toxicomanes. Selon BODRY, « *les expériences déjà vécues par le sujet, comme les intentions qui préparent son futur comportement ne peuvent*

<sup>80</sup> LEON, A., Manuel de psychologie expérimentale, Paris, PUF, 1987, p.358.

<sup>81</sup> BODRY, M., Op.cit., p.17.

*guère être connues par d'autres moyens. Les perceptions, les attitudes, les opinions, qui ne se manifestent pas par un comportement observable sont accessibles grâce à l'interview.»<sup>82</sup>*

L'entretien semi-directif est une technique beaucoup plus qualitative. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par l'enquêteur et consigné dans un guide d'entretien. Celui-ci consiste en « *une liste écrite de questions ou de thèmes qui devront être couverts pendant l'entretien* »<sup>83</sup>. L'ordre et la formulation des questions peuvent cependant varier d'un participant à l'autre. Si l'enquêteur peut suivre des indices et les nouveaux thèmes qui se présentent tout au long de l'entretien, le guide comprend aussi un ensemble d'instructions claires concernant les principales questions à poser ou thèmes à soumettre à un sondage.

### **4.2.3. Population d'enquête et technique de choix des enquêtés**

#### **4.2.3.1. Population d'enquête**

Selon MUCCHIELLI, la population d'enquête est, « *l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de recherche* »<sup>84</sup>. Nous remarquons que la population d'enquête doit être déterminée en fonction des objectifs fixés au départ. Quant à BLANCHET et GOTMAN, « *définir la population, c'est sélectionner les catégories des personnes que l'on veut interroger et à quel titre, déterminer les auteurs dont on estime qu'ils sont en position de répondre aux questions que l'on se pose.* »<sup>85</sup> Ainsi, notre population d'enquête, est constituée par les parents ayant des enfants toxicomanes, mais plus spécifiquement des enfants en âge d'adolescence.

#### **4.2.3.2. Technique de choix des enquêtés**

Il ne suffit pas de consommer la drogue pour être toxicomane, il faut avoir manifesté une dépendance avec toutes ses caractéristiques. Alors, au cours de notre travail, nous avons choisi des critères qui nous ont aidé à la mise en place de notre échantillon. Le travail a porté sur les familles ayant à gérer des adolescents ayant eu un diagnostic de toxicomane. Après avoir

<sup>82</sup> Idem, p. 38.

<sup>83</sup> BODRY, M., Op.cit, p.35.

<sup>84</sup> MUCCHIELLI, R., Le questionnaire dans l'enquête psychosociale : connaissance du problème, Paris, ESF, 1975, p.16.

<sup>85</sup> BLANCHET, A. et GOTMAN, A., L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris, Fernand Nathan, 1992, p.50.

déterminé les critères d'échantillonnage, nous avons procédé à l'étude de cas qui révèle de l'échantillon typique. Cette technique d'étude de cas est dite non probabiliste et elle est beaucoup utilisée en sciences sociales. Selon NIYONGABO, l'échantillonnage typique « *est souvent qualifié de choix raisonné, parce que les unités choisies sont sélectionnées sur base d'une analyse des caractéristiques qu'elles présentent et non tirées au hasard.* »<sup>86</sup> Les familles qui ont fait objet de notre travail n'ont pas été choisies par hasard, mais répondaient aux critères retenus à savoir, une famille ayant à sa charge un adolescent toxicomane.

### **4.3. Déroulement de l'enquête**

#### **4.3.1. La pré-enquête**

Avant de se lancer dans la réalisation de l'enquête proprement dit, il convient de faire une pré-enquête. Nous constatons avec BOUDON que la pré-enquête permet de délimiter le champ de la recherche, d'identifier le terrain ou la population, d'affiner les objectifs, de mettre en lumière les difficultés susceptibles de désorienter la recherche et de choisir la population d'enquête, etc.

Selon BOUDON : « *la pré-enquête consiste en une connaissance de terrain en essayant de se débarrasser des idées préconçues, des prénotions, de manière à faire apparaître des facteurs ou des variables explicatives.* »<sup>87</sup> La pré-enquête a permis de faire un premier contact avec le terrain d'enquête. Nous avons eu des entretiens avec 2 familles concernées par la toxicomanie des adolescents. La pré-enquête a été réalisée dans les communes de Ngagara et de Kinindo, elle a porté sur deux parents.

#### **4.3.2. Enquête proprement dite**

C'est la phase fondamentale de la recherche. Au cours de cette étape, nous avons procédé de la même manière comme pour la pré-enquête. L'instrument de recherche a permis de recueillir des informations qui cadrent bien le sujet d'étude. En face de l'enquêté, il fallait toujours une brève présentation avant d'annoncer notre problème de recherche et nous entamions ensuite notre entretien. Nous nous sommes servis d'un enregistreur de sons pour pouvoir enregistrer toutes les informations données par les enquêtés. Les entretiens se sont déroulés dans un climat de bonne

<sup>86</sup> NIYONGABO, J., *Cours de statistique I*, syllabus du cours, Bujumbura, U.B, F.P.S.E, 1ère candidature, 2006, p.56.

<sup>87</sup> BOUDON, R., *Les méthodes en sociologie*, Paris, PUF, 1979, p35.

entente, nous lançons des questions et l'enquête s'exprimait en toute liberté, telle que D'UNRUG le suggère : « *Il s'agit de laisser l'enquêté, voire de l'aider à parler par des relances sans pour autant diriger son discours, dire oui ou non faire écho en répétant tout ou une partie du discours.* »<sup>88</sup>. En respectant les conseils de cet auteur, c'est-à-dire en laissant la liberté de parler, sans nous montrer pressé ni pressant et les sujets s'exprimant soit en kirundi, en swahili ou les deux mélangées ou même en y mettre des termes du français, nous sommes arrivé à créer des conditions d'une bonne situation de communication.

### **4.3.3. Mode de traitement des données**

Dans les sciences sociales, il importe de préciser la façon dont le chercheur a procédé dans l'analyse des données. Comme le souligne FESTINGER et KATZ, « *une importante partie de la recherche socio-psychologique consiste en effet à classer, à ordonner et à interpréter les réponses verbales et les autres manifestations symboliques de l'activité des individus ou des groupes.* »<sup>89</sup>. Nous nous sommes intéressé au contenu des récits des entretiens que nous avons récoltés auprès de nos enquêtés. Nous avons procédé ensuite à l'analyse du contenu.

### **4.5. Les difficultés rencontrées**

Aucun travail de recherche n'est exempt de difficultés. Dans la présente recherche certains parents donnaient des rendez-vous et ne les respectaient pas, et d'autres nous ont carrément refusé l'information sous prétexte qu'ils n'y voyaient aucun avantage en leur faveur. Les conditions de recueil d'informations étaient parfois dures, car des fois nos enquêtés nous donnaient des rendez-vous après 20 heures et dans des endroits difficile d'accès.

### **4.6. Conclusion du chapitre**

Nous venons de voir dans ce chapitre, la position du problème de la recherche et les objectifs à atteindre. Dans le but d'atteindre ces objectifs, nous avons d'abord présenté la population d'enquête et le déroulement de l'enquête, ensuite une méthodologie que nous avons utilisée dans cette étude qui est la méthode qualitative. Enfin, nous avons indiqué comment nous avons procédé dans le traitement des données et les difficultés rencontrées.

<sup>88</sup> D'UNRUG, M.C., Analyse de contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation, Paris, Ed. Universitaires, 1974, p.87.

<sup>89</sup> FESTINGER, I. et KATZ, D., Les méthodes de recherche en sciences sociales, Paris, PUF, 1997, p.474.

**DEUXIEME PARTIE :**

**PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET  
INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE**

## CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES CAS

### 5.0. Introduction

Nous nous sommes entretenus avec six familles ayant des adolescents toxicomanes. Au cours de ce chapitre nous présentons les sujets de notre enquête, tout en gardant leur anonymat ; c'est pour cela que nous leur avons donné des noms fictifs.

### 5.1. Cas de la famille de MBANZA

La famille de MBANZA, est une famille composée d'un père et de ses trois enfants, deux filles et MBANZA, le seul garçon de la famille et qui est toxicomane. Il est le cadet de la famille. La mère est morte d'un accident de roulage il y a quatre ans. La famille de MBANZA, habite la commune urbaine de Kamenge dans la mairie de BUJUMBURA. Le père de MBANZA est un cultivateur de riz à MARAMVYA il a quarante et neuf ans, il a fait ses études jusqu'en sixième primaire.

Depuis la mort de sa mère, alors que MBANZA n'avait que 12 ans, il a commencé à se comporter d'une manière très étrange. Le père passait la grande partie de la journée à travailler et c'est la grande sœur, aînée de la famille qui était obligée de s'occuper de sa petite sœur et de son petit frère. Profitant de l'absence de son père à la maison, le garçon s'absentait des fois à l'école alors qu'il n'était qu'en 4<sup>ème</sup> année de l'école primaire pour aller dans les maisons de projections de film du quartier et rentrait à midi pour le repas. Les sœurs commencèrent à le voir traîner les soirs avec son cousin, un ex-combattant démobilisé qui habite le même quartier. Le cousin est connu de tous dans le quartier par son comportement de brutalité et sa consommation des drogues. Inquiètes de la situation, les sœurs avisèrent le père, qui n'y attacha alors aucune attention, jusqu'au jour où le garçon rentre à la maison aidé par un de ses amis. Quand son père s'en est rendu compte, il découvrit que cela faisait bien longtemps que le garçon n'allait plus à l'école. Le lendemain, le père n'est pas allé travailler aux champs, il voulait parler avec son fils, ce qui tourna au pire car, le dialogue entre le père et le fils s'est terminé par une bagarre. Le père brisa le bras du garçon et le chassa du coup de la maison. « *erega uwo naheruka ari uruhinja nasanze yarambanye igikoko sinabimenya. Nagize ngo ndamukoma, anyishura irarirari, n'akagaye kenshi. Ngire ngo ndamukorako aranshibura. Ivyo nafashe nk'akagaye* »

*ntokwihanganira, niko gushaka kumuhana tugaca tunigana nkamuvuna ukuboko* » Ce qui veut dire « celui qui, hier n'était qu'un tout petit enfant, était alors devenu un monstre méconnaissable. Quand je lui ai adressé la parole il m'a répondu avec un grand mépris. J'ai considéré cela comme un manque de respect, alors j'ai voulu le punir pour cela et il s'est défendu et je lui ai cassé le bras »

Sa tante maternelle est allée le faire soigner, le garçon est resté chez elle, deux mois durant. Sans toucher ni à la drogue, ni fumer. Quand il est revenu à la maison, il avait promis de ne jamais toucher à la drogue, et de retourner à l'école. Mais quelques jours après, son père reçut un coup de téléphone lui disant que son fils dort dans un caniveau du quartier, alors qu'il n'était que 15 heures de l'après-midi. Le père se précipita de rentrer et trouva son fils dans un état lamentable, aidé par des voisins, ils ramenèrent le garçon à la maison. Au réveil, il était agité, cassait tout dans la maison, prononçait des injures, menaçait ses sœurs de les tuer. Il fut ligoté et conduit au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, il y resta pendant deux semaines.

Quelques mois après, suite à la fréquentation de son cousin il a rechuté. Il a connu deux hospitalisations, avec diagnostic de toxicomane en moins de 6 mois.

Actuellement comme le dit le père de MBANZA « *naraheberanye nta kundi, none ko ntoheba abandi bana ngo bapfe kubera ubusazi yiteye, naramuhevye ubu yibereye ngaho muri izo mogi nakanyanga ziwe. Emwe mbere ejo bundi ho yivye ikinga ry'umubanyi, n'ibitenge vyari vyanikiye ku muguzi. Ubu rero ndamutunze uko. Atari igitangaza c'Imana jewe ndabona bazonzanira ikiziga gusa.* ». Ce qui veut dire « maintenant je n'en peux plus rien, je l'ai laissé à son sort. Je ne peux pas laisser les autres enfants mourir à cause de sa folie, maintenant il ne fait que se droguer et prendre des boissons trop alcoolisées, dernièrement il a volé un vélo d'un voisin et les pages sur le séchoir. Maintenant, il est là. Peut-être par un miracle de Dieu il s'en sortira, sinon j'attends qu'un jour on me ramène un cadavre à la maison. »

## **5.2. Le cas de la famille de BAHA**

La famille de BAHA habite Nyakabiga, c'est une famille de deux parents et de quatre enfants. Les enfants sont toutes des filles. Le père est âgé de cinquante et huit ans, il fait le commerce, mais il a un diplôme A3 de l'Ecole Technique Secondaire (ETS). La mère est commerçante, mais

elle a fait des études universitaires elle a un diplôme universitaire en ISCO comptabilité de l'université du Burundi, elle a cinquante ans.

BAHA est la troisième fille, elle a 19 ans, elle est toxicomane, elle a déjà été hospitalisée pour la première fois au Rwanda alors que ses parents croyaient qu'elle était à l'internat où elle avait été envoyée pour continuer les études, après la 9<sup>ème</sup> année qu'elle venait de refaire 2 fois de suite.

Les parents ne savaient pas que la fille buvait de la bière. Le père de BAHA dit que « *yari umwana ahoze cane, eka ni ukuri baduhamagaye kw'ishure batubwira ko ari mu bitaro kubera yagize overdose kubera ibiyayura mutwe afata. Twabaye abantu bumwe cane.* » Cela signifie « *elle était très calme, ce fut avec un grand étonnement quand nous avons eu un coup de téléphone nous disant qu'elle est hospitalisée suite à une surdose des drogues qu'elle avait prises* ».

Elle fut rapatriée au Burundi, car la direction scolaire en avait ras le bol de son comportement. Arrivée au pays, elle changea radicalement et commença à fréquenter un groupe de filles très mal réputées de la ville comme le dit la mère de BAHA « *kuva aho afataniye n'abo bakobwa, yaciye aturahira ko atagisubiye kwiga kwayo yize abaye. Yarashobora kugenda ntatahe, mbere yarigeze kugenda aradusezera amara indwi yose tutazi iyo ari. Yagarutse umengo yabaye umwehu, atoboye ugutwi kwose, no ku ngohe no ku mukondo yarafise ihereni, emwe afise n'ama tatouages ku mubiri.* ». Cela se traduit comme suit « *Depuis qu'elle a commencé à fréquenter le groupe de ces filles, elle nous a juré qu'elle ne mettra plus les pieds à l'école, que les études faites suffisent. Elle a même quitté la maison, elle a passé une semaine sans que personne ne sache où elle était allée. Quand elle est revenue, elle était devenue comme une folle, avec des « piercings » sur les oreilles, sur les sourcils et aussi sur son nombril, et des tatouages sur son corps.* ». La mère de BAHA continue et dit qu'une fille de cette bande est morte noyée dans une piscine d'une boîte de nuit suite à une overdose à la cocaïne. BAHA depuis ce jour manifeste des comportements d'agitation et ne dormait pas, faisait des cauchemars la nuit, criait qu'elle allait mourir. Elle a été contrainte d'aller consulter au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, après un diagnostic de toxicomane, elle a été hospitalisée pendant une semaine.

Quand elle est rentrée à la maison, elle était calme elle a même accepté qu'un psychologue vienne la rendre visite à la maison mais, depuis quelque temps elle a repris la fréquentation de sa bande.

Au moment de notre entretien avec la mère, la fille était au salon, habillée d'une manière bizarre on dirait qu'elle était à la plage (une très petite culote, un soutien juste pour cacher sa poitrine), les *tatouages* et les *piercings* étaient évidents. Elle était très agitée, la porte était fermée, on ne pouvait la voir qu'à travers les vitres de la porte. La mère de BAHA nous a alors révélée que « *aho ko atanguye uko n'ubundi se niyataha dutegerezwa kumujana kwa muganga* » ce qui veut dire « vu qu'elle commence à s'agiter de cette façon, quand son père arrivera, nous allons l'amener voir le médecin. ».

Le père de BAHA quand à lui dit « *jewe ivy'urya mukobwa wanje narahebeye nyina, kubera asigaye anantera n'isoni iyo ndi muhira ukuntu yambara. Narahebeye nyina nayo ahandi nk'umuntu w'umugabo jewe birantera n'isoni no kumwegera ameze nk'uwuri gusa.* » Ce qui veut dire « *j'ai laissé la mère s'occuper de la fille, elle me fait honte cette fille de par sa manière de s'habiller. En tant qu'homme, c'est très honteux même de m'approcher d'elle alors qu'elle presque nue.* ».

Le père de BAHA trouve selon lui que mieux vaut tarder dans un bistrot avec des amis le temps que la fille s'endorme pour qu'il ne la trouve pas au salon, et la mère dit : « *Erega n'iyoye atasaze kubera ivyoye anywa ari ngaha muhira aguma ahenye, kandi akaza kwicara muri salon kuraba television nk'abandi bose, se na we yararahiye gusubira gutaha uwo mwana akiri muri salon* » cela se traduit comme suit : « *Même quand elle est n'est pas dans ses états de folie à cause des drogues, à la maison elle est presque toujours nue, puis elle vient au salon pour regarder la télévision avec les autres et son père ne veut plus rentrer alors qu'elle est encore au salon* ».

### **5.3. Le cas de la famille de KAJA**

La famille de KAJA, habite la commune Gihosha, le père de la famille est un retraité du système des Nations Unies, actuellement il s'occupe de ses affaires, il est âgé de soixante et douze ans. Sa femme a eu son diplôme universitaire en France en banque et investissement, elle est âgée de soixante et huit ans. Actuellement elle travaille avec son mari dans leurs affaires. Leurs trois enfants, sont tous mariés et vivent tous à l'étranger.

De commun accord, les parents et les enfants en vacances, ont décidé d'adopter un autre enfant, car, ils se disaient, qu'il ne fallait pas que les parents restent seuls dans leur maison. Les parents ont contacté un orphelinat, ils ont adopté un petit garçon. Le garçon adoptif jouissait des mêmes

droits que les autres enfants de la famille. Il a eu droit aux études depuis la maternelle dans une des écoles prestigieuses de la ville de Bujumbura, mais les parents adoptifs ne lui ont rien dit de son histoire, le fait qu'il soit adopté.

A la fin de l'école primaire, l'enfant est envoyé en Uganda pour y faire le secondaire. La première année se passa sans aucune difficulté, il avait réussi avec de très bonnes notes. Mais tout change radicalement dans les premières vacances de la 2<sup>ème</sup> année. Il buvait beaucoup, il rentrait presque toujours ivre, ou ne rentrait même pas. Inquiets, les parents cherchent à savoir ce qui n'allait pas, ce qui avait changé tout d'un coup sans succès. Mais quand même, à la fin des vacances il accepte de retourner continuer les études en Uganda. Un compatriote qui habitait avec le garçon en Uganda appelle un jour la famille pour leur dire que leur enfant est malade. Les parents se précipitèrent, et trouvèrent l'adolescent en plein délire, une bouteille de liqueur à la main, et une tige de chanvre dans l'autre. L'adolescent alors âgé seulement de 15 ans réclamait la mort. Avec l'aide de la police locale, il fut conduit à l'hôpital Psychiatrique privé de Jinja en Uganda, il y passa toute une semaine, subissant une désintoxication car il avait été diagnostiqué victime d'une overdose de drogue.

Les parents furent obligés de rentrer avec l'adolescent à la maison. Le père une fois à la maison chercha à comprendre le pourquoi de ses agissements, l'adolescent leur révéla alors que depuis qu'il a su qu'il avait été adopté, il n'avait plus envie de vivre. Le père nous a dit lors de l'entretien : « *Erega yambariye ko turi abicanyi, ngo twaramwiciye abavyeyi ngo dutako ntitwamubwira na kimwe, ngo twamweretse ko tumukunda kandi turi abantu babi cane. Ngo iyo twashaka kumufasha twari kuba twaramubwiye ko ari umurerano.* ». Ce qui veut dire : « *Il m'a dit que nous sommes des assassins, que nous avons tué ses vrais parents et qu'en plus nous lui avons caché la vérité, que nous lui avons montré que nous l'aimions alors que nous sommes de très mauvaises personnes. Que si nous voulions lui rendre service nous lui aurions avoué qu'il était adoptif.* »

Maintenant, il ne veut plus parler, il ne fait que bouder. Quand il sort, il rentre toujours soulevé par ses amis, car il ne fait que prendre de la drogue. La Mère quant à elle nous a révélé : « *Erega ndatinya kubibwira se, asigaye yiba utuntu. Ndamaze kubura chaînette yanje ya or, nta ndwi ihera ntabuze amahera muri sac à main, erega kubera abagabo umengo ivyo mu nzu ntibibaraba, se ntarabona kw'ibirahuri na vase iraho, un souvenir ya kera cane twaguze muri*

*Grèce bitakiri muri salon. Ayo mahera abigurisha canke anyiba ni yo rero aguramwo ivyo bi drogues vyawe. »* Ce qui veut dire : « *J'ai peur de dire à son père que maintenant il vole des choses. J'ai perdu ma chaînette en or, il ne se passe aucune semaine sans que je manque de l'argent dans mon sac à main. Et puis, comme les hommes ne font pas attention aux objets de la maison, son père ne s'est jamais rendu compte que les verres et notre vase, un souvenir de très longtemps que nous avons acheté en Grèce ne sont plus à leur place au salon. C'est cet argent qu'on lui donne quand il vend ces choses qui lui sert d'acheter des drogues. »*

La famille est actuellement en train de planifier d'envoyer l'enfant dans un centre de désintoxication pour adolescents en France. Comme le dit la mère : « *Erega ngaha on n'a même pas des psychologues b'aba spécialistes mu ma cas nk'aya. Hariya kwa « Legentil » naho bagusubiza umwana ahubwo yabaye nk'irofa, kwibaza ko nohava ntwarayo umwana wanje ekaa »*. Ce qui veut dire : « *Ici on n'a même pas de psychologues spécialistes pour de tels cas. Chez « Legentil », ils te rendent l'enfant devenu comme un idiot, penser que je peux amener mon enfant là-bas non non non. »*

#### **5.4. Le cas de la famille de BAHATI**

La famille BAHATI habite dans la commune urbaine de Kamenge. C'est une famille peu nombreuse, elle est constituée par un père qui habite seul avec son fils. La mère de BAHATI a quitté la maison ; elle est allée vivre en Tanzanie avec un autre homme. Le père de BAHATI est un mécanicien de quarante et cinq ans, il exerce son métier dans la commune urbaine de Buyenzi dans un garage d'un particulier.

BAHATI est un garçon de 15 ans et il est toxicomane. Il ne va plus à l'école depuis que sa mère est partie alors qu'il était en 4<sup>ème</sup>. Quand la mère de BAHATI est partie pour la Tanzanie, elle disait qu'elle s'y rendait pour chercher des marchandises car elle était commerçante au marché central de Bujumbura. Depuis ce jour elle n'a jamais remis le pied au pays, elle a tout juste passé un coup de téléphone à son mari, une semaine après qu'elle soit partie lui disant qu'elle ne reviendrait plus, qu'elle avait trouvé l'homme de sa vie. Le père de BAHATI, informa son fils alors âgé de 12 ans que sa mère n'allait plus revenir et que par conséquent, une autre femme devait venir à la maison pour leur donner un coup de main. BAHATI n'était pas du tout d'accord avec son père. Mais tout juste un mois après, un certain vendredi soir, le père rentra à la maison

avec une autre femme, alors que le fils était déjà au lit. Le lendemain matin au réveil le garçon trouva une femme qui préparait le petit déjeuner, il se rendit dans la chambre de son père pour lui demander qui était la dame, alors le père lui répondit : « *Ule njo mama yako we mutoto, si unajua kama mwengine alidutupa akaenda kwa unguine bwana?* ». Ce qui veut dire : « *Elle, c'est ta mère, tu ne sais pas que l'autre nous a abandonnés pour aller habiter avec un autre homme?* »

Ce fut le début des querelles à la maison, car le garçon s'est farouchement opposé à la décision de son père. Il menaça son père en disant « *soit elle part, ou je pars* ». Le père décida que la femme reste, et que si le garçon lui manque de respect, il sera puni comme il se doit pour un enfant qui manque du respect envers sa mère. Quand le père était parti pour travailler, le garçon faisait semblant d'aller à l'école, puis allait dans les maisons de projection de film du quartier, et c'est là qu'il a appris d'abord à fumer la cigarette, car les « grands » l'envoyaient pour leur allumer la cigarette. Des fois il rentrait à la maison, des fois il allait chez sa tante avec comme motif que la femme de son père ne lui donnait plus à manger. La tante s'acharna sur le père, qui à son tour faisait tomber le tort à sa deuxième femme, qui pourtant niait les faits.

Presque à la fin de l'année scolaire, le père se rendit compte que son fils n'avait pas pu continuer l'école, et la faute tomba sur sa femme, sous prétexte qu'elle devait avoir vu que l'enfant n'allait pas à l'école, la femme fut renvoyée. Mais le garçon avait déjà commencé à goûter au chanvre que les 'grands' fumaient dans les maisons de projection de film. Le père engagea un domestique pour faire la cuisine. Quand l'autre année scolaire commença, le garçon promit à son père qu'il allait retourner à l'école comme avant, ce qu'il n'a pas fait. Un voisin avertit le père que son fils n'allait plus à l'école, qu'il était toujours dans des maisons de projection des films du quartier au lieu d'aller à l'école. Un jour, le père a fait comme s'il allait au travail, et après deux heures s'est rendu dans cette maison de projection de films où il a trouvé son fils en train de fumer du cannabis alors qu'il n'était que 9 heures. Il s'est mis à se battre avec tous ceux qui étaient là, trainant son fils de force, et le conduisit lui-même jusqu'au cachot de la commune. Il a même donné 5000 Fbu au chef de poste pour qu'il accepte de mettre le garçon dans le cachot.

Quand le garçon est sorti du cachot une semaine après, le père lui a dit qu'il devait se prendre en charge vu qu'il ne voulait plus aller à l'école. Le garçon s'est convenu alors avec le responsable de la maison de projection de film, pour l'aider à faire payer pendant la projection, en contrepartie ce dernier devait lui donner à manger. Avec l'argent qu'il volait au propriétaire, il

pouvait s'acheter du chanvre, des cigarettes et le Kanyanga. Quelques mois après, le garçon a commencé à manifester des comportements très inquiétants, il buvait un peu plus que d'ordinaire les boissons dits « liqueurs café ». Puis il commença à être agressif envers les clients, car il buvait tout le temps. Le propriétaire le renvoya, il passa toute une nuit à crier. Une voisine dit au père que le garçon est possédé par les démons, et qu'il fallait l'amener dans une chambre de prière. Le garçon fut conduit ligoté dans une chambre de prière, il y passa trois jours sans évolution et un membre de la famille proposa au père de conduire le garçon au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge. Le garçon fut hospitalisé en tant que patient toxicomane. Toutefois, depuis que le garçon est sorti de Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, il n'a pas arrêté de prendre la drogue.

Le père de BAHATI dit qu'il ne veut plus faire aucun effort pour le garçon. Il ne veut ni parler, ni aider le garçon : « *Aende kabisa abakiye kuvuta zile bangi zake, mi sitaki tena.* » Ce qui veut dire : « *Qu'il continue à fumer le chanvre, moi je ne veux plus de lui.* » Actuellement comme nous l'avons vu, BAHATI porte des habits déchirés, il ne coupe plus ses cheveux, il a plusieurs cicatrices au visage. Au moment de l'entretien avec son père, aux environs de 19 heures, le garçon était assis sur la terrasse de la maison, sans parler à personne, il fumait une cigarette. Il passe la journée à l'extérieur cherchant tous les moyens possibles de se procurer la drogue.

### **5.5. Le cas de la famille de TWAJE**

La famille de TWAJE, habite une des communes du sud de la ville de Bujumbura, La famille de TWAJE est composée de deux parents et de cinq enfants, et une fille adoptive suite au décès de ses parents.

Le père de TWAJE est un commerçant, il n'a pas terminé ses études, mais il est allé jusqu'en 10<sup>ème</sup>. Sa femme s'occupe des enfants. Le père de TWAJE est de nationalité Rwandaise, sa mère, elle, est Burundaise et la famille a évolué en Uganda. C'est en 2009 que la famille s'est installée au Burundi en raison de leur commerce. C'est une famille protestante très pratiquante et très conservatrice en ce qui est des croyances chrétiennes (prière pour chaque visiteur qui entre dans la maison), interdiction de fumer, de boire d'alcool dans la maison, pas de télévision dans la maison, encore moins le bruit. Tout doit être en ordre.

TWAJE est une fille de 18 ans. Elle vient de rejoindre sa famille tout récemment car elle était restée en Ouganda avec son père. Comme le raconte le père de la famille, il voulait débiter ses

affaires au Burundi, mais en même temps rester en Ouganda pour ce qu'il faisait. D'après toujours le père de la famille, TWAJE est restée avec son père car elle venait de commencer le secondaire. Elle était obligée d'aller dans une école à internat pour sortir le week-end seulement. Sous l'influence de ses amis, filles et garçons du lycée, elle a commencé à fréquenter les boîtes de nuit, mais tout cela à l'insu de ses parents. Elle a fait l'expérience de la bière, de la cigarette, et même des fois, elle fumait du cannabis. Elle n'a jamais été contre l'effet que cela lui faisait, elle disait que boire ou fumer lui faisait du bien. Mais tout cela s'est fait à l'insu des parents. Un jour ses amis qui lui donnaient à boire et à fumer à chaque sortie l'ont laissée à son sort. Elle a commencé à utiliser l'argent de poche que son père lui donnait, mais cela ne pouvait pas suffire, elle a alors commencé à fréquenter un garçon qu'elle avait rencontré dans une boîte de nuit. Le garçon, était un vendeur de drogues douces que les filles aiment prendre dans les clubs de danse, pour se remonter le moral. Et selon toujours le père de TWAJE, c'est de là qu'elle a alors commencé à sombrer vers une dépendance, elle a commencé à sortir tous les week-end sans ou avec la permission des encadreurs de son école, pour ressentir cet état de bien-être qu'elle ne pouvait avoir que quand elle avait pris, le comprimé, dansé et pris quelque bière.

Son père ne savait rien, mais les résultats scolaires l'inquiétèrent, mais il n'a pas voulu aller loin dans son investigation. Malheureusement, la fille n'a pas continué l'école, car elle était enceinte du garçon qu'elle fréquentait. Le père de TWAJE, a su que sa fille ne va plus à l'école après un mois, quand il a vu que sa fille n'est pas rentrée, il a alors demandé aux amis de sa fille ce qui s'est passé et une des amis de la fille a raconté au père de TWAJE tout ce qui s'est passé, et que la fille n'est plus à l'école qu'elle habite avec le garçon qui l'a mise enceinte. Après avoir eu cette information, il est allé directement en parler au garçon. Le père voulait que la fille rentre à la maison mais, la fille n'a pas accepté et a préféré rester avec le garçon. A 4 mois, la fille a connu une fausse couche, du fait qu'elle avait continué à prendre la drogue et la bière comme d'habitude. Après sa fausse couche, le garçon la maltraitait, elle a été obligée de retourner chez son père. Le père de TWAJE fut très gentil avec sa fille. C'est avec cette gentillesse que TWAJE a révélé alors tout ce qu'elle a vécu, et qu'elle se sentait toujours en besoin, qu'elle avait toujours envie de prendre quelque chose pour se sentir à l'aise.

Le père raconte alors qu'il a proposé à sa fille d'aller consulter un médecin pour lui expliquer ce qui se passait en elle. Le père arrêta toutes ses affaires pour aider sa fille, le médecin lui conseilla

d'aller consulter un psychiatre dans un centre de désintoxication en Ouganda. Elle y passa environ 1 mois à suivre des thérapies de désintoxication. Pour l'éloigner de sa compagnie, et c'est comme ça que TWAJE est venue avec elle au Burundi.

Même si elle va mieux actuellement, elle n'a pas encore commencé l'école, mais elle a promis à ses parents que l'année prochaine elle veut y retourner. En attendant, elle va de temps à autres faire le control des marchandises avec son père, si non la grande partie du temps, elle est à la maison avec sa mère à l'aider à faire la cuisine. Le père de TWAJE se veut entre le plus amical possible avec sa fille, par le fait d'accepter de sortir avec elle au cabaret ; chose qu'elle n'avait jamais eu au paravent de la part de ses parents. Pour que TWAJE puisse reprendre confiance en elle, son père a même voulu qu'elle apprenne à conduire et il a payé quelqu'un pour le lui apprendre.

#### **5.6. Le cas de la famille de BIMAI**

La famille BIMAI est une famille très nombreuse et musulmane. Le père polygame a deux femmes qui habitent une même parcelle, mais chaque femme a sa maison. Le père de BIMAI est un pêcheur, il a fait l'école coranique, et il fait le commerce du poisson. Le gros de son commerce se trouve à Rumonge, où d'après les nouvelles informations de l'une des femmes ayant un garçon toxicomane, il y aurait une 3<sup>ème</sup> femme. Les deux premières coépouses ont respectivement six et cinq enfants. La femme avec laquelle nous nous sommes entretenus, est celle qui a six enfants. La mère de BIMAI fait le commerce de farine de manioc devant sa maison, c'est la femme du mariage légal, l'autre est issue du mariage religieux.

BIMAI, le toxicomane, est un garçon de vingt ans, aîné de la famille. Il a arrêté ses études alors qu'il était en 6<sup>ème</sup> année, son père voulait alors l'initier au travail pour qu'il puisse prendre très vite la relève et aider sa famille si le père venait à mourir tôt. C'est alors que le père a donné au garçon une somme d'argent pour qu'en compagnie de son oncle, il puisse faire le commerce au marché de Kinama. Déjà à 16 ans, le garçon avait commencé à faire le commerce avec son oncle. Le commerce allait bien et il gagnait de l'argent facilement. Au lieu de l'utiliser à la maison en aidant sa famille, il a commencé alors à fréquenter les « ligalas » des jeunes du quartier et ensemble ils ne faisaient que boire le kanyanga. C'est au fur du temps qu'il a aussi appris à fumer du cannabis. Au lieu de réaliser des intérêts, le père voit le commerce de son fils tomber en

faillite du jour au lendemain. Il a fait des investigations pour savoir si son fils ne fréquentait pas les femmes. Mais il a découvert que son fils passe la grande partie de son temps avec un groupe de fumeurs de cannabis, et il a décidé de lui retirer l'argent qu'il lui avait donné pour faire le commerce.

Le garçon fut contrarié, il se lança de plus en plus dans la consommation du cannabis et de plus en plus de kanyanga, jusqu'à en être dépendant à un certain moment. Il fumait de plus en plus de cannabis, et il en est tombé malade. Il a commencé à se montrer très agité, faisant du désordre dans les deux maisons. Alors la mère en est venue à la conclusion que son fils a été ensorcelé, et du coup elle est allée voir un tradipraticien à Buyenzi. Celui-ci lui a donné un médicament, qu'elle a donné à son fils, mais qui malheureusement n'a fait aucun effet. Une voisine donna conseil à la mère de BIMAI, qu'au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge elle peut y avoir une aide, ce qu'elle a fait. Le garçon fut accueilli, et hospitalisé environ deux semaines.

Après son séjour au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, le garçon a connu une période de bien-être, mais du fait qu'il a repris ses anciennes habitudes, il a subi une rechute et a été hospitalisé à nouveau. Son père lui a refusé toute aide et seule la mère fait tout pour aider son fils à s'en sortir, malgré ses maigres moyens. Le père de BIMAI, quant à lui dit que c'est la faute à la mère, que c'est elle qui devait s'occuper de l'éducation des enfants et ne veut rien entendre qui va dans le sens d'aider le garçon car, dit-il, c'est perdre son temps à penser qu'il est possible qu'il puisse guérir. D'après le père, le garçon est condamné à ne servir à rien, il est condamné à fumer et boire pour le reste de sa vie. Quant à la mère, elle souhaite que le père puisse lui venir en aide pour que le garçon change de milieu de résidence, qu'avec une nouvelle compagnie il y a des chances de s'en sortir.

### **5.7. Conclusion du chapitre**

Dans le présent chapitre, nous avons présenté les cas qui ont fait l'objet de notre étude, le chapitre qui suit a porté sur la gestion familiale des perturbations comportementales observées chez l'adolescent toxicomane.

## **CHAPITRE 6: LA GESTION FAMILIALE DES PERTURBATIONS COMPORTEMENTALES D'UN ADOLESCENT TOXICOMANE**

### **6.0. Introduction**

De façon générale, le rôle des parents est de conduire l'enfant à l'autonomie de sa vie d'adulte, de l'aider à "prendre son envol" en lui inculquant les connaissances et comportements qui lui seront indispensables pour affronter les difficultés de la vie, s'insérer harmonieusement dans la société et enfin vivre heureux. A l'adolescence, l'enfant est déjà dans une phase d'expérimentation intense, basée en bonne partie sur l'imitation de son entourage. La famille doit donc lui apprendre, outre les connaissances de base, les valeurs qui paraissent fondamentales, les interdits et permissions de la vie en société et le respect de ces valeurs et interdits. Il faut aussi que les parents plus particulièrement l'aident à acquérir la confiance en lui-même, qui l'aidera à se construire et à atteindre plus tard l'autonomie.

La première consommation des drogues intervient généralement durant l'adolescence, cette période difficile de remise en question des acquis et d'essais à l'autonomie. Elle peut aussi, selon le caractère de l'enfant et les circonstances, intervenir plus tôt, dans la préadolescence. Par ailleurs, l'effet peut être d'autant plus grave et la dépendance peut apparaître d'autant plus rapide que l'enfant commence jeune.

Dans ce chapitre, nous allons constater qu'aucun milieu social n'est épargné, la drogue est consommée aussi bien dans les milieux aisés que dans les milieux défavorisés. Notre enquête sur terrain met en évidence: les indices de consommation abusive des drogues chez l'adolescent et la réaction des parents face aux indices de la prise des drogues.

### **6.1. Indices de consommation abusive des drogues chez l'adolescent**

C'est une évidence, aucun signe ne révèle de manière catégorique l'usage des drogues. Une chose est sûre toutefois, plusieurs symptômes réunis peuvent se transformer en signal d'alarme qu'il ne faut pas négliger.

### 6.1.1. Le physique

Il est certain qu'à l'adolescence le corps change. Mais certains signes physiques montrent bien que l'enfant se drogue. A ce sujet Nicole MAESTRACCI écrit « *L'adolescent a les yeux rouges, ses paupières sont tombantes, son regard est éteint. Ses pupilles sont dilatées ou contractées. Il néglige à la fois son hygiène corporelle et son apparence vestimentaire. Vous notez une modification de ses habitudes de sommeil. Il est d'ailleurs sujet à l'insomnie et /ou pratique la sieste à des heures inhabituelles. Il souffre souvent de petites affections car sa résistance diminue. Un nez qui coule, des toussotements persistants et des douleurs thoraciques sont les symptômes les plus couramment observés. Il est également fréquent qu'une augmentation ou une perte soudaine de l'appétit se produise de façon ponctuelle, souvent accompagnée d'une perte de poids.* »<sup>90</sup>

Les propos des parents des adolescents sujets de notre enquête coïncident bien avec les propos de cet auteur. Le père de MBANZA précise que « *kare uwo muhungu yarataha, hama nkabona akina n'abandi, ariko ntangura kubona atahuka atevye kandi umengo ari faible, yisinzirako, jewe rero nkibaza yuko yoba ataruhutse après-midi, agaca aja kwiryamira* ». Ce qui signifie « *Auparavant, ce garçon rentrait, et je le voyais jouer avec les autres, puis il a commencé à rentrer tardivement, il semblait faible, il somnolait et je croyais que c'est peut-être dû au fait qu'il n'avait pas fait une sieste, puis il allait dormir.* »

Et la mère de KAJA précise « *erega ikinyereka ko yafashe nyamogi ziwe, amaso aba asa na rouge cane, akavuga amajambo umengo ariko arayayata, ukamenga yaborewe* ». Ce qui se traduit comme suit « *ce qui me montre qu'il a pris de la drogue, les yeux sont très rouges, ses propos sont décousus, un peu comme ceux d'une personne ivre* »

Quant à la famille de BAHA, sa mère nous a dit « *icerekana ko yafashe drogue, hewe umengo ingohe ziwe aguma ashaka gusinzira. Izosi ukamenga ni wa mwana w'uruhinja* ». Ce qui veut dire « *ce qui montre qu'elle a pris de la drogue, ses paupières sont tombantes on dirait qu'elle veut dormir. Son cou devient mou comme celui d'un bébé.* »

<sup>90</sup> MAESTRACCI, N., Les drogues, Paris, PUF, 2005, p.52.

Le père de MBANZA, ajoute : « *Ntubona kuva aho atanguriye rero kwihereza izo kanyanga n'ayo mayoga yo mw'isasha, emwe ng'uyo kumesa utomenga harico bapfa, na yo hoho ngo uravuga kwonda, erega asigaye ku mutwe gusa, kandi birumvikana, none ko atarya yishinga kwisukamwo ivyo biyayuramutwe gusa. Emwe kurya umengo ni igihano kuri we, ni ukuri nyene adafungura rimwe rimwe* ». Ceci veut dire : « *Depuis qu'il a commencé à boire du kanyanga et autres boissons contenues dans des sachets, il ne fait plus la lessive, il est devenu trop maigre, et c'est normal puisqu'il ne fait que prendre ses drogues, il ne mange que quelque fois* ».

Le physique de l'adolescent toxicomane ne trompe pas, il manifeste des signes réels de consommation de la drogue. Les parents savent voir quand l'enfant s'est drogué et quand il est lucide.

### 6.1.2. Le caractère

D'habitude le caractère change à l'adolescence et s'il s'ajoute le problème de la toxicomanie, l'adolescent adopte un caractère pathologique. MAESTRACCI écrit ce propos : « *Nous appelons "troubles du comportement" les symptômes psychopathologiques qui mettent en cause la relation actuelle de l'enfant avec son entourage. Ces troubles provoquent inévitablement des réactions comportementales dans l'entourage, mettant en cause les parents dans leurs attitudes éducatives, parfois le groupe social tout entier et en particulier la Loi et le système judiciaire* ».<sup>91</sup>

Sous l'effet de la toxicomanie, l'adolescent adopte un comportement pathologique caractérisé par « *la violence, la colère, l'opposition, le vol, les fugues* »<sup>92</sup>.

D'après les enquêtés, sous l'effet de la toxicomanie, le caractère de l'adolescent change radicalement. Au début, les parents des adolescents s'inquiètent d'un changement brusque, mais au stade de la toxicomanie c'est alarmant. La mère de BIMAI nous a dit ceci : « *umusi umwe, yaratashe hari nk'isaha zitandatu z'ijoro. Hanyuma ndamwugururira, nagiyе numva ansimbira mu kanigo, ndaboroga iyo hataba ababanyi ni ukuri jewe kari kabaye* ». Ce qui veut dire : « *un jour, aux environs de minuit. Je suis allée ouvrir la porte et tout d'un coup il m'a attrapé le cou et il allait me tuer, si mes voisins n'étaient pas intervenus.* ».

<sup>91</sup> MAESTRACCI, N., *Op.cit.* p. 58.

<sup>92</sup> Ibidem

En fait, BROCHU précise que « *l'usage de drogues peut augmenter les probabilités qu'une personne s'engage dans une carrière délinquante persistante et grave et de façon générale, une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues se traduit fréquemment par une augmentation de la criminalité.* »<sup>93</sup>

La drogue agit sur le système nerveux et elle est capable de modifier le comportement du sujet qui s'en sert. Cela peut aller comme nous le voyons dans le témoignage de la mère de BIMAI, jusque à adopter un caractère agressif, criminel, etc.

Quant à la famille de BAHA (parents adoptifs d'un adolescent toxicomane), la mère nous a dit : « *Ubwakare yari un enfant très sage, ariko asigaye ari colérique cane. Iyo atashe yanyoye les drogues, aba ari très tendu, sinzi ikintu se yamubwiye ejo bundi atashe nka 22 heures, twagiye tubona amenà son assiette ariko arirako, emwe pas même un mot de plus, yaciye aja directement au lit.* ». Cela se traduit comme suit : « *Auparavant, il était un enfant très sage, mais il est maintenant très colérique. Quand il a pris de la drogue, il est très tendu. Dernièrement il est rentré à 22h, son père lui a dit quelque chose et tout d'un coup il a cassé son assiette sur laquelle il était en train de manger, il n'a même pas dit un mot de plus, il est allé directement au lit.* ».

Le vol et les fugues sont aussi caractéristiques chez un adolescent toxicomane, la mère de BAHA dans ses propos révèle que le garçon vole de l'argent dans son sac à main, que même sa chaînette a été volée. La mère de BAHA, lors de notre entretien nous a même révélé que le garçon fait souvent des fugues. La famille de KAJA, dans le témoignage sur leur fille nous a aussi dit que leur fille faisait des fugues. Fuguer est un signe, ou un comportement qui exprime un mal intérieur du fugueur.

A ce propos VAN DE WATER et ses collaborateurs expriment ce qui suit : « *La fugue s'inscrit le plus souvent dans le processus d'individualisation et de prise d'autonomie de l'adolescent, et dans une période de crise et de conflit avec les parents. Avant de passer à l'acte, le jeune fugueur a souvent idéalisé l'idée de partir. Les facteurs déclencheurs sont souvent des éléments peu signifiants. Ainsi, un motif direct (dispute, crainte d'une punition, événement peu important et*

<sup>93</sup> BROCHU, S., Drogue et criminalité : une relation complexe. 2ième édition, P U M, 2006, p.96.

ayant peu de lien avec le motif principal) se présente et constitue la goutte qui fait déborder le vase, prouvant une réalité impulsive de l'adolescent. Toutefois, ces adolescents apparaissent vivre un mal-être plus profond qu'ils ne parviennent pas à exprimer ni à dépasser ; la fuite leur apparaît comme une solution ou l'échappatoire... »<sup>94</sup>. Par le fait de fuguer, l'adolescent toxicomane sous l'effet soit de la drogue ou l'influence de sa compagnie, cherche une façon illusoire de se montrer indépendant. Cela ne fait qu'augmenter l'inquiétude chez les parents connaissant déjà l'état de santé de l'enfant.

### 6.1.3. Difficultés et décrochage scolaires

La scolarité d'un adolescent toxicomane se trouve en difficulté, et la grande partie des adolescents toxicomanes décroche même leur scolarité au profit des comportements délinquants. Les propos du père de MBANZA sont plus explicites : « *Emwe ubu ni uwo kwinywera urumogi gusa, ivy'amashure yaherukiye uwa kane gusa.* » Ce qui veut dire : « *Maintenant il ne fait que prendre des drogues, en ce qui est de sa scolarité il a abandonné en 4<sup>ème</sup> année* ». Le père de BAHA nous a dit quant à lui que « *kuva noneho ava mu Rwanda, yararahiye neza neza gusubira kw'ishure.* ». Ce qui veut dire : « *Depuis qu'elle est revenue du Rwanda, elle a juré de ne plus retourner à l'école* ».

BROOK et ses collaborateurs<sup>95</sup>, ont rapporté que la consommation de cannabis en début d'adolescence était un facteur de risque du décrochage scolaire. L'usage régulier et prolongé de cannabis est associé à l'échec et à l'abandon des études. Sur l'ensemble de tous nos enquêtés, aucun parent ne nous a fait part de poursuites scolaires de son enfant, tous ont fini par décrocher leur scolarité.

Dans leur récente revue systématique sur l'usage de substance et le décrochage scolaire, TOWNSEND et collaborateurs<sup>96</sup>. Notent qu'une association significative entre l'usage précoce de drogues et le décrochage scolaire a été identifiée dans plusieurs études longitudinales. Ces

<sup>94</sup> VAN DE WATER, G. ; VETTENBURG, N. et GLOWACS, F., Fuguer ...pour fuir quoi ?, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2004, p.86.

<sup>95</sup> BROOK, J. S.; BALK, E. B. et WHITEMAN, M., The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use, Washington, A J P H, 1999, p.89.

<sup>96</sup> TOWNSEND, L., FLISHER, A. J., et KING, G., A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical child and family psychology*, 2007, pp. 295-317.

auteurs rappellent aussi que le décrochage scolaire est un phénomène complexe où plusieurs variables peuvent intervenir. Il n'est pas possible de mettre en évidence l'effet unique de l'usage de drogues sur le décrochage scolaire. Par contre, de l'avis de HALL<sup>97</sup>, la consommation des drogues interfère avec les capacités d'apprentissage et la réussite scolaire et les difficultés à l'école sont à leur tour un facteur de risque du décrochage et de l'usage des drogues. Enfin, KALANT<sup>98</sup> a aussi mis en corrélation l'échec scolaire et la fréquence d'usage de cannabis à l'adolescence et chez les jeunes adultes. Tous ces auteurs confirment les informations que nous avons reçues sur terrain, que les adolescents garçons et filles, plongés dans la toxicomanie finissent par décrocher leur scolarité.

#### 6.1.4. Le fréquentation des copains

La fréquentation des copains, ou plutôt leur compagnie, qu'elle soit bonne ou mauvaise fait toujours un poids sur l'adolescent. D'après les parents que nous avons pu interviewer, c'est le plus souvent la fréquentation des copains qui enfonce un adolescent qui traverse déjà un moment de crise à sombrer encore plus dans la toxicomanie. Le père de MBANZA nous confirme cela quand il dit : « *Uwo mwana kuva atanguye kuza araja kwa muvyara wiwe, ego naramaze kumenya ko atari we yabimwigije, ariko ni ho yatanguriye cane cane kumenyera ivyo biyayura mutwe, kubera uwo muvyara wiwe asanzwe anywa ibiyayura mutwe cane kandi kuva kera.* » Ce qui veut dire : « *Depuis que cet enfant a commencé d'aller chez son cousin, même si j'ai déjà su que ce n'est pas lui qui a entraîné mon fils à prendre la drogue, c'est à cause de lui qu'il a pris la mauvaise habitude de prendre de plus en plus la drogue, car son cousin se droguait depuis longtemps.* »

A l'adolescence, l'enfant peut s'entourer de personnes néfastes. Mais, quand est-ce que les parents devaient s'inquiéter d'une éventuelle mauvaise fréquentation de leurs adolescents ? PONCET-BONISSOL nous explique que « *quand l'enfant change, quand l'influence que l'autre a sur lui devient néfaste, cela se traduit par une baisse des notes, des conflits importants avec les parents, un désintérêt scolaire ou encore des conduites cachées. Son discours change, ses mots changent.*

<sup>97</sup> HALL, W. D., Cannabis use and the mental health of young people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2006, p-p, 105-113.

<sup>98</sup> KALANT, H., Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996, New York, Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry (P N B P), 2004, p-p. 849-863

*Les modifications du comportement peuvent être subtiles, mais dans la majorité des cas, cela se traduit chez les parents par la phrase "Je ne le reconnais plus" »<sup>99</sup>.*

Quant à la famille de BAHA, le père et la mère, sont tous d'accord sur le fait que « *kuva aho yafataniye n'abo bakobwa wumva bavuga, ni ho yatanguye kurara hanze, akamara imisi adataha, ni naho twamenye ko ari ako kagwi nyene bagira amahiganwa yo kunywa injabuka nyinshi canke urumogi* ». Cela se traduit : « *Depuis qu'elle fait partie de cette bande de filles, elle a commencé à ne pas rentrer à la maison, et on a su que c'est dans cette bande que les filles font la compétition de boire beaucoup de liqueur ou fumer du cannabis.* »

Les différentes recherches ont montré qu'en général les individus sont beaucoup plus influençables dans le groupe que lorsqu'ils sont isolés. Un individu en groupe peut faire ce qu'il n'aurait pas pu faire étant seul. Autrement dit, un individu peut adopter des comportements de son groupe d'adhésion, qui est le groupe de ses amis. A ce propos, NKUNZIMANA explique qu' « *en groupe, la conscience collective prime sur la conscience individuelle. L'individu est plus porté à faire ce qui pourrait l'unir à son groupe des pairs pour mieux y adhérer et il perd ainsi l'intérêt à se contrôler lui-même.* »<sup>100</sup>

Le groupe auquel adhère l'adolescent lui donne le sentiment d'être quelqu'un, mais également celui d'appartenir à quelque chose, l'enfant se sent plus ou moins sécurisé. Le groupe sert à l'adolescent de cadre de référence et d'identification. Dans la présente recherche, le groupe de fréquentation de l'adolescent toxicomane est composé des consommateurs de drogues et il plonge de plus en plus ce dernier dans une consommation excessive de drogue, qui fera sombrer l'adolescent dans une dépendance, ce qui risque de l'entraîner dans la toxicomanie.

## **6.2. Les réactions des parents face aux signes de la prise des drogues chez leurs enfants**

L'adolescence confronte les parents à beaucoup de questions et de bouleversements. Le rôle de parent est bouleversé. Tous les parents d'adolescents connaissent ces bouffées d'agressivité, les critiques, les provocations de la part de leurs enfants, qui n'ont d'autre fonction pour l'adolescent que de se distinguer de ses parents. L'enfant doit grandir et, selon MANZI « *Grandir signifie (dans les fantasmes !), prendre la place des parents, les tuer symboliquement... Au fond, le*

<sup>99</sup> PONCET-BONISSOL Y., *Emprises toxiques et dépendances affectives*, Paris, Editions Dangles, 2012, p.45

<sup>100</sup> NKUNZIMANA, P., *Syllabus du cours de psychologie sociale*, p.60.

*meilleur service que les parents ont à rendre à leurs adolescents, c'est de suivre.* »<sup>101</sup>. Suivre, demande aux parents d'adolescent de jouer les acrobates dans les relations complexes avec leurs adolescents. Ils doivent sans cesse s'adapter dans la distance relationnelle avec leurs enfants.

Mais la réalité est tout autre, certains parents face aux signes de la prise des drogues utilisent la force, les punitions, ou préfèrent envoyer les enfants ailleurs. Le père de MBANZA affirme avoir cassé le bras de son fils. L'adolescent ne se considérant plus comme un enfant sur lequel on tape comme on veut, il a voulu faire sa défense, mais sa force n'était pas du tout égale à celle de son père.

Quant au père de BAHATI, il nous a dit : *« uyo musi ndamusanga muri iyo salle ya cinéma, nabanje mpera ku bari ngaho, kuko urumva ko ari bo banyiciye umwana, hanyuma uwundi na we ni jewe namwijaniye mu gasho. Chef de poste yari yanse kumufunga ndemera ntanga bitanu, mpaka bamushizemo kwanza. »* Ce qui veut dire : *« le jour où je l'ai trouvé dans cette salle de cinéma, j'ai tout d'abord commencé à battre ceux qui étaient là, parce que c'est eux qui avaient tué mon enfant, puis c'est moi même qui ai traîné le garçon jusqu'au cachot de la commune ; le chef de poste ne voulait pas le mettre au cachot et j'ai donné 5000 francs bu, pour qu'il puisse le mettre au cachot »*.

Pour le père de cet adolescent toxicomane, l'usage de la force est un moyen de convaincre son fils, il va même jusqu'à penser que la police pourra faire revenir à la raison son fils. Il pense que, mettre au cachot l'adolescent lui fera changer son comportement.

Quant au père de BAHATI, il a plutôt cherché à s'éloigner de l'adolescent : *« Jewe kuva menye ko uwo muhungu yahisemwo kuba umunywa rumogi, naciye nshaka kumurungika kwa sekuru. Nibaza ko hariya ruguru ata ho yokura urwo rumogi »*. Ce qui veut dire : *« Moi quand j'ai appris que ce garçon a fait le choix d'être un fumeur de cannabis, j'ai essayé de l'envoyer à l'intérieur chez son grand père. Je pensais qu'il ne pouvait pas avoir où trouver cette drogue là-bas »*. Le père de BAHATI, lui, pense que si le garçon n'est pas en ville et s'il partait à l'intérieur, chez son grand père, il ne pourra plus se droguer.

---

<sup>101</sup> MANZI, G., Problématique de la relation parents-adolescents, mémoire inédit, U E A, Bujumbura, 2011, p.52.

Le père de BIMAI, lui s'y prend d'une manière très particulière : « *Jewe ni je namwiboheye, ndamushira mu nzu hama ndamubwira ko nzoza ndamugaburira. Erega nari nzi ngo ndamushoboye....* » Ceci se traduit ainsi : « *C'est moi-même qui l'ai ligoté et enfermé dans la maison, je lui ai dit que j'allais lui donner à manger. Je croyais que j'avais réussi.....* »

La solution face à un adolescent toxicomane ne peut en aucun cas être l'usage de la force, les emprisonnements, le renforcement des punitions ou même le fait d'envoyer l'adolescent ailleurs dans l'optique qu'il va se corriger. L'étude nous a fait constater que les parents qui se sont servis de tels moyens, dans le but de ramener à la raison leurs adolescents n'ont fait qu'enfoncer ces derniers encore plus dans la prise de ces drogues.

### 6.3. Conclusion

L'adolescence a toujours comporté des défis, tant pour les parents que pour les adolescents. Il s'agit d'une période au cours de laquelle le jeune développe sa propre identité et se tourne de plus en plus vers ses pairs afin d'obtenir leur appui et leur approbation. L'adolescence sert à créer une identité stable et à devenir un adulte entier et productif. A ces changements biologiques s'ajoutent les influences du milieu et il peut souvent en résulter des conflits entre les adolescents et leurs parents et les autres adultes de leur entourage plus particulièrement quand l'adolescent prend les drogues. Il est possible qu'au cours de cette période en interaction avec les effets des drogues, les adolescents prennent plus de risques et vivent des changements émotionnels plus considérables. Tous les adolescents adressent sans cesse une demande tacite à leurs parents, le fait de vouloir prendre la drogue à l'adolescence ne traduit pas l'envie d'être un toxicomane en puissance, c'est toujours dans le sens des expériences de la vie que l'adolescent se comporte de cette façon. Mais, comme nous le dit ARTHUR, « *même dans sa profonde bêtise, l'envie de l'adolescent est celle de pouvoir s'appuyer sur des images de parents solides et fiables, ce qui est la plus grande preuve de leur amour et est indispensable pour grandir dans de bonnes conditions.* »<sup>102</sup>.

A l'adolescence, une des façons de vérifier le soutien de ses parents, c'est d'entrer en conflit avec eux. Paradoxalement, pour sentir les parents avec lui, l'adolescent a besoin d'être contre eux. Le conflit et les disputes avec ses parents permettent à l'adolescent de vérifier que ceux-ci réagissent aux provocations avec justesse et fermeté, ce qui veut dire sans indifférence totale, ni

<sup>102</sup> ARTHUR, G.J., Magazine AMINA : Rubrique famille et santé, du mois de Mars, 2008, p.12.

représailles violentes. L'essentiel est que, quoi que fasse l'adolescent, les parents gardent le lien avec lui. Selon DABROWSKI, GOGUEN et leurs collaborateurs, « *la famille du toxicomane, si elle est une famille normale, l'aidera à se libérer des marques d'attention et de suppléance qu'il se donne en recourant soit à l'alcool ou à la drogue pour ainsi lui permettre de découvrir d'autres formes de renforcements que ceux-là. Elle sera pour lui un milieu de sécurité émotionnelle, affective, fabricant d'amour vu comme le résultat d'un processus de décision ou de redécision d'aimer au plan rationnel et affectif et se situant dans l'espace et dans le temps et qui engage l'être dans toutes ses dimensions.* »<sup>103</sup> Le recours aux sanctions, punitions, à la force ou à toute forme de violence ne constitue en rien l'aide d'un adolescent toxicomane. La famille se doit d'être une source de la promotion d'une bonne santé physique et psychique. Elle sert de repère de bonne conduite et de mise en forme pour l'adolescent et non de source d'intimidation et de menace.

---

<sup>103</sup> DABROWSKI, K. ; GOGUEN, L. ; et al., S'il y a un toxicomane dans votre famille, Ottawa, Ed Saint-Yves Inc. 1977, p.139.

## **CHAPITRE 7: LA DYNAMIQUE RELATIONNELLE ENTRE PARENTS ET ADOLESCENTS TOXICOMANES**

### **7.0. Introduction**

Aimer ses enfants, leur exprimer de l'affection, les prendre en charge et leur offrir du soutien, tout cela définit très clairement la dimension primordiale de la fonction parentale, celle de l'attachement. Être parent impose l'exercice d'une autre dimension centrale : l'encadrement. Ce terme fait référence aux demandes parentales et traduit le rôle actif que prennent les parents auprès de leurs enfants en vue de promouvoir le respect des règles et des conventions sociales. Si l'attachement se maintient, les modes d'interaction entre parents et adolescents évoluent considérablement durant l'adolescence. LARSON et al<sup>104</sup> observent par exemple une chute importante et constante du temps passé en famille entre 10 et 18 ans, pour constater une forme de désengagement à l'égard de la famille ; le temps consacré à des activités communes ou à des conversations partagées avec les parents diminue très sensiblement et constamment au profit du temps passé à l'extérieur avec les amis. Un adolescent toxicomane dérange, les parents adoptent un tout autre comportement. Au cours de ce chapitre, il est question de voir quelle est le genre de communication entre les parents et l'adolescent, le style d'autorité parentale, la cohérence du système parental.

### **7.1. Une mauvaise Communication entre les parents et l'adolescent toxicomane**

Le dialogue au sein de la famille, surtout entre parents et adolescents, est de nos jours un grand défi. La priorité des parents est désormais de réussir, de gagner de l'argent... et ce, au détriment d'une bonne communication avec leurs enfants. Ce manque de dialogue mène à une relation instable et décousue entre les membres de la famille, anéantissant confiance, appréciation, respect, partage, entre autres ne permettant de ce fait à l'adolescent toxicomane d'avoir un repère et une base d'appui.

Les parents veulent avoir un œil sur les adolescents et quand un adolescent s'écarte ne fut ce qu'un tout petit peu sur les normes fixées par les parents, il mérite une punition ou tout

---

<sup>104</sup> LARSON, R. W.; et RICHARDS, M. H., *Developmental Psychology*: Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18, *N Y, Times Inc.*, 1996, pp.744-754.

simplement les parents se méfient de lui. Certains enfants manifestent des comportements agressifs à la maison comme à l'école alors que d'autres préfèrent se murer dans le mutisme. Du côté des parents, il existe cette tendance de justifier ce manque de dialogue par le fait qu'ils travaillent pour pourvoir aux besoins de leurs enfants. Certes, les parents assument leurs responsabilités en satisfaisant ces besoins, mais qu'en est-il du besoin émotionnel de l'enfant ? La communication efficace entre un parent et son enfant est un moyen de satisfaire le besoin affectif de l'enfant. C'est un aspect à ne pas négliger dans l'éducation et l'épanouissement d'un adolescent. Selon COLLINS et al, « *la communication est un des facteurs dans la réussite de toute institution. Une bonne communication au sein de la famille permet aux enfants de s'exprimer, de partager leurs joies, leurs peines et leurs craintes. Les parents sont les meilleurs conseillers. Faute de dialogue avec leurs parents, les enfants ont tendance à se confier à des amis de classe, qui ne leur donneront pas toujours de bons conseils. De telles situations peuvent mener à des frustrations, de la tristesse et des situations irréparables : la toxicomanie, des relations sexuelles non protégées voire des fugues ou des suicides.* »<sup>105</sup>

Certains parents préfèrent ne plus parler avec l'adolescent toxicomane. Le père de MBANZA s'exprime comme suit : « *mbega jewe ubu wumva noba nkimuvugisha iki? Erega harya yarahisemwo uko agomba kubaho. Eka, jewe nta co tukivugana ndamuraba uko.* » Ce qui veut dire : « *est-ce que tu penses que j'ai à lui parler maintenant ? Il a choisi de la manière dont il veut vivre. Non, on ne se parle plus, je le considère tel qu'il est.* »

Quant au père de BIMAI il dit ceci, « *mw'idini yacu, biranabujijwe kwifadikanya n'umuntu ashaka kwiyahura, none umuntu nahaye umutahe agahitamwo kuba umusazi, wumva jewe nomufasha iki ? Nta co nshaka gusubira kuvugana nawe na rimwe. Yahisemwo kuba umwehu nta kindi.* ». Cela se traduit ainsi : « *dans notre religion, il est interdit de donner un coup de main à celui qui veut se suicider. Moi je lui ai donné de l'argent pour commencer le commerce, mais il a préféré être un fou. À votre avis, que puis-je faire d'autres pour l'aider ? Il a fait son choix d'être fou, rien de plus* ». Le père de BAHA, s'exprime en ces termes : « *Erega kuva na kera umukobwa ni uwa nyina. Jewe sinoja ngaho ngo nicarane na we ndamuhe impanuro aho bigeze ubu. None ga ntuze we, yama yambaye nk'uwuhenye imisi yose, mbega nk'uwoseruka asanga twicaranye*

<sup>105</sup> COLLINS, A. C. et LUEBKER, C., *Parent and adolescent expectancies : Individual and relational significance*, San Francisco, In J. G. Smetana (Ed.), 1994, p.56.

*ngo ndiko ndamubwira ivyo ndamubwira yobifata gute? Yovuga ko ata nyina uwo mukobwa afise?». C'est-à-dire : « Depuis longtemps, c'est la mère qui est chargée d'éduquer la fille. Moi je ne peux pas m'asseoir avec ma fille et prétendre lui donner des conseils au stade où elle en est. Quand elle s'habille, elle est presque toujours nue, et si quelqu'un venait d'arriver et me trouvait avec elle, sous prétexte que je suis en train de lui parler, comment apprécierait-il ? Ne dirait-il pas que cette fille n'a pas de mère ? »*

D'après ces propos, les adolescents toxicomanes sont des délinquants, des sujets qu'il faut écarter. Dans la famille, les parents se réjouissent même quand l'adolescent est hospitalisé, non du fait que cet adolescent va bientôt sortir du marasme de la toxicomanie mais du fait que ce dernier est enfermé, qu'il ne pèse plus sur la famille. Par exemple la mère de BAHA s'exprime en ces termes : *« Jwe ndamaze kubona ko ata co ashaka ko tuvugana, mbere nahisemwo kumuronderera umu psychologue baze baravugana, none na we ntawuhari. Rero kubera mwene aba bantu bari exigeants cane, ubu jwe nahisemwo kuzomureka uko nyene hanyuma nze ndamujana kwa muganga iyo vyaganguye. Kubera uramubwira ikintu na we akakubwira ikindi, muri make nta co bimaze ko twicarana ngo tuyage jwe ivyo mbona. Ni yo mpamvu atari kwa muganga asa nk'uwatoye mitende, nta co ndamuvugisha na gato. »* Cela veut dire : *« J'ai déjà constaté qu'elle ne veut pas que je parle avec elle, alors j'ai décidé de lui chercher un psychologue pour qu'elle puisse parler avec lui, mais ce psychologue on n'arrive pas à le trouver. Alors vu que les malades de cette catégorie sont très exigeants, j'ai décidé de la laisser tranquille et d'intervenir seulement quand elle est en rechute, parce que, quand tu lui dis quelque chose, elle rétorque quelque chose d'autre. En résumé ça ne vaut pas la peine de parler avec elle. C'est pourquoi, quand elle n'est pas à l'hôpital et qu'elle semble aller mieux, je préfère ne rien lui dire. »*

Le père de BAHA, quant à lui nous a dit ceci : *« Ndakubwire ivyo umbaza, ngo ndamuyagisha gute, nashaka kukubwira kwari umuntu wo kuyaga nabavyigiye, jwe nk'umuyeyi ndarushe. Ahubwo nsigaye nshaka ko yoguma hariya kwa muganga ngatuma ndiha umukozi amugemurira akaguma hariya. Jwe ndarushe »* Ce qui veut dire *« Ecoute, quand tu me demandes, si je parle avec elle, je vais te dire que c'est une personne qui nécessite de parler avec des experts. Moi en tant que parent je suis fatigué. Je suis au point de vouloir qu'elle reste à l'hôpital ; je préfère payer quelqu'un pour lui apporter à manger là à l'hôpital. Moi je suis fatigué. »*

En résumé, les adolescents toxicomanes sont des fardeaux dont les familles voudraient se voir décharger le plus vite possible. Les parents n'y voient aucune importance de leur parler encore, mais nous savons que la communication est un élément très important dans la vie d'une personne et plus particulièrement pour un adolescent et bien spécialement pour un adolescent toxicomane. Ce dont l'adolescent toxicomane a le plus besoin n'est pas qu'on lui fasse comprendre qu'il est dans la galère, mais plutôt qu'ils lui tendent la main, que ses parents lui redonnent la confiance, lui adressent la parole et parlent avec lui.

## 7.2. Le style d'autorité parentale

Etre parent en général et celui d'un adolescent toxicomane en particulier exige un style d'autorité. COLLINS et LUEBKER<sup>106</sup> dans leur ouvrage distinguent trois styles d'autorité dans lesquels se rangent l'une ou l'autre des interventions des parents.

### 7.2.1. Le style autoritaire

Il s'agit de dicter à l'adolescent ce qu'il doit faire ou ne pas faire, décider à sa place ce qui est bon ou ne l'est pas pour lui. C'est dans le cadre de ce style que les parents peuvent déterminer eux-mêmes des récompenses pour encourager les adolescents à agir comme le souhaitent les parents ou au contraire, déterminer des pénalités qui s'appliquent lorsque certaines demandes ou attentes ne sont pas respectées.

Le style autoritaire se rencontre facilement chez la majorité de nos enquêtés. Le père de MBANZA s'exprime comme suit : « *Jewe mba nshaka yuko mvuze, ata vyo kumbaza birebire. Kubera jewe nirigwa kurondera ivyo afungura, na we yategerezwa kwiga kandi akamenya kubera ntakindi kivi mba namutumye. Ikindi jewe tuvugana none ni iki?* » Ce qui veut dire : « *Moi, je veux que quand je dis quelque chose, qu'il n'ait pas à me poser des questions. Parce que moi je passe la journée à lui chercher à manger, et lui en retour, il devrait étudier et réussir, parce que il n'a pas d'autres choses à faire. Que puis-je encore lui demander ?* »

Quant au père de BIMAI, il a révélé ceci : « *Jewe ndi se, na we ni umwana. Asabwe gukora ico ndamubwiye nta kindi. Ndamubwiye ko aja kudandaza, na we akaja mu kanyanga n'imogi,*

<sup>106</sup> COLLINS, A. C., et LUEBKER, C., *Op. cit.*, pp, 154-168.

*urumva aba yashatse kwikukira. Ashaka mvuge na we avuge, aho twoba tubaye abagabo babiri basangiye uburiri. Ivyo na vyo ntibishoboka. Kubera ndi se ndamubwira ico akora na we agakora, akanyumvira. »* Ce qui veut dire : « *Moi je suis le père, lui il est mon enfant. Il fait ce que je lui dis, rien que ça. Si je lui dis d'aller faire le commerce et qu'il décide d'aller boire le « kanyanga » et fumer le cannabis, dans ce cas, il veut être indépendant. S'il veut que je donne mon avis et qu'il donne le sien, dans ce cas on est deux hommes qui partagent le même lit. Ce qui est impossible c'est moi qui décide ce qu'il doit faire et lui n'a qu'à m'obéir car je suis son père. »*

Etre autoritaire, ne devrait pas traduire pour un parent être dur, menacer, crier, etc. Mais cette façon de faire peut se réaliser quand même avec respect, dans un bon climat, avec amour. Un adolescent toxicomane n'est plus un enfant sur lequel on peut crier ou taper à volonté, mais plutôt un être en passage pour le statut d'adulte. Ce qui est décidé par les parents, peut alors être négociable, tout en étant imposé avec respect et amour.

### **7.2.2. Le style laisser-faire**

Il s'agit de ne donner aucune directive et de ne donner aucun ordre parce que les parents font confiance en l'adolescent ; les parents croient en son bon jugement, en sa capacité de se conduire de façon responsable. De plus, les parents ne sentent pas le besoin de surveiller l'adolescent, ni de contrôler ses actes, parce qu'ils ont confiance en lui, une confiance qui n'en est pas une bien sûr. Les parents lui donnent carte blanche. Tout au plus, ils peuvent lui offrir quelques conseils, sans les lui imposer.

Le père de BAHATI s'exprime comme suit : « *Maze kubona rero ko ata co nkiri bukize, naramuhebeye ivyo kumuhanura. Ashatse kugenda akagenda, ashatse gutaha agataha. »* Ce qui veut dire : « *Quand j'ai constaté que je ne pouvais plus rien sauver, j'ai arrêté de lui donner des conseils. Quand elle veut partir, elle s'en va, quand elle veut revenir elle revient. »* Le style laisser-faire<sup>107</sup> a sa place. Il convient très bien là où l'adolescent est capable de prouver par ses actes et non par des promesses qu'il est capable et volontaire de prendre ses responsabilités.

<sup>107</sup> COLLINS, A. C. et LUEBKER, C., *Op.cit.*, p. 172.

Gérer les comportements d'un adolescent toxicomane ne veut pas dire fermer les yeux. Il faut plutôt vérifier de temps en temps si l'enfant est toujours à la hauteur de ce qu'on attend de lui, mais la vérification se fait de façon discrète.

### 7.2.3. Le style démocratique

Ce style particulier demande plus d'explications que les deux autres. Dans le cadre de ce style, les décisions se prennent ensemble, en conseil de famille. L'adolescent toxicomane ou pas se retrouve impliqué dans les décisions qui le concernent.

Le père de TWAJE nous dit: « *Jewe igihe nabona ko umwana wacu yononywe n'ibiyayura mutwe, nahisemwo kwicarana n'umugore. Hama umwana agarutse ngaha muhira, na we twaricaranye, turavugana. Turamubwira y'uko niyashaka ko tumufasha twese tuzomufasha nk'abavyeyi ariko y'uko na we ategerezwa kugira uruhara mu kugwanira amagara yiwe.* » Cela se traduit comme suit: « *Quand j'ai vu que notre enfant était devenu toxicomane, j'ai préféré en parler avec ma femme. Quand elle est revenue à la maison, nous avons parlé avec elle, et nous avons échangé. Nous lui avons dit que si elle veut que nous l'aidions, nous sommes prêts à l'aider comme ses parents, mais qu'elle doit coopérer, consentir des efforts et combattre pour sa santé* ».

Y a-t-il un style d'autorité idéal ? Un parent aurait peut-être tendance à considérer le style démocratique comme le style idéal et bannirait fort probablement le style laisser-faire, croyant qu'en réalité, c'est un terrain par excellence pour cultiver des « *enfants-rois* ». Les auteurs haut cités, s'y expriment en disant: « *En fait, face à un adolescent toxicomane, chacun de ces styles peut être bon ou à déconseiller, dépendant des adolescents eux-mêmes, de leur degré d'intoxication, de leur volonté de collaborer ou non, ou encore de certains contextes.* »<sup>108</sup>

Une remarque s'impose : Même s'il n'existe pas un style tout fait pour une réussite dans la gestion familiale d'un adolescent toxicomane, le style démocratique reste le mieux conseillé pour les parents car il est motivant et permet de collaborer à des décisions dans lesquelles l'adolescent toxicomane y a mis aussi sa touche personnelle. C'est valorisant aussi parce qu'il se sent écouté, respecté.

<sup>108</sup> COLLINS, A. C. et LUEBKER, C., Op.cit. p.168.

### 7.3. La incohérence du système parental

L'adolescent, pour se construire et pour édifier son unité interne, a besoin de participer à la cohérence parentale. Il s'appuie sur cette relation pour exister et trouver des modalités relationnelles avec les autres. Il a besoin de la vérité de sa famille pour accéder à la réalité du monde extérieur. Dans la famille, *« l'adolescent vit un attachement qui est sécurisant et fortifiant en s'appuyant sur ses deux parents. Cette relation donne des personnalités plus efficaces. Mais la perte de cette sécurité de base crée une vulnérabilité qui pourra apparaître plusieurs années après une séparation. C'est à l'adolescence surtout que vont se manifester ces carences qui empêchent, parfois, la personnalité de certains de faire face aux âges de la vie, et c'est aussi la cause de certains adolescents de sombrer dans la toxicomanie »*<sup>109</sup>.

Le lien conjugal des parents influe énormément sur le vécu de l'adolescent. Un couple en désaccord, en divorce, ou vivant dans la polygamie, etc. connaît plus de difficultés dans la gestion d'un adolescent toxicomane. Au cours de l'enquête, la mère de BIMAI dit ceci: *« Umugabo wanjje nta co akimfasha, kubera abona umugore wa kabiri afise abandi bahungu, ariko jewe mfise abakobwa gusa, aca yitaho abana b'uwo mugore wa kabiri rero. Na yo uwanje ngaha ubu avuga ko atakiri umwana wiwe »*. Ceci veut dire: *« Mon mari ne m'aide plus en rien. Maintenant il est plus préoccupé par les enfants de la deuxième femme, vu qu'elle a des garçons et moi je n'ai que des filles uniquement. Maintenant il dit même que ce n'est pas son fils. »*

Quant au père de BIMAI, *« Umwana ahabwa indero na nyina, hanyuma se akamuronderera ivyo abareresha, niko idini yacu ivuga. Jewe ni ukwiruka ndondera ico babeshaho, hanyuma jewe sinjenjwe kurera abana. Ni co gituma nakubwiye ko umugore wa kabiri afata neza abana. Urya nakubwiye ko yamaze gupfa kuri jewe, ivyo nyina ambwira ngo tumuvuze jewe mbere simbona ico aba anshakako. »* Ceci veut dire: *« La mère donne l'éducation à l'enfant et son père se charge de lui trouver de quoi les faire vivre, c'est cela qui est avancé par religion. Moi je me charge de leur chercher à manger, mais je ne suis pas responsable de l'éducation des enfants. C'est pourquoi je t'ai dit que la deuxième femme prend bien soin de ses enfants. Celui-là je t'ai déjà dit que selon moi il est déjà mort, ce que sa mère me dit à propos de le faire soigner maintenant, je ne vois pas ce qu'elle veut de moi. »*

<sup>109</sup> COLLINS, A. C. et LUEBKER, C., *Op.cit*, p.120.

Les deux parents ne sont pas d'accord sur le sens de l'éducation qu'il faut donner à l'enfant, la mère se bat de son côté, pour aider son enfant, mais sans un coup de main de la part de son mari elle ne peut pas y arriver, car c'est le père qui, lui seul est capable de payer les frais d'hospitalisation pour son fils.

Quant au père de BAHATI, il a dit ceci: « *Jewe ico nabonye ni uko kuva haje uwo mugore wa kabiri atari nyina ni ukuri umwana ni ho yatanguye kwononekara, ariko sinibaza y'uko vyogera ngaha.* » Ceci veut dire: « *Moi, ce que j'ai constaté depuis l'arrivée de la deuxième femme, celle qui n'est pas sa mère, est venue habiter à la maison, l'enfant a adopté un mauvais comportement mais je ne savais pas qu'il pouvait en arriver jusque-là.* » Il continue en disant: « *Uwo mugore wa kabiri n'aho nabona adufasha mu rugo, uretse n'uko nabona atashaka kuvyara, nta kintu yamfasha mu ndero y'umwana, yashaka abe ari jewe mva iyo nkora ngo ndamubaze kubera ngo atari uwiwe. Ngo yatinya ba nyinabo n'uwo mwana.* » Ceci se traduit comme suit: « *Cette deuxième femme, même si elle nous aidait à la maison, mis à part le fait qu'elle ne voulait pas être enceinte, elle ne m'aidait en rien dans l'éducation de mon fils, elle voulait que c'est moi qui m'en occupe après mon travail, du seul fait qu'il n'est pas son enfant. Elle disait qu'elle avait peur des tantes maternelles de mon fils.* » Si les parents ne sont pas en accord, il est très difficile qu'ils s'entendent sur l'éducation à donner à l'enfant en général et à l'adolescent toxicomane en particulier. Les conflits familiaux sont inévitables : le lever, le coucher, les repas, les devoirs, la participation aux tâches domestiques, les heures de rentrée, etc., sont autant d'occasions qui déclenchent des conflits que l'on retrouve dans presque toutes les familles. Des couples unis, des parents qui s'aiment et se soucient de l'éducation des enfants ensemble, surmonteront non sans difficulté ces conflits, mais arriveront à trouver la solution aux dures conditions que peut causer le passage d'un enfant au stade de l'adolescence et celui de la toxicomanie plus particulièrement.

#### **7.4. Conclusion**

Les problèmes engendrés par une mauvaise communication sont d'importance variable, mais le danger réside dans le fait qu'ils sont interdépendants. En quelque sorte, leurs effets sont cumulatifs. Ils ne se manifestent pas seulement dans le couple, ils se répercutent jusqu'aux enfants. Les parents qui ne s'aiment pas, qui ne communiquent pas, éprouvent des problèmes dans la gestion des problèmes familiaux et surtout dans la gestion d'un adolescent toxicomane.

A défaut d'une bonne communication, les parents n'arrivent pas à faire une bonne gestion de l'adolescent toxicomane.

Le style de l'autorité parentale joue un grand rôle dans la gestion d'un adolescent toxicomane. Les parents démocrates qui, bien que tolérants, sont plus conscients, plus impliqués, et plus orientés vers l'adolescent toxicomane peuvent l'aider efficacement. Les parents indulgents également permissifs ou non-directifs sont plus réceptifs qu'ils ne sont exigeants. Ils se montrent tolérants, ils n'exigent pas un comportement de maturité, permettent une large autorégulation et évitent l'affrontement. Ils ne parviennent pas par conséquent à aider efficacement un adolescent toxicomane. Les parents autoritaires sont très exigeants et directifs, mais ne sont pas réceptifs. Ils sont tournés vers l'obéissance et le statut, et s'attendent à ce que leurs ordres soient suivis sans explication, ceux-là aussi sauront bien être dictateurs, mais n'auront pas la chance d'aider l'adolescent toxicomane, en se montrant obligeants et en se montrant envahissants ou autocrates dans l'usage de leur pouvoir.

En définitive, la cohérence du système parental est d'une impérieuse nécessité. Si les parents ne sont pas d'accord entre eux, il est très difficile qu'ils s'entendent sur l'éducation à donner à l'enfant en général et à l'adolescent toxicomane en particulier.

## **CHAPITRE 8 : PERSPECTIVES POUR AMELIORER LA GESTION FAMILIALE D'UN ADOLESCENT TOXICOMANE**

### **8.0. Introduction**

L'adolescent toxicomane est une personne en croissance physique, mais aussi psychique. Dans son vécu, il doit en permanence s'adapter à un entourage dont il est dépendant et qui doit répondre à tous ses besoins, à commencer par ses besoins affectifs. Cette dépendance rend l'adolescent toxicomane particulièrement vulnérable : la moindre perturbation dans son environnement, va être susceptible de provoquer des manifestations de souffrance psychique parfois spectaculaires, manifestations qui peuvent disparaître aussi vite si l'on supprime la cause de la perturbation. Mais l'adolescent toxicomane possède aussi d'emblée une personnalité, des capacités intellectuelles, des forces de résistance qui sont en sommeil faisant de lui un individu singulier. Un adolescent nécessite à lui seul tout un arsenal de moyens pour l'aider à traverser cette phase très critique dans la vie d'un être humain, et quand il s'agit d'un adolescent toxicomane la famille doit être outillée, savoir ce qui doit être fait, quand et comment le faire.

Au cours de ce chapitre nous allons développer les différentes perspectives pour améliorer la gestion familiale d'un adolescent toxicomane.

### **8.1. La reconstruction des liens entre parents et adolescents toxicomane**

La construction des liens parentaux, affectifs et émotionnels, de l'histoire même du couple parental, peut constituer un facteur puissant d'aide et de bonne gestion d'un adolescent toxicomane, même s'il n'est pas le seul. En reconstruisant les liens parentaux, les parents ferment une porte de causalité très complexe dans le vécu de l'adolescent toxicomane. Cette reconstruction offre une possibilité aux parents d'être considérés comme étant un système organisé, une base solide sur laquelle l'adolescent peut s'appuyer pour sortir de la toxicomanie. Le fait de s'unir pour les parents, allège le poids de la culpabilité et de l'irresponsabilité individuelle vécue par l'adolescent toxicomane vers un climat de coresponsabilisation tant des parents que de l'adolescent toxicomane lui-même.

Si les parents sont unis, cela aurait pour avantage de permettre à l'adolescent toxicomane de sortir de la toxicomanie en partageant son trouble, en élargissant son symptôme au système familial. En effet, de l'avis de CIRILLO et DI BLASIO, « *la chronicité de la toxicomanie peut être considérée comme la volonté d'opposition du toxicomane du type je voudrais arrêter mais je n'y arrive pas..., ce qui est très souvent traduit par les familles comme la seule volonté déviante du sujet. Or, en montrant ses deux polarités, le toxicomane fait entrevoir implicitement que la toxicomanie ne dépend pas exclusivement de lui, de sa propre volonté. Cette chronicité est une attaque non verbale envers les parents et les autres membres de la famille qui font corps contre le toxicomane.* »<sup>110</sup> En quelque sorte, l'adolescent toxicomane lance un cri d'alarme, appelle au secours, et les premiers intervenants devraient être les parents.

Face à la manifestation des signes de la toxicomanie, certains parents y attachent un mépris et une méconsidérations. Le père de BAHA s'exprime comme suit: « *Singiye kubesha, tumaze kuja mu Buganda nkabona ukuntu umwana yabaye, jwe narabwiye nyina nti nta mwana tuzubira kuronka. Kandi binongeye jwe naramubwiye ko yombaza ikibazo kijanye n'uburyo gusa ariko ibindi ntazombaze. Kubera umuganga yari yatubwiye ngo tumwiyegereze tumube hafi, ariko jwe yamaze kuja mu biyayura mutwe nta kundi nari kugira imbere ya muganga, ariko narumva ko nemeye umuzigo udashoboka.* » Ce qui veut dire: « *Je ne vais pas mentir, quand nous sommes arrivés en Uganda et que j'ai vu dans quel état était ma fille, j'ai dit à sa mère que notre fille était perdue et que nous ne la retrouverions plus jamais. En plus de cela, j'ai dit à ma femme qu'elle pouvait seulement me demander un concours matériel et ne rien me demander d'autres. Le docteur nous avait dit d'être proches d'elle, mais pour moi si elle prend les drogues, je ne peux faire rien d'autre devant ce médecin, mais je savais que j'acceptais un fardeau que je ne pouvais porter.* »

Quels que soient le produit et le stade de sa consommation, il est très important de maintenir le dialogue avec l'adolescent toxicomane. Il doit se sentir soutenu et écouté. S'il consomme des produits illicites ou fait un usage abusif d'alcool, par exemple, les parents peuvent tenter de découvrir avec lui les difficultés personnelles, familiales, scolaires ou autres, qui l'ont amené à ce comportement. Selon CIRILLO et DI BLASIO, « *dans les discussions, il est important de*

<sup>110</sup> CIRILLO, S. et DI BLASIO, P., *La famille maltraitante*, Paris, ESF, 1992, p.120.

*valoriser l'adolescent et de l'encourager. Mieux vaut éviter de centrer toute la discussion sur les risques qu'il encourt pour sa santé : à cet âge, un discours trop alarmiste n'a que peu d'effet. Mieux vaut que les parents lui expliquent que l'adolescence est un moment important de construction de sa personnalité et que la consommation de drogues peut représenter un risque réel d'échec, scolaire ou social. Il est courant de constater que très souvent, un jeune répondra franchement à une question posée par un adulte en autorité s'il a été habitué à le faire pendant l'enfance.* »<sup>111</sup> Il faut que les parents choisissent une façon et un moment d'aborder le sujet de la consommation des drogues avec un adolescent toxicomane. Mieux vaut se sentir un peu mal à l'aise au début que d'attendre par crainte d'une confrontation. En cas de forte dépendance ou de difficultés psychologiques persistantes, les parents ne devraient pas hésiter de demander une aide extérieure pour être éventuellement guidés vers des ressources spécialisées.

## **8.2. Traitement médical de l'adolescent toxicomane**

Au Burundi, le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (C N P K) est la seule institution connue par les enquêtés comme étant capable de faire le traitement et le suivi des toxicomanes. Dans ce Centre, il y a beaucoup de gens ayant en charge les soins des toxicomanes comme les médecins, les infirmiers, les psychologues, les ergothérapeutes et les assistants sociaux. Chacun a son rôle dans le traitement des toxicomanes.

Au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, il n'y a pas de considération particulière des toxicomanes. Ils ont les mêmes médecins que les autres malades s'y trouvant. Les parents interviewés ont amené leurs enfants au centre en grande partie parce qu'ils s'étaient rendu compte qu'il y avait un changement dans le comportement, surtout quand ces derniers devenaient agressifs. Pour calmer le malade (le faire dormir), le médecin doit lui faire une injection<sup>112</sup>. Le médecin procède ensuite au traitement du malade selon les propos-mêmes du toxicomane et ne procédera pas à des analyses au laboratoire pour savoir quelle sorte de drogues a prises le patient<sup>113</sup>. Certains parents se éprouvent une inquiétude comme indiqué dans ces propos : « *Jewe narabonye uko bimeze mu Buganda. Umwana aragera au Centre, hama avant tout, umuganga*

<sup>111</sup> CIRILLO, S., et DI BLASIO, P., *Op.cit*, p.130.

<sup>112</sup> MUGISHA, J.B., *Problématique de la prise en charge médicopsychosociale des toxicomanes au C N P K*, mémoire inédit, Bujumbura, U B, FPSE, 2010, p.57.

<sup>113</sup> Idem.

*aramenya yuko ari un adolescent hama akagira un traitement spécial. Kandi n'aho yobabesha abandi nabonye bagira ama examens, hama ntibemera gusa ce que dit l'enfant. Kubera barazi ko hari ababesha, ariko ngaha icantumye tudashaka kumujana hariya kwa « Legentil » ni kubera babavura ata examen nimwe ya labo bagize pour voir le degré y'ama drogues umwana aba yarafashe. C'est vraiment dommage ». Ce qui veut dire « J'ai vu comment on fait en Uganda. L'enfant arrive au centre, le docteur doit savoir que c'est un adolescent, puis il lui fait un traitement spécial. S'il arrive que le malade mente, j'ai vu que chez eux ils font des examens, mais ici ce qui a fait que nous n'amenions pas notre enfant chez Legentil, c'est qu'ils ne font aucun examen de laboratoire pour voir le degré des drogues que l'enfant a prises. C'est vraiment dommage ».*

Le traitement d'un toxicomane se veut être très minutieux et l'inquiétude des parents rencontre les propos du personnel soignant même du centre qui se lamente du fait qu'il y manque d'un personnel qualifié et un matériel bien spécifique pour le traitement des toxicomanes en général et des adolescents toxicomanes en particulier. A ce propos le père de MBANZA s'exprime en ces termes: « *Hariya kwa « Legentil » barafasha ni ukuri, ariko kubona ata baganga babinonosoye neza na neza ngo abe ari bo bitaho mwene aba bagwaye ntibihumuriza umuntu ahagwarije. Kubera hari abo bazana badafise ikibazo c'ibiyayura mutwe bakagwarira hamwe bose, ni ukuri twebwe biradutera amakenga cane, ariko ndavuga ku giti canje nk'umuntu yahagwarije mwana. »* Ceci veut dire: « *Chez Legentil, on nous aide vraiment, mais ceux qui ont des malades hospitalisés dans ce centre s'inquiètent par le fait qu'il n'y a pas de médecin spécialiste. Il y a des malades qui ne sont pas des toxicomanes mais qui sont hospitalisés ensemble avec les toxicomanes, et cela nous inquiète vraiment, mais je dis cela sur mon propre compte comme une personne qui a accompagné un enfant hospitalisé là-bas. »* Ce témoignage montre clairement que même ceux qui ont à faire le recours au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge ont des doutes sur l'efficacité des traitements réalisés par ce dernier.

Un article du journal **Burundi transparence** donne une description de l'état des lieux du Centre qui fait parler de lui-même: « *Le Centre n'a pas d'unité de documentation et de recherches. Il manque par ailleurs de personnel spécialisé. Il n'emploie que six médecins généralistes, sept psychologues, deux assistants sociaux, deux encadreurs en ergothérapie et trente-trois infirmiers,*

*l'entretien et la réhabilitation des infrastructures posent aussi problème. Des infrastructures vieilles de plus de trente ans attendent d'être réhabilitées. Et on ne compte plus le nombre de vitres cassées et de matelas éventrés. »*<sup>114</sup> Quand il y a manque de personnel qualifié dans le traitement des malades mentaux en général, moins sont les probabilités de croire que le Centre dispose un personnel qualifié dans le traitement des adolescents toxicomanes. Selon la même source, citant le directeur même du Centre Frère Hippolyte MANIRAKIZA, « *les frais d'hospitalisation, de traitement et les vivres ne sont pas, ici, à la charge des familles, comme c'est le cas dans d'autres établissements hospitaliers. Le ministère en charge de la Solidarité nationale tarde à apurer les factures des malades qui sont, généralement, sans le sou. Les impayés sont estimés à 631 millions de Fbu (autour de 426 352 dollars) »*<sup>115</sup>.

Les perspectives d'avenir de ce Centre ne sont guère prometteuses, à en croire le directeur général du C N P K : « *On ne peut pas continuer ainsi. Comment payer les médicaments ? Comment nourrir les malades et honorer une masse salariale qui s'élève, chaque mois, à 30 millions de Fbu (20 270 dollars) »*<sup>116</sup>. De par ce témoignage du directeur du Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, les inquiétudes ne pourraient pas manquer de la part des parents ayant à faire recours à ce Centre pour les soins des malades mentaux et des adolescents toxicomanes en particulier. Le traitement d'un adolescent toxicomane n'a pas seulement pour objectif de le calmer, afin de supprimer ses agitations ou son agressivité ou même de stabiliser les causes de sa toxicomanie. C'est un processus thérapeutique très complexe qui implique des changements de comportement, car pour en venir à l'aide aux parents ayant à gérer des adolescents toxicomanes, les familles ont besoin de médecins spécialisés en la matière, des psychologues, et c'est seulement la synergie de ces intervenants qui fera que la réorganisation de la vie même de l'adolescent toxicomane réussisse.

### **8.3. Implication de l'adolescent toxicomane dans son traitement**

La guérison d'un toxicomane, qu'il soit adolescent ou non, est caractérisée par la cessation de la dépendance, des troubles du comportement consécutifs à celle-ci et le retour à l'autonomie sociale. Or, force est de constater qu'il n'y a pas à ce jour de médicament connu qui entraîne la

<sup>114</sup> [http://www.burunditransparence.org/cnpk\\_kamenge.html](http://www.burunditransparence.org/cnpk_kamenge.html)

<sup>115</sup> [http://www.burunditransparence.org/cnpk\\_kamenge.html](http://www.burunditransparence.org/cnpk_kamenge.html)

<sup>116</sup> Idem

guérison de la toxicomanie. Nous tenons cela des propos du père de TWAJE : « *Kwa mu ganga barambariye ko tugomba kumuba hafi, noneho tukanamenya y'uko nta muti uvura ikibazo c'ibiyayura mutwe uhari, y'uko uko tuzobandanya tumufasha guheba ibiyayura mutwe ari wo muti wa mbere, tukanamufasha mu kwihangana* ». Cela veut dire: « *A l'hôpital on nous a dit que nous devons aider notre fille et que nous devons savoir qu'il n'y a pas de médicaments pour guérir de la toxicomanie, que la façon dont nous allons l'aider à abandonner les drogues serait le premier médicament, et que nous devons aussi l'aider dans l'abstinence* ». La guérison passe donc inéluctablement par le sevrage, l'abstinence, un soutien psycho-affectif et une formation éducative et/ou professionnelle. En dehors du soutien d'une famille fortement motivée, solide moralement, toujours disponible et capable d'apporter un fort soutien affectif, il faut recourir à une structure institutionnelle extérieure. Il importe de savoir que tout traitement aura son effet si seulement la famille de l'adolescent toxicomane y met de l'énergie.

Les premiers concernés par la problématique de la toxicomanie chez l'adolescent sont les parents et les personnes les plus proches de celui-ci. Ce sont eux qui doivent aider l'adolescent dans son rétablissement par un dialogue et minimiser le découragement et /ou tout usage de la force. Le père de TWAJE s'exprime comme suit: « *Muganga yarambwiye ko tugomba kumuhimiriza gufata imiti bamuhaye, noneho tukanakomeza kumutera intege, bisigura ngo dutegerezwa kumwumvisha ko azokira kandi akanakora ikintu nyuma yaho.* » Ce qui veut dire: « *Le docteur m' a dit que nous devons l'encourager à prendre les médicaments qu'on lui a prescrits, et que nous devons continuer de lui donner de l'espoir, ce qui veut dire que nous devons lui faire comprendre qu'elle va guérir et qu'elle sera capable de faire autre chose après.* ».

Impliquer l'adolescent toxicomane dans son traitement, lui témoigner de l'affection est un des moyens sûrs de l'aider à prendre la situation en main, de le responsabiliser, et lui permettre de se rendre compte que ceux qui sont autour de lui ne pèsent pas au-dessus de lui mais veulent l'aider pour qu'il se remette. C'est aussi une façon de créer un climat de confiance, et pouvoir maximiser des perspectives d'abstinence. A ce propos, ROUSSEAU exprime que : « *Rechercher l'existence des périodes d'abstinence, tenter de les préciser dans leurs motivations nous semble présenter un intérêt clinique certain.* »<sup>117</sup> Cet auteur montre l'intérêt incontestable de ce

<sup>117</sup> ROUSSEAU, J.P., *L'alcoolique en famille*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000, p.110.

rapprochement de l'adolescent dans l'implication de son traitement, ce qui favorise de la part des parents un poids moins lourd dans la gestion de l'adolescent toxicomane.

Les conseils favorisant l'implication de l'adolescent dans son propre processus de traitement sont un élément fondamental, dans la prise en considération propre même de l'adolescent de son état afin de permettre l'amélioration de son abstinence face aux drogues et ainsi pouvoir sortir du marasme de la toxicomanie.

#### **8.4. Conclusion**

Une perspective thérapeutique d'un adolescent toxicomane est le fruit d'une collaboration entre le médecin généraliste, le psychiatre, sa famille et éventuellement d'autres professionnels de santé, mais aussi nécessite l'implication de l'adolescent toxicomane pour un bon rétablissement. La clé de succès d'une gestion familiale efficace d'un adolescent toxicomane, c'est de l'écouter et lui donner de l'affection. Cela peut paraître simple à première vue, mais en fait, il faut beaucoup d'énergie pour prêter attention à ce que l'adolescent toxicomane est en train d'essayer de dire par son comportement. Les enfants, en particulier les adolescents ont besoin d'encadrement et d'une sécurité affective pour un bon développement. Cependant, nombreux sont des parents qui ne tiennent pas en considération tout en premier les relations existant entre eux et s'attaquent seulement à la problématique de la toxicomanie, cherchant par tous les moyens une voie d'aider, soit par la force ou le recours aux traitements médicaux. Les perturbations familiales se répercutent sur le plan psychologique de l'adolescent, et cela est une des causes de la toxicomanie. Bref, dans une famille où règne le désordre, les disputes, la mésentente, il y a de fortes probabilités que les enfants en phase d'adolescence fassent recours à la drogue pouvant les faire tomber dans la toxicomanie.

## CONCLUSION GENERALE

L'objectif général de ce travail de recherche était d'explorer les diverses manières de gestion familiale d'un adolescent toxicomane. Au terme de notre travail, il convient de rappeler son cheminement et d'en dégager les principaux apports. Ce travail est subdivisé en deux parties principales. La première partie est constituée par l'élaboration du cadre théorique qui a donné un éclaircissement des concepts clés, des considérations théoriques sur l'adolescence, les raisons et les principales drogues ainsi que leurs effets chez l'adolescent. La base théorique, nous a permis de bien définir la problématique de notre recherche qui a débouché sur les objectifs de la recherche suivants :

- *Découvrir comment les parents gèrent les perturbations comportementales d'un adolescent toxicomane;*
- *Déceler les relations établies par les parents et l'adolescent toxicomane;*
- *Dégager les perspectives pour améliorer la gestion familiale d'un adolescent toxicomane.*

L'étude qui se voulait essentiellement qualitative a porté sur six familles qui ont tous des adolescents toxicomanes dans la mairie de Bujumbura. La collecte des données a exploité la technique de l'entretien semi-structuré.

Le premier objectif spécifique était de découvrir comment les parents gèrent les perturbations comportementales d'un adolescent toxicomane. Les parents ayant fait objet de notre enquête se sont rendu compte de l'état de toxicomanie de leurs enfants de diverses manières : par des signes physiques, les changements de caractère, la fréquentation des copains, mais aussi par le décrochage scolaire. Les parents gèrent la situation de toxicomanie de leurs enfants de diverses manières. Certains usent de la force, les emprisonnements, le renforcement des punitions ou tout simplement envoient l'enfant ailleurs. De telles manières d'agir n'ont fait que renforcer la toxicomanie chez l'adolescent.

Le deuxième objectif spécifique était de déceler les relations établies entre les parents et l'adolescent toxicomane. L'étude a révélé qu'une mauvaise communication entre les parents et l'adolescent toxicomane constitue un facteur considérable pour rendre encore difficile la gestion d'un adolescent toxicomane, le style d'autorité parentale où un parent très autoritaire ou qui

privilégie le laisser faire n'aide en rien son enfant dans ses difficultés, ce qui rend en retour pénible la gestion parentale de l'adolescent toxicomane. De plus, les parents en désaccord entre eux ne peuvent rien d'autre que rendre encore dure la vie de l'adolescent toxicomane.

Enfin, le dernier objectif était de découvrir les perspectives pour améliorer la gestion familiale d'un adolescent toxicomane. L'étude constate que la reconstruction des liens entre les parents ferme une porte de causalité dans le vécu de l'adolescent toxicomane. En ce qui est des perspectives liées au traitement médical, l'étude constate que le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (C N P K) n'est pas un centre bien spécialisé pour le traitement des adolescents toxicomanes selon les parents de ces derniers. Par ailleurs, il est unanimement admis qu'il n'y a pas de médicaments très efficaces pour le traitement de la toxicomanie au Burundi, mais que le fait d'impliquer l'adolescent toxicomane dans son traitement et avec le soutien de ses parents, crée un climat de confiance, permettant ainsi à l'adolescent toxicomane de maximiser son abstinence aux drogues.

Nous ne saurions être exhaustifs, mais les conclusions émises peuvent servir aux autres chercheurs qui seraient intéressés par la toxicomanie chez les adolescents. Par exemple, un essai d'un modèle de gestion parentale d'un adolescent toxicomane serait très utile dans la prise en charge des adolescents toxicomanes au sein de leurs familles.

En dernière analyse, l'étude fait des suggestions aux différents intervenants pour une meilleure maîtrise de la toxicomanie chez l'adolescent.

## **SUGGESTIONS**

### **1. Aux pouvoirs publics, nous suggérons ce qui suit :**

- a. Créer des centres spécialisés dans le traitement des problèmes liés à la toxicomane ;
- b. Informer la population sur les dangers des drogues et des stupéfiants en général;
- c. Mettre en place une politique claire d'encadrement de la jeunesse ;
- d. Interdire, punir d'une façon très stricte la commercialisation des drogues et autres produits illicites.

### **2. Aux parents nous proposons de,**

- a. Assurer adéquatement les responsabilités parentales ;
- b. Promouvoir le dialogue au sein de la famille ;
- c. Accepter de coopérer dans le traitement médical de l'adolescent toxicomane.

### **3. Aux adolescents en général, aux toxicomanes en particulier nous recommandons de,**

- a. Accepter d'être soignés ;
- b. Ecouter les parents et obéir à leurs conseils au lieu de se laisser influencer par d'autres jeunes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### I. OUVRAGES GENERAUX

- ARTHUR, G.J., Magazine AMINA : Rubrique famille et santé, du mois de Mars, 2008.
- AUSTEN, J., Legend of cannabis in the US civil war, NEW YORK, Dover Publications, INC, 1995.
- BEDIN, V., Qu'est-ce que l'adolescence?, Auxerre, Ed. Sciences humaines, 2009.
- BISMUTH, C., Toxicologie clinique, Paris, Flammarion, 2000.
- BLANCHET, A. et GOTMAN, A., L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris, Fernand Nathan, 1992.
- BODRY, M., Comment réussir son entretien ?, Paris, PUF, 1980.
- BOUDON, R., Les méthodes en sociologie, Paris, PUF, 1979.
- BROCHU, S., Drogue et criminalité : une relation complexe. 2ième édition, P U M, 2006.
- BROOK, J. S., BALKA, E. B. et WHITEMAN, M., The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use, Washington, A J P H, 1999.
- BRUSSET, B., Les psychothérapies, Paris, PUF, 2005.
- CARCEL, J P., Drogues et toxicomanie - s'informer, comprendre, agir, Paris, Ellipses, 2006.
- CIRILLO, S. et DI BLASIO, P., La famille maltraitante, Paris, ESF éditeur, 1992.
- CLAES, M. ; LACOURSE, E. et BOUCHARD, C., Adolescent's and parent's relationship, Budapest (Hongrie), Kalmus, 1998.
- CLOUTIER, R. et GROLEAU, G., La communication parents-adolescent, Paris, Ellipse, 1987.
- COLLINS, A. C. et LUEBKER, C., Parents and adolescents expectancies: Individual and relational significance, San Francisco, In J. G. Smetana (Ed.), 1994.
- CURTET, F., La drogue, Toulouse, Editions MILAN, 2009.
- D'UNRUG, M.C., Analyse de contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation, Paris, Ed. Universitaires, 1974.
- DABROWSKI, K. ; GOGUEN, L. et al., S'il y a un toxicomane dans votre famille, Ottawa, Ed Saint-Yves Inc. 1977.
- DEBESSE, M., La crise d'originalité juvénile, Paris, Librairie Félix Alcan, 1938.
- EDMOND, G.L., Les troubles de l'adolescent, Paris, PUF, 1992.
- EISSLER, K., Etude psychanalytique des adolescents, Paris, P U F, 1980.

- FAVRESSE, D. ; KOHN, L. et al., Etude de la santé des jeunes en décrochage scolaire et du cannabis à l'adolescence, Bruxelles, ULB PROMES, 2000.
- FESTINGER, L. et KATZ , D., Les méthodes de recherche en sciences sociales, Paris, PUF, 1997.
- FIZE, M., Les adolescents, le cavalier bleu, Paris, Coll., 2002.
- FLANDRIN, J. L., Famille, parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société. Paris, Ed du Seuil, 1984.
- GUELFY, J. D et ROUILLON, F., Manuel de psychiatrie, Elsevier Masson, 2007.
- HALL, W. D., Cannabis use and the mental health of young people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2006.
- KALANT, H., Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996, New York, MC Dolly, 2004.
- LARSON, R. W., RICHARDS, M. H., Developmental Psychology: Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18, NY, Times Inc., 1996.
- LE BRETON, D., Anthropologie des conduites à risque et scarifications à l'adolescence, Genève, In Arquivos, 2007.
- LE ROUX, G., Santé et toxicomanie, Paris, PUF, 2002.
- LEON, A., Manuel de psychologie expérimentale, Paris, PUF, 1987.
- MAESTRACCI, N., Les drogues, Paris, PUF, 2005.
- MAXENCE, J. L., L'aide aux toxicomanes, Paris, Edition de drogue et ardent, 1993.
- MC CHIKH, A., Fil santé Jeune: Rapport du 3<sup>ème</sup> trimestre, 2006.
- MICHKA, A. et VERLOMME, H., le cannabis est-il une drogue ?, Genève, GEORGE Editeur SA, 1993.
- MUCCHIELLI, R., Le questionnaire dans l'enquête psychosociale : connaissance du problème, Paris, ESF, 1975.
- NOVELLI, J., Un séminaire sur la recherche qualitative, Washington, Volton, 1986.
- OUGHOURHIAN, J.M., La personne du toxicomane, Toulouse, Ed Cuja, 1996.
- PERETTI-WATTEL, P., Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risques, In REVUE FRANÇAISE DE SOCIOLOGIE , Paris, 2004.
- ROLANDE, M., Pour mieux comprendre l'adolescent, Paris, Ed du Seuil, 1981.
- ROUSSEAUX, J.P., L'alcoolique en famille. Bruxelles, De Boeck Université, 2000.

- TIMON, R., La cocaïne : La peste dans notre société, Québec, Gaëtan Morin, 1981, p.12.
- TOBY, H., drogues et santé, Paris, Ed. Hermann, 2001.
- TOURPIER, A., Les conduites d'opposition à l'adolescence, Québec, ADA Inc., 2006.
- TOWNSEND, L.; FLISHER, A. J. et KING, G., A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical child and family psychology*, 2007.
- VAN CAMPENHOUDT, L., Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux, Paris, Dunod, 2001.
- VAN DE WATER, G. ; VETTENBURG, N. et GLOWACS, L., Fuguer ...pour fuir quoi ? , Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2004.
- VARENNE, G., Abus de drogues, Bruxelles I, Galerie des princes, 1971.
- VARESCON, I., Psychopathologie des conduites addictives, alcoolisme et toxicomanie, Paris, Belin, 2005.
- VERTDOU, D., Etre adolescent, Paris, Hermès, 2010.
- VIOLA, A. et BOTTA, A., Toxicologie, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Lavoisier, 2007.
- YVONNE, P. B., Emprises toxiques et dépendances affectives, Paris, Editions Dangles, 2012.

## II. COURS ET RAPPORTS

- NIYONGABO, J., Statistique I, syllabus du cours, Bujumbura, U.B, F.P.S.E, 1ère candidature, 2006.
- NKUNZIMANA, P., Psychologie sociale, syllabus du cours, Bujumbura, UB, F.P.S.E, 2<sup>ème</sup> candidature
- OMS, Abus des substances, Genève, OMS, 1993.
- OMS, Neuroscience: usage des substances psychoactives et dépendance, Genève, 2004.
- OMS, Rapport de santé : toxicomanie et addiction, Genève, 2001.

## III. WEBOGRAPHIE ET AUTRES SOURCES

- [http://www.burunditransparence.org/cnpk\\_kamenge.html](http://www.burunditransparence.org/cnpk_kamenge.html)
- [www.undc.org/convention](http://www.undc.org/convention) unique sur les stupéfiants de 1961
- NESTA MARLEY, R., Kaya, album Kaya de 1978.
- PETER, T., Legalize it, Album legalize it, Label: C B S, 1976.

#### IV. MEMOIRES ET MAGAZINES

KALONDA, D., Les facteurs à la base de la consommation de la drogue chez les adolescents à BUKAVU, Mémoire inédit, Kigali, U. L. B, 2013.

MANZI, G., Problématique de la relation parents adolescents, mémoire inédit, U.E.A, Bujumbura, 2011.

MUGISHA, J.B., Problématique de la prise en charge médicosychosociale des toxicomanes au C.N.P.K, mémoire inédit, Bujumbura, U B, FPSE, 2010.

SIMBANANIYE, E., Contribution à l'étude de la drogue au Burundi, Mémoire inédit Bujumbura, U. B, F. P. S. E, 1998.

SIMBANANIYE, E., Contribution à l'étude du phénomène de la drogue au Burundi, Mémoire de licence, Bujumbura, U.B., F. P. S. E, 1998.

NSHIMIRIMANA, A., Etude des facteurs de rechute chez les toxicomanes, Mémoire de licence, Bujumbura, U.B., F. P. S. E, 2013.

#### V. DICTIONNAIRES

SILLAMY, N., Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris, Bordas, 1980.

DORON, R., et PAROT, F., Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 1991

## **ANNEXES**

**ANNEXE 1 : PRESENTATION ET CONSIGNE EN KIRUNDI**

Ndabaramukije,

Jewe nitwa Karubu Adelard, ndi umunyeshure wo kuri Kaminuza y'Uburundi mu gisata c'ivyerekeye inyifato n'imico, nka ba ndiko ndategura igikorwa co kurangiza amashure. Nashaka rero kuganira namwe ku vyerekeye ingene mufasha umuyabaga wanyu yasinzikajwe no kunywa ibiyayuramutwe.

Nibajije ko muri mu bantu boshobora kumpa ivyiyumviro birashe kandi boshobora kunterea agacumu k'ubumwe mw'irangurwa ry'iki gikorwa. Nabasaba rero ko mwombwiza ukuri ku vyo tugiye kuyaga kuko kuri jewe nta nyishu muza gutanga itariyo, inyishu nziza kuri jewe niyo muzoba mutanze.

Nanje ndabemereye ko ntazohirahira ngo ndabavuge amazina. Kugira ntihagire na kimwe nohindura canke ngo nibagire mu vyo muza kuba mwambwiye, nashaka gukoresha aka kuma mubona mfise ko gufata amajwi.

Nkaba mbaye ndabashimira ko mwemeye ko tugirana iki kiganiro hamwe no kumfasha muri iki gikorwa.

Murakoze.

KARUBU Adélar

## **ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN EN KIRUNDI**

### **I. UKWIDONDORA**

Imyaka y'umuyabaga :

Igitsina :

Imyaka y'abavyeyi :

Akazi k'abavyeyi :

Se :

Nyina :

Urugezo rw'amashure y'abavyeyi

Se :

Nyina :

Umuyabaga afise amashure angahe :

Incuro umuyabaga amaze kuja kwa muguganga kubera ibiyayura mutwe :

Aho baba :

N'umwana wa kangahe :

### **II. IKIGANIRO NYEZINA**

Mwamenye gute ko umwana wanyu yasinzikajwe nibiyayura mutwe?

Mbega mumaze kubimenya mwavyifashemwo gute?

Mbega mwibaza yuko yoba yabitewe n'iki?

Yigenza gute muhira aho aba be no mu kibano?

Mbega mwoba mumaze kumujana mu bigo bijejwe gukurikirana abantu bafise izo ngorane?

Mbega mwebwe none mwoba mukora iki kugira mumufashe kubivamwo?

Ni izihe ngorane muhura na zo mu gufasha uwo mwana wanyu yasinzikajwe nibiyayura mutwe?

Mbega mwebwe musaba iki kugira mushobore kwitaho bihagije umwana wanyu?

**ANNEXE III: PRESENTATION ET CONSIGNE EN FRANÇAIS**

Bonjour,

Je m'appelle KARUBU Adélard, je suis étudiant à l'Université du Burundi dans le département de psychologie clinique et sociale. Je rédige un travail de mémoire et mon souci est d'explorer les manières parentales de gérer un adolescent toxicomane.

Le présent entretien n'a d'autre but que de solliciter votre collaboration dans le rassemblement des données contribuant à la réalisation de mon travail. En y répondant avec soin et sincérité, vous aurez contribué énormément à ma recherche. De par votre situation, j'ai estimé que vous êtes les mieux indiqués pour me fournir des informations fiables et je vous garantis sans faille l'anonymat. Tout ce que vous allez me dire est important, est comme je ne veux pas qu'aucune information m'échappe, je vais utiliser un appareil enregistreur. Je vous exprime mes remerciements anticipés pour votre franche collaboration.

**Merci**

Adélard KARUBU

## **ANNEXE VI : GUIDE D'ENTRETIEN EN FRANÇAIS**

### **I. Identification**

Age de l'adolescent :

Sexe :

Age des parents

- le père :

- la mère :

Profession des parents

- le père :

- la mère :

Niveau d'instruction des parents :

- père

- mère

Niveau d'instruction de l'adolescent :

Antécédent psychiatrique de l'adolescent :

Lieu de résidence :

Rang dans la famille :

### **II. GUIDE D'ENTRETIEN PROPREMENT DIT**

Comment avez-vous su que votre enfant est toxicomane ?

Comment avez-vous accueilli cet état de fait ?

A votre avis qu'est ce qui peut avoir été à l'origine d'un tel comportement ?

Comment votre enfant se comporte-t-il à la maison et dans le voisinage ?

Auriez-vous approché une quelconque structure de prise en charge de telles catégories de personnes ?

Qu'avez-vous fait ou qu'est-ce que vous faites pour l'en dissuader ?

A quelles difficultés vous heurtez-vous dans la gestion de votre enfant ?

Que souhaiteriez-vous pour une gestion efficace de votre enfant ?