

# *SOCIOTEXTE*

*Revue de sociologie de l'Afrique littéraire*

ISSN 2518-816X

*NUMERO n°08*

*Mai 2021*

## ORGANISATION

Directeur de publication : Madame **Virginie KONANDRI, Professeur titulaire** de Littérature comparée, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Directeur de la rédaction : Monsieur **David K. N'GORAN, Professeur titulaire** de littérature comparée, diplômé de Science politique, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Secrétariat de la rédaction : Monsieur **Koné KLOHINWELE, Maître de Conférences**, études africaines anglophones à l'Université Félix Houphouët-Boigny, (Abidjan, Côte d'Ivoire).

### Comité scientifique

- Prof. ADOM Marie-Clémence (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. AKINDES Francis (Université Alassane Ouattara, Bouaké, RCI)
- Prof. BERNARD Mouralis (Université de Cergy-Pontoise, France)
- Prof. BERNARD de Meyer (Université du Kwazulu natal, Afrique du sud)
- Prof. COULIBALY Adama (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. DIANDUE Bi-Kacou (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. FONKOUA Romuald (Université de Paris IV, Sorbonne nouvelle, France)
- Prof. HALEN Pierre (Université de Metz, France)
- Dr. AKASSE Clement (Howard University, Washington DC, USA)
- Prof. KONANDRI A. Virginie (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. KOUAKOU Jean-Marie (Université, Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. MAGUEYE Kasse (Université Cheik Anta Diop, Dakar, Sénégal)
- Prof. MEKE Meite (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. Sissao Alain, (Université de Ouagadougou, Burkina Faso)
- Prof. SORO Musa David (Université Alassane Ouattara, Bouake, RCI)
- Prof. ISAAC Bazié, (Université du Québec à Montréal, Canada)

### Membres de la rédaction :

- Prof. COULIBALY Daouda (Université Alassane Ouattara, Bouaké, Anglais)
- Prof. Lezou Aimée Danielle (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Lettres Modernes)
- Prof. N'GORAN K. David (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Lettres modernes)
- Prof. Soko Constant (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Sociologie)
- Prof. SYLLA Abdoulaye (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Lettres Modernes)
- Prof. YEO Lacina (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Allemand)
- Dr. Angoran Anasthasie (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, portugais)

- Dr Atta Nicaise Kobenan, (Université Félix Houphouët-Boigny, Lettres modernes)
- Dr Kouakou Séraphin (Université Félix Houphouët-Boigny, Lettres modernes)
- Dr Imorou Abdoulaye (Université du Kwazulu Natal, études françaises)
- Dr Soumahoro Sindou (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Anglais)
- M. Dobra Aimé (Université Félix Houphouët-Boigny, Doctorant, Lettres modernes)
- M. Gbazalé Raymond (Université Félix Houphouët-Boigny, Doctorant, Lettres modernes).

## SOMMAIRE

- OYONO Michel TADJUIDJE, ENS/Université de Maroua, Cameroun**  
*Pédagogie différenciée et développement de compétences des apprenants à besoins spécifiques de l'école publique primaire inclusive de Founangue-Maroua* **4-19**
- AKESSEY Flora, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire**  
*Mariama Bâ et Calixthe Beyala : Deux générations d'écrivaines africaines. Essai sur l'évolution de la littérature africaine féminine* **20-30**
- COULIBALY Onata Chaka, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire**  
*Facteurs familiaux et addiction aux drogues chez des adolescents en Côte D'ivoire* **31-45**
- EHUI Jean- Marius, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire**  
*Stylistique sérielle et expressivité émotionnelle dans Chants D'ombre de Léopold Sédar-Senghor* **46-54**
- AGNESSAN Alain, Université FHB (CI)/Université Western (Canada)**  
*Apocalypse postmoderne I : le retour du politique et les utopismes post-génocide* **55-72**
- AKA Adjé Justin, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire**  
*Abjection et crainte dans Le mal de mer de Marie Darrieussecq* **73-83**
- KOUAKOU Brou Médard, Université Péléforo GON COULIBALY, Korhogo, Côte d'Ivoire**  
*La problématique de l'interculturalité dans Maman a un amant de Calixthe Bayala* **84-94**
- Eldad SANGARE, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire**  
*Perversion des espaces urbains ou une esthétique de l'irrationnel dans Temps de chien.* **95-105**

**AMANI Kouassi Désiré, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan. Côte d'Ivoire**

*L'art et la responsabilité : Regards contemporains sur la création performatologique en période de confinement* **106-126**

**COLY Augustin, NASSALANG Jean-Denis, Université Cheick Anta Diop, Sénégal**  
*Le couple domino à l'épreuve des chocs raciaux : La femme et l'homme nu de Pierre Mille et André Demaison et Un chant écarlate de Mariama Bâ* **127- 137**

**DIAMA K'Monti Jessé, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire**  
*« La sauvegarde de la Patrie » de Charles Nokan : un discours empathique* **138-150**

## **FACTEURS FAMILIAUX ET ADDICTION AUX DROGUES CHEZ DES ADOLESCENTS EN CÔTE D'IVOIRE**

**COULIBALY Onata Chaka**

*Université Félix Houphouët Boigny, Cocody, Abidjan*

### **RESUME**

Cet article examine la relation entre les facteurs familiaux et les addictions aux drogues chez des adolescents patients à la Croix Bleue Côte d'Ivoire. L'échantillon est composé de 103 participants âgés de 12 à 19 ans et ayant consommé de la drogue, au moins durant les 12 derniers mois. Trente-sept (37) des participants sont issus de familles biparentales, 38 de familles recomposées et 28 de familles monoparentales. Les données sont obtenues à l'aide d'un questionnaire d'identification, du dossier de consultation médicale et du Drug Abuse Screening Test (DAST-10). Les données collectées ont été traitées à l'aide du Khi deux de Pearson sous le logiciel SPSS.20. Les résultats indiquent que les adolescents issus de familles recomposées ou de familles monoparentales présentent plus de sujets manifestant une addiction aux drogues, comparés aux adolescents de familles biparentales. Mais il n'y a pas de différence significative dans la manifestation des addictions aux drogues entre les adolescents issus de familles recomposées et ceux issus de familles monoparentales. Par ailleurs, ces adolescents connaissent souvent un parcours de vie difficile ainsi qu'une situation de crise qui affaiblissent les liens qu'ils entretiennent avec leur entourage. Les relations familiales précaires sur le plan affectif sont considérées comme des facteurs de risque important favorisant une addiction aux drogues.

**Mots clés :** famille biparentale, famille recomposée, famille monoparentale, adolescents, addictions aux drogues.

### **ABSTRACT**

This article examines the relationship between family factors and drug addictions among adolescent patients at the Blue Cross of Côte d'Ivoire. 103 participants aged 12 to 19 years who have used drugs at least in the last 12 months participate in the research. 37 come from two-parent families, 38 from blended families and 28 from single-parent families. The data were obtained using an identification questionnaire, the medical consultation file and the Drug Abuse Screening Test (DAST-10). The collected data were processed using Pearson's Chi-square in SPSS.20

software. The results indicate that adolescents from blended or single-parent families have more drug addicts compared to adolescents from two-parent families. However, there is no significant difference in the manifestation of drug addiction between adolescents from blended families and those from single-parent families. Moreover, these adolescents often experience a difficult life course and a crisis situation which weakens their link with their social environment. These emotionally precarious relationships are considered important risk factors in the development of drug addiction.

**Keywords:** two-parent family blended family, single-parent family, adolescents, drug addiction.

## INTRODUCTION

L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. La définition de l'adolescence qui repose sur l'idée de changement permet, à elle seule, de reconnaître immédiatement l'ensemble des transformations multiples et profondes qui semblent, effectivement, caractériser les années adolescentes du point de vue du développement (Maria, 2005).

Si l'adolescence est un moment de croissance, c'est également un moment où les risques d'adopter des comportements inadaptés sont importants et au cours duquel le contexte social peut exercer une influence déterminante. En pleine construction de son identité, l'adolescent est amené à redécouvrir son environnement et à expérimenter différents comportements lui procurant des stimulations et des sensations, pouvant parfois l'amener à consommer des substances psychoactives.

Ainsi, de nombreux adolescents font actuellement recours à la consommation de drogues. Cette consommation de drogues constitue un effet de mode chez ceux-ci. Elle paraît fréquente, cela pour essayer et rétablir une certaine intégrité physique, émotionnelle ou psychique. Au bout d'un certain temps de consommation de ces produits, le corps s'habitue à ses effets. Il y a donc nécessité d'augmenter les doses pour obtenir l'effet recherché ; ce qui entraîne la dépendance de l'organisme à une substance, (Valleur & Matysiak, 2002). Cette manifestation comportementale caractérisée par l'envie irrépressible de consommer les drogues en dépit des conséquences négatives renvoie au concept d'addiction aux drogues.

D'origine anglo-saxonne, le terme "addiction" désigne, avec une connotation plus active que ses équivalents français, toute conduite de consommation d'une drogue provoquant la dépendance physique ou psychologique (Doron & Parot, 1991). Goodman (1990) définit l'addiction comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et sa persistance en dépit des conséquences négatives significatives. Cette définition de Goodman montre une extension sémantique du concept d'addiction : on peut être dépendant d'un comportement. Ainsi, on parle d'addiction sans drogue (Pedinielli, Rouan & Bertagne, 1997). Il y a donc les addictions au sport, au travail, à la télévision, au jeu, etc.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2005), l'addiction à une drogue est un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, survenant à la suite

d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, associés à un désir puissant de prendre la substance, une difficulté à contrôler la consommation, une poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives, un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de cette substance.

Le recours aux drogues est un phénomène psychosocial amplifié à l'adolescence, et certains adolescents seraient plus prédisposés à entamer et à continuer dans une relation de dépendance à une ou plusieurs drogues (Brochu, 2006). La première expérience avec la drogue, chez l'adolescent, se fait habituellement sous l'influence des pairs. Cette "initiation" renvoie à des modalités particulières du fonctionnement de l'adolescent et des remaniements psychologiques normaux qu'il traverse à cet âge qui se caractérisent essentiellement par le besoin de s'identifier à un groupe. La curiosité, la recherche du plaisir et d'expériences nouvelles sont généralement les motivations de ce premier contact. Il survient le plus souvent en dehors de toute difficulté psychopathologique. Le quartier, le milieu scolaire, les institutions de jeunes et les lieux de regroupement des jeunes sont, en général, des endroits où ces adolescents consomment la drogue pour la première fois. C'est ce premier contact avec la drogue qui va par la suite conditionner la survenue de l'addiction ou pas, selon certains facteurs extrinsèques ou des caractéristiques individuelles liées à l'adolescent lui-même (Brochu, 2006).

La consommation de drogues, telles que le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes hors prescriptions médicales, les drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne...), conduit à des conduites addictives. Mais tout adolescent qui a eu à consommer une drogue ne manifeste pas forcément une addiction à cette drogue. Certains enfants et adolescents risquent plus que les autres de continuer à consommer de tels produits et des produits de plus en plus dangereux. C'est le cas des enfants de la rue, d'enfants éprouvant des difficultés scolaires, d'enfants confrontés à des dysfonctionnements familiaux, à des mauvais traitements, etc. Ils développent rarement des liens sociaux positifs et leur entourage n'a souvent pas assez de ressources pour éviter les toxicomanies et lutter contre leurs conséquences. Cette prédisposition est pluri déterminée (Ferrari, 2001).

Une revue de la littérature sur les addictions aux drogues montre que des études réalisées ont mis en évidence le fait que la consommation de drogues produit une dépendance et que cet état est fréquemment associé à une dégradation du contexte psychosocial de l'individu (Budney & Moore, 2002). Ces travaux montrent l'existence d'une relation entre les addictions aux drogues et différents facteurs, soit externes, liés à l'environnement social, soit internes au sujet.

Les études portant sur les facteurs externes, identifient des facteurs de risque et des facteurs de protection. Un facteur de risque est défini comme une caractéristique associée à une probabilité plus élevée de survenue d'un problème de santé (Choquet & Ledoux, 1994) ; un facteur de protection désigne les ressources personnelles ou environnementales permettant de réduire l'impact des facteurs négatifs (Plancherel, 1998). Parmi les facteurs externes, les études mettent en évidence : les événements de vie stressants en général (Butters, 2002; Plancherel, 1998), les conflits familiaux (Burcu, 2002 ; Butters, 2002), les situations de séparation des parents (que ce soit pour des situations de divorces ou décès), les antécédents de consommation dans la famille, le type de structure familiale et le soutien parental, un environnement social défavorable (Choquet, 2004).

La famille est la première instance éducative et socialisatrice de l'enfant. Au-delà de l'importance accordée aux caractéristiques structurelles des familles, les études plus récentes explorent le lien entre les pratiques éducatives et les aspects interactionnels du fonctionnement de la famille (Marie-Christine, Daniel & Nathalie, 2012). La famille a donc une réelle influence sur les adolescents et les jeunes adultes. En effet, elle est une des instances sociales les plus présentes autour des personnes de 12 à 25 ans et influe à de nombreuses reprises leurs habitudes de vie, et leurs décisions. Un adolescent délaissé, en manque d'affection ou peu encadré par ses parents est donc un individu vulnérable à de tels troubles de comportements. Ceux-ci ne trouveront certainement satisfaction qu'avec le groupe d'amis qui favorise le plus souvent la rencontre avec les substances (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, etc.). Pourtant, les types de familles auxquels appartient l'adolescent dénotent du climat affectif familial et des relations entre les parents et les enfants qui sont souvent sources de réconforts ou de tensions. Qu'il s'agisse de famille biparentale, recomposée ou monoparentale, la structure familiale à travers son mode de fonctionnement jouerait un rôle important dans la manifestation des addictions aux drogues chez les adolescents.

Dans cette perspective, Cascone et al. (2007) ont mené une étude auprès des adolescents, dont l'objectif était d'évaluer l'influence du contexte social dans lequel les adolescents se développent sur la gravité de la consommation de cannabis. Les analyses réalisées auprès des sujets des groupes cliniques et non cliniques ont permis de confirmer que les conflits au sein de la famille, avec les pairs, avec l'école et avec la loi, constituent des facteurs de risque de la rupture scolaire ainsi que de la consommation de drogues, voire de la dépendance. Le contrôle et le support parental exercé durant l'enfance ont été mis en lien, par exemple, avec l'apparition de conduites déviantes et avec le développement de conduites à risques incluant, notamment la consommation de substance psychoactives. Une expérience de vie au sein d'une famille ayant des relations précaires sur le plan affectif (ou lorsqu'il y a un véritable éclatement des liens) est considérée comme un facteur de risque important de dépendance à des substances psychoactives (Choquet, 2004 ; Kuntsche & Rainer, 2004).

Des études indiquent que tous les sujets consommateurs de substances psychoactives ne développent pas un abus ou une addiction. Aussi, les facteurs qui influencent l'initiation à la consommation diffèrent sans aucun doute de ceux qui favorisent l'installation d'un abus ou d'une dépendance, et ils sont tous d'accord pour situer le début de la consommation pendant l'adolescence (Ashton, 2002; Young & al., 2002). Deux préoccupations se dégagent de ce constat : la première concerne les raisons pour lesquelles certains adolescents décident de goûter à la substance ; la seconde concerne les facteurs impliqués dans l'installation d'une consommation plus ou moins régulière, voire dépendante.

Certes, la plupart des adolescents consomment ces substances de manière occasionnelle, sans que cela n'ait d'incidences majeures sur leur développement, mais d'autres en consomment de manière régulière et restent sous l'effet de ces substances le plus souvent et le plus longtemps possible. Ces derniers présentent alors les caractéristiques d'une dépendance. Bien que la dépendance aux drogues ait fait l'objet de recherches ces dernières années, les travaux réalisés en vue d'expliquer les processus qui conduisent un adolescent à manifester une

addiction aux drogues semblent moindres et ne prennent pas en compte les facteurs socio-familiaux, notamment les types de familles dont sont issus les adolescents.

Ainsi, mener une recherche dans cette perspective permettrait d'apporter une contribution à la compréhension des conduites addictives aux drogues chez les adolescents et allant dans le sens de l'approfondissement de la relation entre les facteurs familiaux et la manifestation des addictions aux drogues. Aussi, cet article propose-t-il des pistes de réflexions et des solutions, en matière de prise en charge des addictions aux drogues, qui demeure une préoccupation pour les chercheurs et praticiens en addictologie.

C'est pour apporter des éléments de réponses que la présente étude se propose d'étudier la relation entre les facteurs familiaux, à savoir les types de familles et les addictions aux drogues chez des adolescents. Cet objectif général vise à répondre à la question de recherche suivante : Existe-t-il une relation entre les types de familles et les addictions aux drogues chez les adolescents ? Il s'agira de comparer la fréquence des adolescents manifestant une addiction aux drogues, qu'ils soient issus de famille biparentale, recomposée ou monoparentale. Dès lors, étant données les différences de fonctionnement et de structuration de ces types de familles et leurs impacts sur le développement psychosocial des adolescents, trois hypothèses opérationnelles sont formulées.

Hypothèse 1 : La fréquence des adolescents manifestant une addiction aux drogues issus de famille recomposée est supérieure à celle des adolescents issus de famille biparentale.

Hypothèse 2 : La fréquence des adolescents manifestant une addiction aux drogues issus de famille monoparentale est supérieure à celle des adolescents issus de famille biparentale.

Hypothèse 3 : La fréquence des adolescents manifestant une addiction aux drogues issus de famille recomposée est supérieure à celle des adolescents issus de famille monoparentale.

Afin de mettre en œuvre les moyens et la procédure permettant d'éprouver les hypothèses formulées, une approche méthodologique a été utilisée.

## **I- METHODOLOGIE**

### **I-1- PARTICIPANTS**

L'étude a démarré en février 2016, au Centre d'Accueil de la Croix Bleue Côte d'Ivoire et a consisté à recevoir systématiquement tous les patients adolescents qui sollicitent le centre pour une cure de désintoxication. Conformément aux exigences du DSM 4, on peut diagnostiquer une addiction ou une dépendance à une substance psychoactive (une drogue) lorsque la consommation est observée sur une période de 12 mois au moins. Afin de constituer des groupes d'échantillons équivalents, la technique d'échantillonnage raisonné a été utilisée. Cette technique a permis de soumettre les sujets au critère d'homogénéité en vue d'éliminer les individus qui ne remplissent pas certains critères. Au total notre échantillon comporte 103 adolescents, de sexes masculin et féminin, d'âge compris entre 12 ans et 19 ans. Ils sont tous scolarisés de niveau minimum sixième année d'études primaires. Parmi ces adolescents, 37 sont issus de familles biparentales, 38 de familles recomposées et 28 de familles monoparentales. Ces groupes de sujets sélectionnés ont été soumis aux instruments de recherche.



## **I-2- INSTRUMENTS**

### **I-2-1- FICHE D'ACCUEIL PATIENT**

La fiche d'accueil patient, renseignée par le service social, porte sur l'identité du patient : âge, sexe, niveau d'études, rang de naissance dans la fratrie, taille de la fratrie, lieu d'habitation, type de famille d'origine, profession des parents, liens avec l'accompagnateur, etc. En plus de ces informations qui ne sont pas exhaustives, cette fiche relève des informations brèves sur la consommation de drogues du patient.

### **I-2-2- DOSSIER DE CONSULTATION MÉDICALE**

Le dossier de consultation médicale comprend, en plus des informations relatives à l'identité du patient, l'histoire de la consommation, les motifs de la consommation, les symptômes manifestes de l'usage et autres informations nécessaires à la compréhension du phénomène à l'étude. Ce dossier contient des informations inscrites par les médecins spécialisés dans la prise en charge et par la psychiatre du Centre de la Croix Bleue. Il renferme également, les résultats des examens complémentaires et les résumés des entretiens effectués par l'équipe médicale.

### **I-2-3- DRUG ABUSE SCREENING TEST (DAST-10)**

Le DAST-10 est un questionnaire élaboré en 1992 par Skinner Harvey qui fournit un indice quantitatif des problèmes reliés à la consommation de drogues, notamment certains symptômes de dépendance aux drogues et d'autres conséquences résultant de l'usage de drogues pendant la période des 12 derniers mois. Il évalue le degré de sévérité de la consommation de drogues.

Afin de confirmer les informations collectées lors de la passation du DAST-10, un test toxicologique est demandé pour l'identification des substances présentes dans l'organisme.

### **I-2-4- RAPITEST MULTIDRUG PIPETTE PANEL TEST**

C'est un test qui donne des résultats en un temps record pour la détection qualitative et simultanée de plusieurs drogues et métabolites de drogue dans l'urine humaine.

Ce test est employé pour l'analyse de toute association entre les drogues suivantes : Amphétamine, amphétamine 500, barbituriques, benzodiazépines, buprénorphine, cocaïne 150, cocaïne, cotonine, marijuana 20, marijuana, marijuana 150, méthadone, EDDP 100 (métabolite de méthadone), EDDP 300 (métabolite de méthadone), méthamphétamine 500, méthamphétamine, morphine 300, opiacé 2000, tramadol, antidépresseurs tricycliques, etc.

## **I-3- PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES**

Une fois reçu au centre, le patient accompagné par ses parents, est conduit au service social. Une fiche d'accueil patient est renseignée pour avoir des informations sur lui. Ensuite, le patient et ses parents sont conduits chez le médecin qui est assisté d'un travailleur social. Après une évaluation de la motivation et la recherche de pathologies psychiatriques sous-jacentes, il est demandé un bilan toxicologique (un test urinaire). C'est après cette première consultation que nous avons procédé à des entretiens psychologiques en tant que chargé de

l'accompagnement psychothérapeutique des patients, à savoir : les motivations de l'usage de drogues, la réalisation du diagnostic social de l'usage de drogues, etc. C'est durant cette période d'entretien psychologique que nous procédons à la passation du DAST-10.

Les résultats qui suivent procèdent des données collectées auprès des patients examinés à la Croix Bleue, lesquelles données ont été traitées à l'aide du Khi deux de Pearson sous le logiciel SPSS.20.

## II- RESULTATS

### II-1- ADOLESCENTS DE FAMILLE BIPARENTALE ET ADOLESCENTS DE FAMILLE RECOMPOSEE MANIFESTANT UNE ADDICTION AUX DROGUES.

**Tableau I** : Fréquences des adolescents addicts aux drogues, issus de familles biparentales et de familles recomposées.

| ADDICTION              | Addict | Non Addict | TOTAL |
|------------------------|--------|------------|-------|
| <b>TYPE DE FAMILLE</b> |        |            |       |
| Famille Biparentale    | 15     | 22         | 37    |
| Famille Recomposée     | 26     | 12         | 38    |
| <b>TOTAL</b>           | 41     | 34         | 75    |

Le tableau 1 montre qu'il y a une différence entre les fréquences des adolescents manifestant une addiction aux drogues selon le type de famille dont ils sont issus. L'analyse statistique des données, à l'aide du Khi deux, indique un indice de signification asymptotique bilatérale ( $P=.015$  ;  $P < .05$ ). Ainsi, on peut conclure que les adolescents issus de famille recomposée présentent une fréquence de sujets dépendants aux drogues supérieure à celle de ceux issus de famille biparentale.

### II-2- ADOLESCENTS DE FAMILLE BIPARENTALE ET ADOLESCENTS DE FAMILLE MONOPARENTALE MANIFESTANT UNE ADDICTION AUX DROGUES.

**Tableau II** : Fréquences des adolescents addicts aux drogues, issus de familles biparentales et de familles monoparentales.

| ADDICTION                    | Addict | Non Addict | TOTAL |
|------------------------------|--------|------------|-------|
| <b>TYPE DE FAMILLE</b>       |        |            |       |
| <b>Famille Biparentale</b>   | 15     | 22         | 37    |
| <b>Famille Monoparentale</b> | 19     | 9          | 28    |
| <b>TOTAL</b>                 | 34     | 31         | 65    |

L'observation du tableau II montre que les fréquences des adolescents issus de familles biparentales manifestant une addiction aux drogues diffèrent de celles des adolescents issus de familles monoparentales. L'analyse statistique des données du tableau, à l'aide du Khi deux, indique un indice de signification asymptotique bilatérale ( $P=.029$  ;  $P <.05$ ). Ainsi, on peut conclure que les adolescents issus de famille monoparentale présentent une fréquence de sujets dépendants aux drogues supérieures à celle de ceux issus de famille biparentale.

### **II-3- ADOLESCENTS DE FAMILLE RECOMPOSEE ET ADOLESCENTS DE FAMILLE MONOPARENTALE MANIFESTANT UNE ADDICTION AUX DROGUES.**

**Tableau III:** Fréquences des adolescents addicts aux drogues, issus de familles recomposées et de familles monoparentales.

| ADDICTION                    | Addict | Non Addict | TOTAL |
|------------------------------|--------|------------|-------|
| <b>TYPE DE FAMILLE</b>       |        |            |       |
| <b>Famille Recomposée</b>    | 26     | 12         | 38    |
| <b>Famille Monoparentale</b> | 19     | 9          | 28    |
| <b>TOTAL</b>                 | 45     | 21         | 66    |

Selon le tableau III, sur les 38 adolescents issus de familles recomposées, 26 présentent une addiction aux drogues, tandis que les 9 autres ne manifestent pas une addiction. En outre, sur les 28 adolescents issus de famille monoparentale, on a 19 qui manifestent une addiction aux drogues (soit 2/3). L'analyse statistique des données, à l'aide du Khi deux, donne un indice de signification asymptotique bilatérale ( $P=.961$  ;  $P >.05$ ). Il n'y a donc pas de différence significative dans la manifestation des conduites addictives aux drogues entre les adolescents issus de familles monoparentales et leurs pairs issus de familles recomposées.

### III- ANALYSE QUALITATIVE

Pour une bonne compréhension des résultats issus des tableaux, nous résumons le contenu des entretiens de six adolescents issus des trois types de familles étudiées présentant une addiction à la drogue.

F. B. A., âgée de 18 ans, issue d'une famille recomposée : « *Je vis avec ma mère et son nouveau mari, car mes parents se sont séparés depuis ma naissance. J'ai une mauvaise image de mon père biologique, car je subissais des attouchements sexuels de sa part, à chaque fois que je rentrais de mes balades. Ayant constaté cela, je me suis échappée de la maison de mon père pour me rendre chez ma grande mère. Mes parents ne sont pas attentifs à ce que je ressens et j'ai envie de quitter souvent la maison. Depuis 3 ans, je consomme le cannabis et la cigarette, par l'intermédiaire de mon ami de l'école, afin de ne plus considérer ces humiliations. En consommant le cannabis, je me sentais à l'aise, j'oubliais mes soucis et je restais beaucoup calme dans mon coin* ». Le résultat au DAST 10 permet de diagnostiquer une addiction à la drogue.

F. N'T. A., âgée de 14 ans, issue d'une famille recomposée : « *Je suis la seule fille de ma mère et je vis avec mes 03 frères et sœurs et mon beau-père. J'ai vécu pendant trois ans avec mes grands-parents, auprès de qui j'ai débuté mes études secondaires. J'estime que mes parents ne me comprennent pas et attendent trop de moi. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison pour me retrouver avec mes amis. Ma consommation de cannabis date de 2015 (à 12 ans), du fait de mes amis. Je consomme pour changer d'humeur et me sentir bien dans la tête. J'ai déjà eu une perte de connaissance causée par ma consommation de drogue et j'ai souvent eu des activités illicites pour me procurer le cannabis* ». Le résultat au DAST 10 permet de diagnostiquer une addiction à la drogue.

M. K. K 2., âgé de 17 ans, issu d'une famille monoparentale : « *Je suis élève en classe de 1<sup>ère</sup>, et je vis avec ma mère. Depuis ma naissance je n'ai pas connaissance de mon père. Je passe la majorité de mon temps à l'internat et je me retrouve en famille que pendant les vacances scolaires. Etant le seul enfant de ma mère, quand je lui demande de me donner des informations sur mon père, elle détourne notre conversation dans un autre sens. Ma consommation de cannabis remonte à 2014 par l'intermédiaire d'un ami de l'école. Avec la joie du groupe d'une part, ça me soulage* ». Le résultat au DAST 10 permet de diagnostiquer une addiction à la drogue.

S.A.C., âgé de 16 ans, issu de famille monoparentale : « *J'habite avec mon père, car je ne vis plus avec ma mère du fait de leur séparation, depuis mon enfance. Il m'arrive d'avoir envie de quitter la maison et de me retrouver avec mes amis, souvent pendant plus de 24 h et de rentrer le lendemain matin. Je consomme le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, le tabac, ça fait 3 ans, par l'intermédiaire de mes amis du quartier et de l'école. J'utilise ces produits pour mieux réfléchir et me sentir mieux dans ma peau* ». Le résultat au DAST 10 permet de diagnostiquer une addiction à la drogue.

M.Y K., âgé de 18 ans ; issu d'une famille biparentale : « *J'habite avec mon père et ma mère. J'ai grandi dans un environnement où j'avais presque tout à ma disposition. Fumer pour nous, c'était un effet de mode. En boîte de nuit à l'âge de 15 ans, un ami qui avait du cannabis m'a proposé d'en consommer. Ma mère me voyait souvent avec des sachets de cannabis sans pour autant informer directement mon père, car s'il était informé à temps, mon père allait être très fâché avec moi et il passait plus de temps en dehors de la maison. Malgré les conseils de ma mère, j'ai continué à consommer le cannabis et la cigarette. Par la suite, je me suis habitué au point où je n'arrive plus à arrêter. J'ai ensuite plongé dans la cocaïne* ». Le résultat au DAST 10 permet de diagnostiquer une addiction à la drogue.

M.T. N., âgé de 14 ans, issu d'une famille biparentale de 7 enfants : « *j'habite à Cocody avec mon père, Ingénieur Travaux Publics et ma mère Institutrice. Mon grand frère est considéré comme ma personne de confiance, à qui je demande des conseils. Mes parents sont attentifs à ce que je ressens et nous passons de bons moments ensemble. Depuis l'âge de 13 ans, je consomme le cannabis que mon ami de l'école m'a proposé à l'intérieur d'un gâteau. Quand je mangeais, je me sentais faible, mais j'ai continué à consommer et fumer le cannabis sans pour autant rechercher des effets particuliers* ». Le résultat au DAST 10 ne permet pas de diagnostiquer une addiction à la drogue.

À l'analyse du contenu des entretiens cliniques ci-dessus, on remarque que l'âge minimum du début de la consommation des drogues est de 12 ans. La rencontre avec ces produits se fait de façon générale, par l'intermédiaire des amis, soit de l'école, soit du quartier. Autrement dit, la consommation de drogues chez la majorité des adolescents se fait avec les pairs. En effet, les adolescents qui manifestent une addiction aux drogues sont pour la plupart issus des familles recomposées et monoparentales, même si on trouve certains qui sont addicts chez les adolescents issus de familles biparentales.

Ces adolescents qui manifestent une addiction aux drogues, connaissent dans l'ensemble, un environnement familial, souvent conflictuel où il y a un manque de communication et une certaine absence du soutien familial nécessaire à l'épanouissement socioaffectif de ceux-ci. Le manque de proximité et de surveillance, de la part des parents, favorise l'installation de ces comportements d'usage de drogues. En outre, les comportements de surprotection de la part des parents sont considérés comme des facteurs de risque de développer ces conduites addictives. Par ailleurs, si le fait de vivre dans une famille monoparentale ou recomposée a un impact majeur sur ces conduites à risque, c'est plutôt le climat familial et le manque d'implication des parents dans l'autonomisation et l'accompagnement des adolescents qui semblent accentuer cette vulnérabilité. Une absence de liens sociaux positifs, un faible niveau d'encadrement, d'autorité et d'implication parentale, une attitude coercitive, injuste et incohérente de la part des parents et la perception par l'enfant d'un manque de proximité avec ses parents sont autant de facteurs de risque pour la survenue de ces conduites addictives.

## IV- DISCUSSION

Notre travail est parvenu au résultat qui souligne l'existence d'une relation entre les types de familles dont sont issus les adolescents et les addictions aux drogues. En effet, les adolescents issus de familles recomposées ou de familles monoparentales présentent des fréquences de sujets manifestant une addiction aux drogues supérieures à celles des adolescents de familles biparentales. Ces résultats traduisent que l'environnement familial, à travers les liens sociaux et le climat affectif qui existent entre ses membres, aurait des caractéristiques particulières qui sous-tendent les différents comportements à risques produits par les adolescents. Ces conduites addictives aux drogues s'inscrivent dans un processus développemental, où s'installe progressivement le comportement problématique d'usage de la drogue. Cette situation n'est pas spontanée, mais progressive et se déroule dans l'environnement immédiat de l'adolescent. De ce fait, la famille en tant que premier acteur dans l'éducation et l'encadrement de l'enfance jusqu'à l'adolescence apporte des orientations nécessaires pour atteindre ce développement. Toutefois, en observant les différences observées au niveau des structures des familles (familles recomposées, familles monoparentales, familles biparentales), il est difficile de retrouver ces mêmes conditions de vies favorables, chez des adolescents issus de ces milieux de vie différents, du point de vue de leur fonctionnement et de leur impact sur le développement de ces derniers.

Les familles recomposées sont caractérisées, par exemple, par plus de conflits familiaux, par une communication difficile avec les parents ainsi que par des inquiétudes au sein de la cellule familiale. Quant aux familles monoparentales, l'absence de l'un ou l'autre des figures parentales ne favorise pas l'installation de liens solides et la mise en place d'une éducation plus structurée et efficace, en raison des charges sociales que chacune de ses figures parentales doivent supporter. Cette influence peut être positive (facteur de protection) quand les liens sont satisfaisants et rassurants, ou négative (facteur de risque) quand les expériences familiales se caractérisent par des conflits et des séparations. Le contrôle et le support parental exercé durant l'enfance et l'adolescence sont mis en relation avec l'apparition de conduites déviantes et avec le développement de conduites à risques incluant notamment, la consommation de drogues. Ceci est une confirmation des idées soutenues par différents auteurs sur l'importance des liens familiaux pendant la période de l'adolescence. En effet, les tâches développementales de cette période comportent, entre autres un processus de séparation d'avec la famille, tout en conservant des relations stables, tâches qui s'avèrent difficiles si les conflits familiaux prennent trop de place ou si le noyau familial est éclaté (Hüsler & al., 2005 ; Kuntsche & Rainer, 2004).

La compréhension d'une telle situation nous invite à examiner l'histoire personnelle de chaque patient. A ce niveau, il importe de noter que la plupart des adolescents manifestant une addiction aux drogues, issus des différents types de familles, vivent dans un environnement familial où, on note de faibles liens de communication et d'attention des parents, comme le montre le contenu des entretiens au niveau des résultats obtenus.

Les adolescents trouveraient donc, à travers cette consommation de drogue, une identité dans le groupe de pairs où ils auront tendance à s'exprimer et à expérimenter plusieurs comportements propres au fonctionnement du groupe, qui bien qu'étant dangereux pour eux, ne constitue pas de façon spontanée une menace à leur niveau. L'absence de l'attention et de l'implication des parents dans la quête de cette identité conduit les adolescents de passer de

l'état de simple usage à celui de l'addiction à la drogue. Qu'est ce qui fait qu'une personne consomme ou s'adonne à une activité donnée sans développer une dépendance, alors qu'une autre développera une dépendance ?

A cette question, l'approche théorique de Peele (1985) souligne que les motivations marquant la relation aux substances ou activités représentent des explications de premier ordre. Ainsi, si la motivation première renvoie à des raisons de plaisir (anniversaire, fêter un événement heureux, réussite d'un projet, réunion familiale, se retrouver entre amis, etc.), la tendance à la dépendance sera faible, voire inexistante. A l'opposé, si un individu consomme pour des motifs négatifs (angoisse, peine, culpabilité, malaise, faible estime de soi, stress, etc.), il est plus susceptible de développer une addiction. Il faut souligner que si ces sentiments négatifs sont atténués par le produit toxique ou l'activité en question, ils le sont uniquement sur une base momentanée, la souffrance étant couverte par la substance, l'abuseur ne saura trouver de solution sans dépendance. Un autre facteur dans l'installation de la dépendance est aussi, selon Peele, l'incapacité de la personne dépendante à choisir. Pris dans un circuit qui produit une anesthésie des sentiments désagréables en les remplaçant par des sentiments de plaisir créés artificiellement, l'individu participe à une construction d'une illusion de plaisir qui justifiera souvent la reprise de la substance ou de l'activité en question. C'est ainsi que le cycle de la dépendance devient fonctionnel puisqu'il répond aux sentiments négatifs par une alternative temporaire et artificielle mais, « source de plaisir » quand même, puisqu'elle réduit la douleur.

Cette explication de Peele peut justifier le fait que certains adolescents, dans la découverte des produits lors de leurs rencontres avec leurs amis, vont certes consommer ces produits, sans pour autant chercher à résoudre des problèmes particuliers qu'ils rencontrent, mais uniquement pour la compagnie et le plaisir qui en découle. Et cela est possible, lorsque l'adolescent bénéficie de soutiens sociaux adéquats et donc un environnement socio-familial l'accompagnant dans sa recherche d'autonomie et d'affirmation de soi.

Les facteurs familiaux sont déterminants, non seulement, dans la l'installation des conduites addictives aux drogues, mais aussi dans le processus de prise en charge des patients qui développent ces addictions. C'est ainsi que la plupart des thérapies se fondent sur l'environnement familial des patients, la qualité des relations avec les membres de leurs familles pour une prise en charge plus rigoureuse, donnant des résultats considérables. Griffin et al. (2000) obtiennent des résultats allant dans le même sens concernant la structure familiale et stipulent que les familles biparentales ont la capacité de fournir une plus grande protection contre les comportements à risques tels que la consommation de drogues. Quant à Ledoux, Miller, Choquet et Plant (2002), ils vont encore plus loin en examinant trois structures parentales (biparentale, monoparentale, reconstituée) et en concluant non seulement que les familles biparentales sont un facteur de protection, mais également que ce sont les familles reconstituées qui sont le plus à risque de voir leurs adolescents consommer ces drogues. Par ailleurs, nous n'avons pas constaté de différences dans la manifestation des conduites addictives aux drogues entre les adolescents de familles recomposées et ceux de familles monoparentales. La manifestation de ces conduites addictives s'inscrit dans un processus développemental qui s'accroît dans le temps. Les familles monoparentales et recomposées s'apparentent dans une certaine mesure, car caractérisées de familles pathologiques dans certaines situations. Les liens

d'attachement qui se développent dans ces familles sont souvent insuffisants dans l'encadrement de l'enfant et son orientation vers la recherche de son autonomie.

De plus, un manque de soutien parental est associé aux problèmes de consommation de substances ainsi qu'aux comportements délinquants chez les adolescents. En ce sens, une étude longitudinale effectuée auprès de 16 749 adolescents révèle que ceux qui perçoivent plus de soutien de la part de leurs parents sont moins enclins à la délinquance, à une mauvaise conduite à l'école ainsi qu'à l'abus de drogues et d'alcool (Parker et Benson, 2004). Ce manque de soutien parental s'explique par l'indisponibilité de figure parentale, comme dans le cas des familles monoparentales, ou de l'indifférence de l'un des conjoints dans l'accompagnement de l'adolescent, comme dans le cas des familles recomposées.

En effet, comme le souligne la théorie psychosociale de Peele, le phénomène des addictions est une réalité globale qui inclue les dimensions psychologiques et personnelles de chaque individu. Cette approche insiste sur les motivations relationnelles aux substances ou à des activités dans un contexte social donné. Ainsi, le fait qu'un individu devienne toxicomane ne saurait s'expliquer uniquement par des variables individuelles. Les dimensions sociales et culturelles jouent un rôle important dans le développement de la toxicomanie. La dépendance est un mode de vie acquis, et les prédispositions à la toxicomanie vont fluctuer au gré des conditions sociales dans lesquelles les individus sont appelés à évoluer (Peele & Loonis, 2001). L'addiction est alors comprise comme un mécanisme d'ajustement de l'individu qui peut donner lieu à une utilisation non addictive de la drogue.

## CONCLUSION

Cet article s'inscrit dans le cadre des travaux qui cherchent à comprendre la manifestation des addictions aux drogues chez les adolescents en relation avec les facteurs familiaux. Les résultats obtenus indiquent que les adolescents issus de familles recomposées ou de familles monoparentales manifestent plus d'addictions aux drogues que ceux de familles biparentales. Aussi, l'étude montre-t-elle que ces adolescents dépendants à ses drogues connaissent souvent un parcours de vie difficile ainsi qu'une situation de crise qui affaiblit les liens qu'ils entretiennent avec leur entourage social. Au plan théorique, cet article contribue à l'accroissement des connaissances en addictologie qui cherchent à comprendre les facteurs explicatifs, les modes de traitements adaptés et l'origine des troubles des conduites addictives. Du point de vue des applications cliniques et professionnels de la prise en charge des usagers de drogues, il pourrait susciter des modèles de prise en charge qui tiennent compte, en plus des caractéristiques psychologiques liées à cette période adolescente, des liens sociaux et de l'environnement socio-familial des adolescents. Cette approche pourrait contribuer efficacement à la réduction des rechutes observées dans les centres de prise en charge. Quant aux parents, la prise en compte de ces résultats pourrait les amener à instaurer, au sein de la famille, un climat affectif favorable à l'épanouissement des adolescents et de lutter efficacement contre ces conduites addictives aux drogues qui se manifestent pour la plupart, à la suite des problèmes psychosociaux rencontrés.



**REFERENCES**

- Ashton, H. (2002). Cannabis or health? *Current Opinion in Psychiatry*, 15 (3), 247-253.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité : une relation complexe*, 2<sup>e</sup> édition, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Budney, A. J., & Moore, B. A. (2002). Development and Consequences of Cannabis Dependence. *Journal of Clinical Pharmacology*, 42, 28-33.
- Burcu, E. (2002). Alcohol and Drug Use in Youth Apprentices: Effect of Social Control in the Family. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 291-299.
- Butters, J. E. (2002). Family stressors and adolescent cannabis use : Pathway to problem use. *Journal of Adolescence*, 25, 645-654.
- Cascone, P., Auckenthaler, B., Garcia, M., & Liegme, N. (2007). L'atelier autoportrait avec accompagnement psychopédagogique, un outil thérapeutique efficace dans le traitement d'adolescents dépendants au cannabis et en rupture de liens sociaux. In : Chinet, L & Strel, E (Eds), *Cannabis : aspects contemporains liés à la prise en charge*. Bruxelles : In press.
- Choquet, M. (2004). Epidémiologie de la consommation de cannabis parmi les adolescents en France. In P. Huerre, & F. Marty (Eds), *Cannabis et Adolescence. Les liaisons dangereuses* (pp. 17-27). Paris : Albin Michel.
- Choquet, M., & Ledoux, S. (1994). Réalités des conduites de dépendance à l'adolescence. In D. Bailly, & J.-L. Venisse (Eds). *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris : Masson.
- Doron, R., & Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris: PUF.
- Ferrari, P. (2001). *Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Flammarion.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implication. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- Griffin, W., Gilbert J., Botvin, M., Scheier, D., & Nicole, L. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, p. 174-184.
- Hüsler, G., Plancherel, B., & Werlen, E. (2005). Psychosocial predictors of Cannabis Use in Adolescents at Risk. *Prevention Science*, 6(3), 237-244.
- Kuntsche, E., & Rainer, K.S., (2004). Parental Closeness and Adolescent Substance Use in single and two-parent Families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 63(2), 85-92.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., & Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drugs use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol and Alcoholism*, 37 (1), 52-60.
- Maria, D.C. (2005). L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? *Bulletin de Psychologie*, 5 (479), 521-534.

- Marie-Christine, S.J. Daniel, T., & Nathalie, O. (2012). L'éducation familiale à l'heure des compétences parentales. *Enfances, Familles, Génération, Numéro 16*, p.1-16.
- OMS- Organisation Mondiale de la santé. (2005). *Rapport mondial sur les addictions*. Genève (Suisse).
- Parker, J.S., & Benson, M.J. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency. *Adolescence*, 39, 155, p. 519-530.
- Pedinielli, J.L., Rouan, G., & Bertagne. (1997). *Psychopathologie des addictions*. Paris : PUF.
- Peele, S. & Loonis, E. (2001). Une approche psychosociale des addictions toujours d'actualité, *Bulletin de psychologie n° 446*, P.215.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction. An Unconventional View*. San Francisco: Jossey-Bass, p.224.
- Plancherel, B. (1998). *Le stress des événements existentiels et son impact sur la santé des adolescents*. Fribourg: Contributions fribourgeoises en psychologie. Éditions Universitaires.
- Valleur, M., & Matysiak, J.C. (2003). *Sexe, passion et jeux vidéo : les nouvelles formes d'addiction*. Paris: Flammarion.
- Young, S. E., Corley, R. P., Stallings, M. C., Rhee, T. J., & Crowley-Hewitt, J.K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 309-322.