

UNIVERSITE ABDERRAHMENE MIRA- BEJAIA

Faculté des Sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de master

Option : Psychologie clinique

Thème :

*La qualité de vie chez les adolescents
toxicomanes Scolarisés
Etudes de 04 cas*

Réalisé par :

➤ *OUBELAID Mohand Said*

Encadré Par :

Mr. LAOUDJ Mabrouk

Année universitaire : 2019/2020

REMERCIEMENT

AVANT TOUT, JE TIENS À REMERCIER LE BON DIEU, LE TOUT PUISSANT POUR M'AVOIR DONNÉ INSPIRATION, COURAGE ET PERSÉVÉRANCE AFIN DE RÉALISER CE TRAVAIL.

UN GRAND MERCI À MON PROMOTEUR MR LAOUDJ.M POUR AVOIR ACCEPTÉ DE M'ENCADRER TOUT AU LONG DE MON TRAVAIL ET POUR SON ORIENTATION ET SON AIDE PRÉCIEUSE.

MERCI AUX MEMBRES DU JURY POUR L'HONNEUR QU'ILS M'ONT ACCORDÉ EN ÉVALUANT MON TRAVAIL.

À TOUS MES ENSEIGNANTS, À TOUT LE PERSONNEL DE NOTRE DÉPARTEMENT (SHS) SANS OUBLIER MES CAMARADES QUI M'ONT AIDÉ SANS HÉSITATION.

JE REMERCIE DU FOND DU CŒUR MA FAMILLE, MES AMIS ET TOUS CEUX QUI M'ONT SOUTENU DE PRÈS OU DE LOIN.

MERCIE À TOUTES ET À TOUS

DEDICACES

JE DÉDIE CE MODESTE TRAVAIL À MES CHERS PARENTS QUI M'ONT TANT AIDÉ ET SOUTENU TOUT AU LONG DE MON PARCOURS D'ÉTUDES.

À MON RESPECTUEUX ENCADREUR ET ENSEIGNANT MR LAOUDJ.M QUI M'A BEAUCOUP AIDÉ AVEC SON GRAND SAVOIR ET SES PRÉCIEUX CONSEILS, ET MONSIEUR BELBESSAI. R, POUR SES CONSEILS PRÉCIEUX ET POUR L'ATTENTION QU'IL M'A ACCORDÉ PENDANT LA RÉALISATION DE MON TRAVAIL.

JE DÉDIE CE TRAVAIL À TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉ DE PRÈS OU DE LOIN.

À MA FAMILLE, À MES CHÈRES ET SŒURS ET À MES CHÈRES AMIS ; B. MASSINISSA, A. AHCENE, O.TAREK, B.HALIM, Z.TAREK, Z. BILLEL, A. HAMZA , B. L'HACHEMI, B.BOUSSAD, NM. MAHFOUD, A.ZIAD , B.SAMIR, B.YANIS, A.SALAH, O.FOUAD. K. FAYÇAL

Table des Matières

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Liste des tableaux

Liste d'abréviations

Introduction générale	1
L'objectif et les raisons du choix du thème	2
La problématique	3
Chapitre I : La qualité de vie chez l'adolescent	
PARTIE 1 : La qualité de vie	6
I.1. La notion de la qualité de vie	6
I.1.1 Définir la qualité de vie	7
I.2. La qualité de vie liée à la santé	9
I.3. La santé perceptuelle du concept de qualité	9
I.4. La qualité de vie et la famille	10
I.5. Utilisation actuelle du concept de qualité de vie	11
I.6. Les principes de base du concept de qualité de vie	11
I.6.1. Des facteurs objectifs et subjectifs	11
I.6.2. Les facteurs universels et les facteurs culturels	12
I.6.3. Le pluralisme méthodologique	12
I.7. L'évolution dans le temps de l'importance des domaines de qualité de vie	13
I.8. La nature multidimensionnelle de la qualité de vie	13
I.9. Les droits des adolescents	13
I.9.1. Droit à l'éducation	13
I.9.2. Droit à la sante	13
I.9.3. Droit à la Protection contre la consommation et le trafic Des stupéfiants (Drogues)	14
I.9.4. Droit à la protection contre toutes formes d'exploitation	14
I.9.5. Droit à la protection sociale	14

SOMMAIRE

Partie 2 : L'adolescence

I.10. Notion de l'adolescence.....	15
I.10.1. Définition.....	15
I.10.2. Origine et aperçu historique du concept de l'adolescence et son évolution.....	16.
I.10.3. Les théories psychologiques qui abordent l'adolescence.....	16
I.11. Les caractéristiques du changement à l'adolescence.....	17
I.11.1. Le changement physiologique.....	18
I.11.2. Le changement psychologique.....	19
I.11.3. Le développement cognitif.....	20
I.11.4. Le développement affectif et social.....	20
I.12. Les problèmes liés à l'adolescence.....	21
I.12.1. Problèmes d'intégration, stress et dépression dans le milieu étudiantin...	21
I.12.2. Les problèmes d'addiction.....	22
I.12.3. Problèmes liés à la sexualité.....	24
I.13. Les conduites autodestructives et actes suicidaires.....	24
Conclusion.....	25

Chapitre II : La toxicomanie et l'adolescent

II.1. La toxicomanie.....	26
II.2. Les formes de toxicomanie.....	28
I.3. La dépendance.....	30
II.3.1. Les facteurs principaux.....	30
II.4. Les effets des différentes catégories de drogue.....	32
II.5. Les conséquences.....	33

SOMMAIRE

II.5.1. Sur le plan psychique.....	34
II.5.2. Sur le plan physique.....	35
II.5.3. Les relations familiales.....	35
II.5.4. La relation avec la société.....	36
II.6. Mode de prise en charge.....	38
II.6.a. L'accueil et les premières consultations.....	38
II.7. Les jeunes et la prévention.....	39
II.8. L'issue de la toxicomanie.....	39
Conclusion	40
Chapitre III : Application des entretiens et analyse des hypothèses	
Partie 1 : Partie méthodologique	
III.1.A. Présentation du lieu d'étude.....	41
III.1.B. L'échantillon de l'étude et ses caractéristiques.....	41
III.1.C. La préenquête de la recherche.....	42
• La méthode utilisée.....	42
• La technique utilisée.....	42
Conclusion	42
Partie 2 : Etude pratique et analyse des hypothèses	
III.2.1. Présentation des cas d'étude.....	44
III.2.2. Analyse générale des cas, et discussion des hypothèses.....	50
III.2.3. Discussion des hypothèses.....	51
• Première hypothèses.....	51
• Deuxième hypothèse.....	52
• Conclusion.....	52
Conclusion Générale	53

Liste des tableaux

Liste des tableaux

- **Tableau 1** : présentation des cas d'étude41

Liste des abréviations

Liste des abréviations

- **CDC:** Center for disease control and prevention
- **CIM :** Classification international des maladies
- **DSM IV :** Diagnostique et statistique des troubles mentaux
- **OFDT :** Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- **OMS :** Organisation mondiale de la santé
- **ONU :** Organisation des nations unies.
- **SRCV :** Statistique sur les ressources et conditions de vie
- **USA:** United states of America

Introduction Générale

Introduction Générale

La vie reflète tout un contexte extra- et interpersonnel, un état psychique et physique. Evaluer sa qualité, c'est évaluer l'état physique et psychologique d'une personne prise dans ses interactions avec le monde qui l'entoure (famille, travail, études, relation à soi...etc).

La qualité de vie d'un individu est un concept complexe, multidimensionnel, et subjectif dont l'évaluation est exprimée de façon optimale par l'individu lui-même.

La consommation des substances psycho-actives est une rivière turbulente dans laquelle chacun peut tomber, cette chute est un souci majeur, communautaire, croissant et actuel. La consommation touche de près ou de loin toutes les couches sociales et les catégories des deux sexes, notamment celle des adolescents, car c'est une catégorie très délicate et sensible où l'individu est exposé aux différents changements psychologiques qui traceront les bases de sa personnalité en tant qu'adulte à l'avenir, c'est donc primordial de traiter cette tranche sociale très soigneusement afin d'éviter la succombe aux différents phénomènes sociaux tel que la toxicomanie qui s'avère parmi les dangers les plus éminents qui peuvent nuire au développements psychologique et social saints d'un jeune individu en cours de se forger dans notre société.

Le travail qui se présente se focalisera sur les adolescents toxicomanes scolarisés et leur qualité de vie, cette catégorie souffre de dépendance à toute sorte de substances psycho-actives ; l'alcool, le tabac, le cannabis, l'ecstasy...etc. Ainsi sera le fil conducteur de cette investigation qui essayera de comprendre cette catégorie d'adolescents, en mettant l'accent sur la qualité de vie de ces derniers.

Pour éclairer ce qu'on va aborder avec ce travail, nous avons élaboré le plan de travail suivant :

- Une partie théorique qui se constituera de deux chapitres ; dans le premier chapitre on va aborder la qualité de vie chez les adolescents, et dans le deuxième chapitre nous aborderont la toxicomanie et les adolescents, et les différents aspects de son danger sur la catégorie sociale en question.
- Une partie pratique qui comportera le troisième chapitre qui abordera la méthodologie de recherche.
- En dernier lieu, un chapitre qui comportera nos présentations, analyses, discussions et interprétation des résultats, et enfin, une conclusion qui exposera les résultats finaux de notre recherche et une corrélation avec ce qui a été abordé dans la partie théorique du thème abordé.

L'objectif et les raisons du choix du thème

L'objectif et les raisons du choix du thème

Notre objectif avec le choix de ce thème c'est d'évaluer la qualité de vie chez les adolescents toxicomanes de notre village, et de décrire leur qualité de vie et leur degré d'addiction pour voir la nature de la prise en charge qu'il faut pour les aider à avoir une vie meilleure.

Et en ce qui concerne les raisons du choix de ce thème, nous avons bien constaté qu'il est primordial de comprendre cette catégorie de personnes qui souffrent à décrocher ce phénomène que nous estimons que c'est un problème sérieux qui a des conséquences néfastes sur eux, et aussi nous avons remarqué qu'il y'a un manque d'études et de recherches dans cette perspective, ce qui va nous donner encore plus de motivation dans nos prochaines travaux en tant que spécialistes en psychologie clinique.

La problématique

La notion de qualité de vie apparaît pour la première fois dans quelques textes à la fin des années cinquante, plus exactement dans les annales de médecine interne en 1966. Cette dernière est à la mode depuis la dernière décennie et a réussi de supplanter tout en intégrant les notions concourantes (bien être, santé, satisfaction de la vie, bonheur...etc.)

Mais il y a des conceptions différentes de la qualité de vie, soit avec le privilège des aspects objectifs comme les conditions de vie, soit avec le privilège des aspects subjectifs comme le bonheur ou la satisfaction, ou encore la satisfaction physique, santé organique ou satisfaction mentale, santé mentale. (Strenna 2011.)

La notion recouvre plusieurs dimensions, certains sont qualifiés d'objectives comme la situation matérielle, la santé physique ou l'équilibre émotionnel et l'isolement social...etc. D'autres sont plus subjectives telle la satisfaction que l'on retire de son existence. Les données longitudinales du dispositif (SRCV) permettent de quantifier les concepts liés au bien-être et d'appréhender dans la durée comment s'articulent entre elles les différentes dimensions de qualité de vie.

Celles qui sont jugé les plus importantes par les gens sont la faiblesse des liens sociaux, devant la santé et les risques psychosocial.

Le terme qualité de vie est un concept vaste, chaque individu a sa propre définition, mais il est primordial de le définir et de l'expliquer avec soin. L'utilisation du concept de qualité de vie indissociable dans le contexte dans lequel il est utilisé. Spitz (1999) précise qu'il ne recouvre pas les mêmes domaines, selon les auteurs.

Dans les recherches médicales, la qualité de vie fait référence aux signes par les sociologues (Shoah, Trappe, Lichen, 1994) alors que lorsqu'elle est étudiée par les sociologues et psychologues, la qualité de vie reste souvent liée à la santé mais explore également le niveau de stress, les motivations, la satisfaction des objectifs de la vie et la qualité des relations familiales et sociales. (Rizzo et spitz 2002).

Selon l'organisation mondiale de la santé (O.M.S), la qualité de vie est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

De ce fait, la qualité de vie est liée à la santé différencie les déterminants de qualité de vie tels à la santé, des autres déterminants de la qualité de vie tels que le revenu, les conditions de vie, la sécurité de l'emploi. (Rizzo et spitz 2002).

Il y a deux aspects de qualité de vie qui se côtoient, la qualité de vie objective, et subjective :

Problématique et hypothèse

Le premier aspect fait référence à ce qu'est quantifiable à travers l'utilisation de tests psychométriques, et renvoie aux évaluations mesurant le nombre ou l'intensité d'expériences observables dans la vie d'un individu.

Jenkins(1992) souligne que les mesures de qualité de vie ne doivent pas être confondues avec niveaux d'aspirations ou de désir personnel, elle se réfère plus clairement et plus fondamentalement à la situation actuelle réelle des individus : physique, sociale et psychologique (fonctionnement physique, condition de logement, soutien social, situation financière...etc.)

Cet aspect objectif de qualité de vie objective était surtout évalué par le personnel soignant dans les hôpitaux et passait par une hétéro évaluation (Rizzo et Spitz, 2002).

Millat (1996) appréhende la qualité de vie subjective propre à l'histoire de la personne interrogée, comme un phénomène de perception divisé en trois axes : la perception subjective par l'individu de son état physique (fonctionnement organique), émotionnel (état mental, psychique) et social (aptitude à engager des relations avec autrui après avoir pris en considération les effets de la maladie (symptômes) et de son traitement (séquelles, handicap).

Cet aspect subjectif de la qualité de vie ne peut être approché que par le sujet car elle touche à son histoire, sa propre individualité.

La qualité de vie dans les recherches les plus récentes ne se conçoit plus sans référence à la subjectivité, elle est donc intra sujets, évaluée par ces derniers grâce à des auto-évaluations. Pédielli quant à lui, développe deux niveaux de subjectivité, le premier intégrant la satisfaction, les émotions, le jugement et l'appréciation personnelle, tandis que le second niveau s'intéresse à l'impact de la subjectivité sur l'évaluation de la qualité de vie (Pédielli et All 1995).

Le concept alors renvoie à de multiples dimensions, tant objectives que subjectives : l'état de santé physique de la personne, ses capacités fonctionnelles, ses sensations de bien-être physique, son état de santé psychologique, son statut social et son environnement.

La qualité de vie chez les adolescents, et un concept qu'on doit définir et expliquer, notamment la qualité de vie et la santé au milieu scolaire et leurs droits et devoirs, et connaître les relations entre les adolescents et les professeurs.

Les adolescents toxicomanes risquent toujours d'avoir une qualité de vie difficile à celle des autres, ils sont toujours victimes de changement dans leurs comportements, des bouleversements et des conduites inattendues. De ce fait, la toxicomanie est une consommation régulière et excessive de substances toxiques sans prescription thérapeutique créant une accoutumance et un état de dépendance physique ou psychique.

La définition stricte de la toxicomanie selon l'OMS, est la suivante :

Problématique et hypothèse

« Une envie irréprensible de consommer le produit, une tendance à augmenter les doses, une dépendance psychologique et parfois physique, des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques).

Selon l’OMS, la définition semble plus adéquate, en effet « après avoir tenté, dans les années 1950, de définir la toxicomanie, l’OMS recommandait en 1994 l’abandon de ce concept peu opérant et le remplacer par la notion de dépendance »

La toxicomanie a été définie par le comité d’experts de l’ONU en 1957 de façon suivante :

« La toxicomanie est un état d’intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d’une drogue (naturelle ou synthétique).

Ses caractéristiques sont : un invincible désir ou un besoin, obligation de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens, une tendance à augmenter les doses, une dépendance d’ordre psychique et généralement physique à l’égard des effets de la drogue, des effets nuisibles à l’individu et à la société.

L’OFDT dans son rapport annuel en 1996 : entre l’usage de la drogue et la toxicomanie, il existe toute une série de conduites ou de modalités d’usage : usage occasionnel ou régulier, abus ponctuels ou répétitifs, dépendance...etc.

Ces nuances sont souvent réduites au seul mot toxicomanie, augmentant la confusion sur la perception que l’on a eu du phénomène.

C’est la raison pour laquelle les estimations de l’extension en toxicomanies sont déférentes considérablement en fonction de la définition adoptée.

Ainsi selon que l’on considère la dépendance ou le simple usage le nombre de toxicomanes varies d’Un à dix. (Didier Pol 2002).

Pour notre part on a constaté que les adolescents tombent souvent dans le piège des addictions, ils mettent leur vie en difficultés, même leurs études vouent généralement à l’échec, et leurs réussites dépendent d’une bonne volonté à améliorer leur qualité de vie.

Alors, d’après tous ce qu’on a cité d’avance et tous ce qu’on a évoqué on s’interroge quelles sont les conséquences et les effets de la toxicomanie sur la qualité de vie des adolescents ?

Hypothèse

« On suppose que la toxicomanie est la cause de la dégradation de la qualité de vie chez ces adolescents »

La toxicomanie serait peut-être la cause principale derrière le recul des capacités mentales et physiques des adolescents,

Elle peut aussi conduire l’adolescent à l’échec scolaire et la baisse de son niveau d’instruction.

Partie Théorique

*Chapitre I : La Qualité de Vie
Chez L'adolescent*

PARTIE 1 : La qualité de vie

PRÉAMBULE :

La qualité de vie est un concept très vaste qui peut être défini par de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien des nouvelles relations, comme les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé.

Il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologique liés à la santé, sociale et environnementale, économique, politiques...etc. (Rizzo et Spitz, 2002).

La qualité de vie recouvre plusieurs dimensions. Certaines sont qualifiées d'objectives, comme la situation matérielle, la santé physique ou l'équilibre émotionnel, ou l'isolement social, d'autres sont plus subjectives, telle la satisfaction que l'on retire de son existence.

Les données longitudinales du dispositif SRCV, permettent de quantifier les concepts liés au bien-être et d'appréhender dans la durée comment s'articulent entre elles les différentes dimensions de la qualité de la vie. Celles qui sont jugées les plus importantes par les gens sont la faiblesse des liens sociaux, devant la santé et les risque psychosociaux.

La qualité de vie est un concept clé dans diverses disciplines notamment en politique, en économie, en sociologie, En géographie et plus récemment en psychologie (Bonardi et All, 2002).

Tout au long de ce chapitre nous allons préciser le concept de vie et aussi en va baser sur la qualité de vie chez les adolescents. Et pour cela, il est nécessaire de définir et d'expliquer les deux notions.

I.1. La notion de la qualité de vie

Certains théologiens réfutent la notion de qualité de vie de manière radicale car ils la jugent contraire au caractère de la vie.

L'Eglise Catholique considère que la vie est une qualité essentielle qui distingue toute créature humaine du fait qu'elle est créée à l'image et à la ressemblance du créateur lui-même.

Ce niveau de dignité et de qualité constitutif de l'être humaine, demeure à chaque moment de la vie, depuis le premier instant de la conception jusqu'à la fin naturelle, et se réalise pleinement dans la dimension de la vie éternelle ». Pour ces raisons, la notion même de qualité de vie est rejetée par l'Eglise Catholique au profit de la notion imprécise « conditions de santé ».

La notion de qualité de vie semble en revanche bien admise par la communauté scientifique, notamment en raison de ses nombreuses applications pratique.

Par exemple, des revues scientifiques lui sont entièrement consacrées comme *Health and Outcomes*, *Qualité of Life Resarci...* Les interrogations méthodologiques et éthiques sont plutôt soulevées par les modalités de la qualité de vie. La définition même de la qualité de vie fait encore l'objet d'un débat animé.

I.1.1. Définir la qualité de vie

➤ Définition générale de la qualité de vie

La qualité de vie est un terme qui utilisé depuis plusieurs décennies mais qui n'est devenu un véritable concept que dans les 20 dernières années.

C'est une notion très complexe englobant beaucoup de facteurs hétéroclites, d'où la difficulté actuelle de lui donner une définition satisfaisante permettant d'élaborer une échelle de dotation valide. On retrouve, en effet dans la littérature plus de 100 définition et modèles différent et de par sa jeunesse, concept est encore peu véritable (Schlick, & Verdage, 2002).

Certains spécialistes de la qualité de vie tels que Schlick ou Cumins préfèrent omettre pour l'instant la question de la définition qu'ils jugent encore beaucoup trop épineuse et concentrent leurs recherches sur les éléments constituant la qualité de vie. (Schlick, 2003 ; Cumins 1997).

➤ La définition de l'OMS

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est «un état complet de bien-être physique, mental et social. Il ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.» Pour certains, c'est bien l'ensemble de ces aspects que les indicateurs de qualité de vie sont censés mesurer. Cette mesure dépend donc de l'ensemble des conditions qui rendent la vie agréable et confortable : la qualité de l'environnement naturel, le logement, les ressources matérielles, les relations sociales, la famille, le niveau d'études, l'état de santé.

L'indice de développement humain correspond en ce sens à une mesure de la qualité de vie. Il n'est pas mesuré à l'échelle de l'individu mais de populations et est utilisé comme indicateur géopolitique. Il ne correspond donc pas à une mesure de la qualité de vie utilisable dans le domaine de la santé.

L'OMS définit la qualité de la vie comme «la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » Le questionnaire WHO-QOL émanant de l'OMS, a pour objectif de réaliser cette mesure.

Selon l'organisation mondiale de santé, la qualité de vie est définie comme. «la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ses croyances personnelle et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Selon le centre for Disease Control and prévention (CDC, 2000), la qualité de vie liée à la santé est un concept multidimensionnel développé depuis les années 1980, intégrant les différents aspects évaluables de la vie pouvant affecter la santé physique et mentale. Elle comprend les perceptions de la santé physique et mentale et ses corollaires, dont les risques et les cou morbidités, le statut fonctionnel, le support social et les conditions socio-économiques (HAS 2013).

I.2. La qualité de vie liée à la santé

En rupture avec la définition de l'OMS, des équipes comme le « Heath Relate Qualité OF LIFE » Méthode group11, proposent de restreindre la mesure de la qualité de vie à sa part pouvant être influencée par l'état de santé. On s'intéresse ici à la mobilité, et à la possibilité de rencontres des amis, la douleur, l'anxiété... Le problème majeur rencontré par ces équipes, réside dans le fait que les réponses ne sont pratiquement influencées uniquement par l'état de santé. Par exemple, le patient peut souffrir d'anxiété et d'insomnies pour de multiples raisons pouvant être étrangères à sa maladie.

La pratique courante consiste à utiliser des questionnaires basés sur des questions ayant un lien avec l'état de santé mais sans prétendre mesurer uniquement la qualité de vie liée à la santé.

I.3. La santé perceptuelle du concept de qualité

Classiquement, on différencie la qualité de vie objective, mesurable par un tiers, et la qualité de vie subjective, uniquement évaluable par le patient. Longtemps, seules les mesures de qualité de vie objective ont été utilisées dans le cadre des études cliniques car elles posent moins de problèmes méthodologiques. On peut remarquer que cette position est très réductrice par rapport à celle de l'OMS. Elle correspond en fait à une évaluation de l'état clinique du patient. L'échelle de Panofsky correspond à une forme de mesure de qualité de vie objective. Elle a été publiée en 1949 mais est encore utilisée en pratique clinique.

Ces échelles de mesure de la qualité objective sont simples d'utilisation et pertinentes d'un point de vue clinique.

Toutes fois, elles peuvent manquer de sensibilité pour être utilisées comme critère d'efficacité dans une étude clinique. De plus, il a été montré que la corrélation entre la mesure réalisée par les patients est faible.¹² En définitive, elles se distinguent mal des critères cliniques classiques de morbidité et de mortalité (J. SAMIER).

I.4. La qualité de vie et la famille

La qualité de vie, est un concept en plein développement que l'on retrouve présent dans différents domaines de la société tels que les médias, la politique et la médecine mais aussi dans plusieurs disciplines scientifiques dont l'économie, la philosophie et la psychologie. Elle se définit par un ensemble de mesures des conditions sociales, économiques et environnementales de l'existence.

Ce concept a vu le jour au début des années 60 et va avoir trois voies de développement parallèles qui aboutiront à un concept unifié de qualité de vie individuelle (Chorten 1998).

Le premier concept qui vit le jour fut nommé la ; qualité de vie environnementale'' et se basait sur des données objectivables tels que les indicateurs sociaux. Il émergera dans le domaine de la politique et de l'économie afin d'évaluer l'état de santé socio-économique d'une ville, d'un pays.

Le deuxième concept élaboré fut ; la qualité de vie reliée à la santé, Il sera développé dans le champ de la médecine et évoluera en même temps que la notion de santé. C concept tiendra au début seulement Compte de critères, objectivables tels que les capacités physiques de la personne et intégrera petit à petit des notions plus subjectives telles que, par exemple, la notion de souffrance.

Cependant de nombreux aspects subjectifs de la vie ne sont pas à ce stade, encore pris en compte. C'est dans le champ de psychologie à partir des années 80 que naîtra la notion de ; qualité de vie subjective, et plus tard le concept de qualité de vie individuelle.

Nous allons donc aborder dans ce chapitre ce qui définit le concept de qualité de vie de l'individu mais aussi de la famille, leurs domaines et indicateurs et enfin les données sur la qualité de vie des parents donc les enfants une déficience intellectuelle.

I.5. Utilisation actuelle du concept de qualité de vie

Actuellement, la notion de qualité de vie est utilisée en tant que :

- 1- Notion de sensibilisation qui nous donne un sens de référence et de guidance de la perspective de l'individu, se centrant sur la personne et sur son environnement.
- 2- Thème unifié qui fournit un langage commun et un cadre systématique pour appliquer les principes et concepts de qualité de vie.
- 3- Constructif social qui est utilisé comme un principe de dépassement pour augmenter le bien-être de l'individu et pour collaborer les changements au niveau communautaire et social. (Schlick et All 2004).

Cependant Verdage collaborateurs (2005) font état d'une évolution dans l'utilisation de concept de qualité de vie dans le cadre de la déficience intellectuelle et montrent que ce concept est de plus en plus utilisé en tant que cadre conceptuel pour l'évaluation de résultats de qualité, constructif social qui guide les stratégies visant à augmenter la qualité et enfin en tant que critère visant à évaluer la qualité de telles stratégies (Schlick, et all 2004).

I.6. Les principes de base du concept de qualité de vie :

Depuis un peu plus de 10 ans le champ de la recherche concernant la qualité de vie de l'individu porteur de handicap ainsi que celle de sa famille s'est beaucoup développée ces années intensives ont permis de préciser certaines règles de base dans le concept de qualité de vie. Il est cependant important de ne pas oublier que définir et conceptualiser la qualité de vie a été et est encore un procédé complexe qui présente de nombreux aspects technique et philosophique.

Le travail en partenariat de nombreux chercheurs tels que Cummings, Schlick, Brown, Trumbull, Code a permis d'aboutir à 5 propriétés essentielles de la qualité de vie.

I.6.1. Des facteurs objectifs et subjectifs

La qualité de vie est constituée à la fois de facteurs objectifs (c'est-à-dire quantifiables et basés sur des indicateurs sociaux, l'environnement, les conditions externes) et de facteurs subjectifs (qualitatifs, basés sur des données personnelles telles que le bien-être psychologique et la satisfaction personnelle).

Cependant la nature et la complexité du lien qui unit ces indicateurs n'est pas encore clairement défini (Edgartown & Gode, 1997). La notion d'indicateurs subjectifs reste encore difficile à mesurer (Hatton, 1998, Edgartown ; 1996). De plus, suivant les modèles, la dimension objective ou la dimension subjective manquent dans les résultats centraux de nombreuses études (Schlick, 2002).

I.6.2. Les facteurs universels et les facteurs culturels

Il est important de tenir compte que la qualité de vie possède des facteurs universels dit « étique » ainsi des facteurs culturels dit « émis » (c'est-à-dire propres à une culture). Une étude interculturelle réalisée par Schlick en 2005 sur la qualité de vie de personnes présentant une déficience intellectuelle entre cinq groupes géographiques (Espagne, Amérique centrale et du sud, Canada, Chine et USA), valide ces caractéristiques du concept de qualité de vie. Jivaro en 2005 va aussi effectuer une étude interculturelle, il a évalué la qualité de vie de 781 personnes ayant un retard mental avec « le Cross Cultural Survey of quality of life » entre quatre pays (France, Belgique, Italie, et Pologne) et va valider qu'il y a des profils similaires de réponses.

I.6.3. Le pluralisme méthodologique

La troisième propriété est le pluralisme méthodologique. Schlick (2004) suggère de tenir compte du fait que les personnes vivent dans un certain nombre de systèmes qui vont influencer le développement de leurs valeurs, croyances et attitudes. Il va donc partir de 3 niveaux de système afin de mesurer les domaines de la qualité de vie ainsi que leurs indicateurs.

Le micro système représente le cadre social immédiat de la personne qui affecte directement sa vie tel que la famille, la maison, les pairs. Le méso système comprend le voisinage, la communauté, les agences de service et d'organisation qui affectent directement le fonctionnement du micro système.

Et enfin, la macro système représente le modèle universel de culture, tendance sociopolitique, le système économique et les facteurs sociologiques qui affectent directement les valeurs, position et signification des mots et de concept.

Ce pluralisme méthodologique est la stratégie actuelle la plus acceptée dans les champs de la qualité de la vie (Verdugo et All 2005 ; Cumins, 2005).

I.7. L'évolution dans le temps de l'importance des domaines de qualité de vie

La quatrième propriété est l'inconstance de l'importance des domaines de qualité de vie. En effet, la qualité de vie d'une personne évolue tout au long de sa vie en même temps que l'évolution de son mode de valeurs et de ses priorités du moment. Tous les domaines de qualité de vie ne seront donc pas investis de la même manière ni avec la même intensité par la même personne à tous les stades de sa vie.

I.8. La nature multidimensionnelle de la qualité de vie

Enfin la qualité de vie est multidimensionnelle est influencée par plusieurs facteurs. Nous allons dans le paragraphe qui suit évoquer ses domaines dans le cadre de l'individu et dans le cadre de la famille (Dickens. 2003).

I.9. Les droits des adolescents

Dans toutes les décisions qui concernent les enfants de même pour les adolescents, les mesures législatives et administratives prises par les états parties doivent accorder une considération primordiale à leur intérêt supérieur. Parmi ces droits garantis par les législations de toute nation souveraines, on y trouve :

I.9.1. Droit à l'éducation

Selon la législation Algérienne, tout enfant ou adolescent, a le droit à une éducation et à l'enseignement sur la base de l'égalité des chances pour recevoir une éducation gratuite. (Code de la Famille Algérien. art. 28 et 29)

I.9.2. Droit à la sante

La convention des droits de l'enfant et des mineurs stipule que les états parties assurent l'accès aux services médicaux à l'ensemble de toute cette catégorie, en mettant l'accent sur la prévention, l'éducation sanitaire et la réduction de la mortalité, et encouragent la coopération internationale en vue de prendre particulièrement en considération les besoins

des pays en développement. De même que la personne placée par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection, un traitement physique ou mental, bénéficie du droit à un examen périodique. (Code de la Famille Algérien. art. 24.)

I.9.3. Droit à la Protection contre la consommation et le trafic Des stupéfiants (Drogues)

Les Etats Parties prennent toutes les mesures législatives, sociales et éducatives pour protéger les mineurs contre l'usage illicite, la production, le trafic de stupéfiants ou de substances psychotropes. (Code de la Famille Algérien. art. 33).

I.9.4. Droit à la protection contre toutes formes d'exploitation

- **Droit à la Protection contre la Maltraitance : Violence sexuelle**

Les Etats parties prennent toutes les mesures tendant à protéger les mineurs contre les brutalités physiques, mentales, la négligence, la violence sexuelle, les abandons et l'exploitation. (Code de la Famille Algérien. art. 19 et 34)

- **Droit à la Protection contre l'exploitation économique**

Les Etats parties protègent toute personne mineure contre l'exploitation économique et tout travail susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. (Code de la Famille Algérien. art 32)

I.9.5. Droit à la protection sociale

Droit à la sécurité sociale Tout mineur à le droit de bénéficier du système de sécurité sociale. Les prestations y afférentes doivent lui être accordées en fonction des ressources et de sa situation et des personnes responsables de son entretien. Les Etats parties adoptent dans la limite de leurs moyens les mesures appropriées pour aider les parents et autres personnes ayant la charge d'enfant ou adolescent. (Code de la Famille Algérien. art. 26 et 27).

Partie 2 : L'adolescence

I.10. Notion de l'adolescence

PRÉAMBULE :

Le processus de transition qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte a connu un retard au cours de ces dernières décennies, en effet les conceptions théoriques liées à l'adolescence ont évolué et changé profondément.

I.10.1. Définition :

L'adolescence correspond à l'âge compris entre la puberté et l'âge adulte. Il s'agit d'une période de la vie qui s'échelonne généralement de 11-12 à 17-18 ans. L'adolescence serait donc la période de l'épanouissement de l'enfant qui se transforme en un adulte, qu'il devienne acteur responsable de son parcours personnel et civique.

Selon le dictionnaire de la psychologie, l'adolescence est une époque de la vie qui se situe entre l'enfance, qu'elle continue, et l'âge adulte. Il s'agit d'une « période ingrate », marquée par les transformations corporelles et psychologique, qui débute vers 12 ou 13 ans et se termine entre 18 et 20 ans. Ces limites sont imprécises, car l'apparition et la durée de l'adolescence varient selon le sexe, les races, les conditions géographiques et les lieux socio-économiques (Sillamy 2003).

L'adolescence est une période captivante : l'enfant qui peut devenir l'adulte qui ose (Zazzo, 1974), une période créatrice, ne serait-ce que dans le domaine des sentiments : l'affectivité étant plus intérieure, plus intense, plus passionnée. Etant un moment privilégié de l'éveil affectif, l'adolescence est aussi une confrontation avec la société. L'adolescent sorti de cocon familial jette un nouveau regard sur le monde.

Envisagée comme moment de rupture entre l'enfance et l'âge adulte dans un point de vue culturelle, Marcelli et Braconnier (1999) l'interprète comme un passage entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescent n'est plus un enfant ; il n'est pas un adulte. Il vit une période transitoire caractérisée (Coslin 2002).

Enfin, l'adolescence est jugée comme une période de destruction génératrice de crises, de conflits qui, en même temps qu'elle est nécessaire pour se construire. Pose des problèmes au futur adulte qui se construisent. Ces différentes crises témoignent à l'évidence un fait indéniable : l'adolescence est un phénomène mutable revêtant des caractéristiques particulières et spécifiques à chaque période de temps : et c'est dans ce contexte que l'adolescent doit à la fois acquérir le sent de son identité personnelle, imposer aux autres sa propre originalité et s'interroger au sein de son environnement (Marcelli et braconnier, 1999).

I.10.2. Origine et aperçu historique du concept de l'adolescence et son évolution :

L'apparition du concept adolescence remonte à l'antiquité. En latin il réfère au verbe *adolescere* qui signifié grandir vers. Les grecs se sont intéressés au passage de l'enfant à l'âge adulte, Platon le considérait comme un moment ou l'être humain accède à la raison, mais aussi l'époque des passions et turbulences. A l'époque romaine se terme ne désigne aucune catégorie d'âge, la citoyenneté été attribué à l'âge de 17 ans, une fille pouvait se marier à la puberté et douvain en suite épouse donc une femme responsable.

L'adolescence ne sourit pas vue comme un sujet de recherche qu'à la fin de 19em siècle, les leurs travaux en eu lieu aux USA avec S. Hall (1909) ; et c'est à partir de là que l'adolescence prend place dans les sociétés occidentales, pour désigner un jeune étudie, avec la généralisation de la scolarisation au 20em siècle l'adolescence évolue et douvain une phase importante du développement humain. (S. Hall 1909).

I.10.3. Les théories psychologiques qui abordent l'adolescence :

Dis l'apparition de la notion de l'adolescence, elle a préoccupé la communauté scientifique plus particulièrement psychologique. Nombreux sont les travaux qui en pris l'adolescence comme sujet d'étude, parmi les chercheuses qui se sont intéressées à ce sujet et a réalisé des théories sur cette notion on retrouve S. Freud, J. Piaget, S. Hall, Wallon et bien d'autre...

➤ Selon l'approche psychanalytique :

La période de la puberté était vue par Freud comme un bouleversement de l'investissement pulsionnel et la reprise de développement psychique, la réapparition de complexe d'Œdipe qui s'avère non résolue ; malgré que Freud voit dans cette phase un état de déséquilibre, mais elle permet d'investir l'énergie psychique vers des relations hétérosexuelles

dans la recherche d'un objet d'amour originale. Mais l'accès à la vie sexuelle adulte est long et conflictuel, il peut y avoir répression des désirs sexuels avec régression (Tourrette. C et Guitti. M, 2002), il est bien vu que l'approche psychanalytique se base sur le côté pulsionnel et néglige les autres aspects.

➤ **Selon l'approche développementale :**

Cette approche à joué un rôle dans l'éclaircissement de la période de l'adolescence, grâce à sa contribution. Et ces travaux sur le développement de l'être humain. Parmi ses fondateurs : J. Piaget, S. Hall, etc.

J. Piaget voit l'adolescence comme l'âge des pensées opératoire formelle, c'est la dernière étape du développement cognitif, c'est l'étape où la personne accède à une certaine liberté de réflexion. On accorde de l'importance aux mondes de fonctionnement logique.

S. Hall parle d'une période d'agitation, l'adolescent est en période de l'intense conflit interne, il est tourmenté, déchiré et révolté par des sentiments exacerbés, son humeur est exaltée (Helen. B et all. 2002). Il doit imposer d'une part ses forces organiques et les exigences de la vie sociale, et d'une autre part affronter ses besoins pulsionnels augmentés par la maturation pubertaire.

➤ **Selon l'approche socioaffective :**

L'adolescence est vue comme un stade de personnalisme, l'adolescent doit combiner ses besoins personnels du moi et les importer sur l'intérêt pour le monde extérieur, il sort de la cellule familiale et participe à des groupes sociaux. C'est pourquoi Wollon dit qu'à ce moment, la personnalité devient polyvalente et autonome (C. Tourrette, M, Guigetti, 2010).

I.11. Les caractéristiques du changement à l'adolescence :

La période de l'adolescence est marquée par de multiples changements observables sur tous les côtés, qui permettent de suivre la transition de l'enfance à l'âge adulte.

I.11.1. Le changement physiologique :

C'est les premiers signes qui se font remarqué, un changement hormonal et morphologique qui se lance à partir de la puberté touche les deux sexes, par exception de deux ans d'avance chez les filles que chez les garçons (Larousse Médical. Ed 2012)

➤ **Les modifications hormonales :**

Les transformations physiques sont la conséquence de modifications hormonales importantes, les différentes hormones produites ont des incidences directes sur le rythme de croissance et le développement des organes génitaux.

- **Chez les filles :**

Les hormones FSH (hormones folliculostimuline) et LH (hormones lutéinisantes), se produisent soudainement entraînent chez les ovaires. La production de deux hormones féminines « l'estrogène et la progestérone », qui à leurs tours permettent de produire les ovules une fois par mois de la puberté jusqu'à la ménopause.

- **Chez les garçons :**

La sécrétion des deux hormones FSH (hormones folliculostimuline) et le LH (hormones lutéinisantes) par le système hypothalamus hypophysaire, tous les deux agissent sur les testicules qui produiront le sperme.

➤ **Les modifications morphologiques :**

Les modifications touchent aussi le corps, chaque un des deux sexes subit un changement spécifique à l'autre.

- **Chez les filles :**

Le forte poussé de croissance staturo-pondérale (taille et poids) dès les 10 ans en générale, permet le développement des poitrines en premiers lieux, puis l'accroissement de la taille et l'élargissement du bassin.

- Chez les garçons :

Le développement du corps chez les garçons commence deux ans plus tard que chez les filles, l'accroissement de la taille et l'élargissement des épaules au lieu du bassin chez les filles, le développement s'achève à l'âge de 18 à 20 ans.

Ce changement dans naissance à nouveau de corps soi chez les filles au les garçons, le développement hormonal et morphologique assure l'accès à la sexualité et aboutir une nouvelle image de soi.

I.11.2. Le changement psychologique :

Avec les changements complexes et rapides à lesquelles l'adolescent et soumis, la structure psychologique de ce dernier subie des changements elle aussi. D'un côté il épuise de son environnement son besoin de dépendance à autrui, d'un autre coté il essaye se différencier des autres et prouver son autonomie. Cette période décrite comme le stade des grands changements qui lui permise d'atteindre l'âge adulte.

• La sexualité :

La modification physiologique sur le plan hormonal provoque un besoin sexuel qui nécessite une satisfaction, Freud dit qu'avec le commencement de la puberté apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle à sa forme définitive et normale. La pulsion sexuelle était jusqu'ici essentiellement autoérotique ; elle va maintenant découvrir l'objet sexuel. Elle provenait de pulsions partielles et de zone érogène qui, indépendamment les unes des autres, donné, à la réalisation recherchaient comme unique but de la sexualité un certain plaisir. Maintenant, un but sexuel nouveau est donné, à la réalisation duquel toutes les pulsions partielles coopèrent, tandis que les zones érogènes se subordonnent au primat de la zone génitale. (S. Freud, 1962).

Ce besoin naturel devient plus complexe avec la repressions des tabous sociaux qui empêche leurs réalisations.

- **L'image de corps :**

Elle est établie à petit au cours des dernières années, mais la rapidité des modifications somatique oblige l'adolescent à modifier l'image qu'il s'était fait de son corps en intégrant de nouvelles caractéristiques. Bien qu'il est conscient de ce changement, l'adolescent subit un bouleversement comme il n'arrive plus à reconnaître son corps ; les différentes parties de corps ne se développent pas en dysharmonies, qui sont perçues par l'adolescent comme un problème ; engendrent parfois des perturbations affectives plus ou moins durables, comme il n'est pas rare que la dévalorisation de l'image physique de soi diffuse à d'autres domaines et altère l'estime de soi de l'individu.

I.11.3. Le développement cognitif :

Le processus de changement touche profondément la structure cognitive à l'âge d'adolescence. J. PIAGET les décrits comme le stade des pensées opérationnelle et formelle, dans le quelle l'adolescent arrive à la dernière étape de son développement cognitive. À ce stade l'adolescent attend la capacité de formuler et de raisonner à partir des hypothèses, un mode de pensés hypothético-déductive, c'est-à-dire qu'il va émettre des hypothèses raisonner sue ces hypothèses et construire des plans d'expérience pour les vérifier. Il fait l'inventaire de tous les possibles et le réel qui était le seul possible envisageable, n'est plus envisagé que comme un cas particulier de tous les possibles, avec la combinaison des expériences passer et les hypothèses formuler à l'aide de la logique et le jugement rationnel.

L'égoцентризм de l'adolescent se corrige lorsque sa capacité de réflexion lui permet de comprendre que ses fonctions intellectuelles propres ne visent pas à contredire l'expérience, mais à l'interpréter et la devancer. En fait, c'est grâce à l'expérience que les pensées formelles peuvent se réconcilier avec le réel de la vie. (Bourcet et All, 2003).

I.11.4. Le développement affectif et social :

Suite aux modifications dans le schéma corporel qui consiste un point de départ de la crise pubertaire et provoquent un sentiment de changement. L'adolescent se retrouve dans une situation polyvalente entre l'indépendance et l'autonomie comme le décrivent Wallon, avec l'évènement de la pensée catégorielle, les possibilités de différenciations et d'intégration, il s'interroge sur la raison d'être des personnes, de lui-même et du monde.

Afin d'arrivé à construire une identité et de se marqué, l'adolescent s'appuie sue ses rapports avec l'adulte en s'opposent à lui, car en s'opposent, l'adolescent prend appui sur l'adulte auquel il s'oppose sans avoir à prendre conscience de cet appui et en ménageant son narcissisme et son autonomie par l'affirmation de sa différence (P. Jeammet, 1994), et épuise de son environnement ses principes, ses valeurs qui douvains les piliers qui affirment sa personnalité.

Après avoir fini par se positionner, il devient capable de lui une image satisfaisante. Il atteint ainsi un équilibre qui lui permettra d'effectuer des relations et des liens solides avec autrui (dans le milieu familial et le groupe social) tout en se différencient d'eux (P. Jeammet, 1994).

I.12. Les problèmes liés à l'adolescence :

Perturbé par les différents changements qu'il est en train de subir, l'adolescent se trouve confronter à plusieurs conflits qui touche différent aspect de sa vie, on peut distinguer certain d'entre aux comme la toxicomanie, problème lié à la sexualité et la conduite autodestructive.

I.12.1. Problèmes d'intégration, stress et dépression dans le milieu estudiantin

L'échec scolaire semble s'exacerber au moment de l'adolescence, qualifiée de période de conflit par excellence. En effet, l'élève, fraîchement débarqué dans le milieu scolaire, rencontrera un certain nombre de problèmes d'ordre psychologique, économique et social. De nos jours, les jeunes lycéens ont tendance à réclamer davantage l'assistance et l'encadrement psychologique par rapport au passé. Ils éprouvent le besoin d'être écoutés et aidés à résoudre leurs problèmes. Cette tendance augmente progressivement en fonction du rythme scolaire.

Les problèmes rencontrés au début de l'année diffèrent de ceux du courant de l'année ou de sa fin. Au début de l'année, le problème posé est celui de l'intégration dans le milieu scolaire à cause des différences d'habitude, de caractères, de tempéraments, d'intérêts et d'opinions.

Au niveau comportemental, il y a ceux qui sont renfermés, isolés, dépressifs et ceux qui sont ouverts (ou excessivement ouverts, voire libertins) si bien qu'ils se démarquent presque entièrement des valeurs morales et des mœurs établis (ex. concubinage, tabagisme et alcoolisme, autorité à outrance exercée sur autrui et cela va même jusqu'à supplier ou forcer les autres à entretenir des liens et à communiquer avec eux, etc.).

Parmi les problèmes les plus importants que rencontre le jeune adolescent au cours de l'année scolaire, on peut citer le stress et l'anxiété à l'approche des examens avec apparition des problèmes affectifs et amoureux engendrant ainsi des crises difficilement contrôlables et dont l'âpreté diffère d'une personne à l'autre.

A la fin de l'année scolaire, le type de problème rencontré est celui du stress psychologique résultant de la peur de l'échec aux examens, qui ne cesse de prendre de l'ampleur (surtout pour les étudiants qu'on qualifie de circonstanciels) pouvant aboutir à la dépression.

En outre, cette fragilité et cette tendance à basculer vers l'échec scolaire est très liée aux aspirations qui ne cessent d'augmenter et aux projets d'avenir qu'on ne peut réaliser à l'instant. Les conséquences d'un échec seront transposées et diffusées à l'ensemble de la personnalité de l'adolescent (déprime et dépression).

I.12.2. Les problèmes d'addiction

L'addiction se définit selon plusieurs degrés : l'expérimentation qui consiste en au moins un usage au cours de la vie, l'usage régulier marqué par au moins dix usages dans les 30 jours précédant l'enquête et l'usage quotidien consistant en au moins un usage quotidien dans les 30 derniers jours.

L'addiction commence par l'expérimentation, phénomène habituel de la mi-adolescence. Les données épidémiologiques de l'étude HSBS 2010, montrent une augmentation nette des consommations dans la population préadolescente en France, avec une forte corrélation entre la précocité des premières consommations et la survenue ultérieure de syndrome de polyaddiction. Ainsi, 30 % des collégiens ont essayé le tabac et, en 3, 16 % fument déjà quotidiennement. L'alcool reste le produit psychoactif le plus souvent expérimenté (70 % des

collégiens), marqué ces dernières années par l'apparition du phénomène de *binge drinking* : consommation massive d'alcool en moins de 2 h avec objectif l'ivresse aiguë. Ce phénomène est en forte augmentation depuis les années 2000. Quant au cannabis, 24 % des collégiens l'ont expérimenté en 3 L'absence de recherche systématique de la consommation au cours des consultations conduit généralement à sous-estimer sa prévalence (ainsi, 39 % des adolescents hospitalisés déclarent leur addiction contre 16 % si l'on interroge le clinicien). (Goleau et All 2012).

La toxicomanie

La toxicomanie comprend l'usage et la dépendance. Les toxiques peuvent être légaux (tabac, alcool et médicaments sur ordonnance) comme ils peuvent-être illégaux (drogues dures). On doit souligner aussi que c'est moins le produit qui fait la toxicomanie que la dépendance au produit (pour l'alcool, on parle "d'intempérance" qu'on peut diagnostiquer par le biais du **C.A.G.E.-Test** { **C** : Cut Down Drinking, **A** : Annoyance, **G** : Guilty et **E** : Eye Opener}).

D'autre part, il existe un nombre non négligeable de personnes très dignes qui sont objectivement toxicomanes à "leurs médicaments" (très souvent des somnifères). Cela étant, les toxiques "légaux" présentent une différence fondamentale avec les stupéfiants en ce sens que leur usage, même régulier, induit rarement une désinsertion sociale avec son cortège des conduites plus ou moins délictueuses. Si l'on s'intéresse aux autres facteurs de risque, notamment psychologiques, on trouve chez les adeptes des drogues dites "dures" (héroïne, cocaïne, crack etc.) une fréquence caractéristique de certains traits de personnalité :

- immaturité affective
- passivité
- dépendance
- sujet "incompris" par les parents, les enseignants, les soignants, les adultes
- sujet fonctionnant dans la revendication de la satisfaction immédiate de ce qui n'a jamais eu le temps de devenir un "désir". Ce mode de fonctionnement est parfois le résultat d'une structure familiale particulière, où la mère, par culpabilité ou pour toute autre raison, a toujours besoin d'anticiper sur la demande de son enfant.

On retrouve aussi assez fréquemment la notion "d'auto prescription" maternelle de médicaments pour un oui ou pour un non : croyance magique dans le pouvoir de substances chimiques de résoudre tous les problèmes tant physiques que psychiques. Ces traits particuliers valent surtout pour les sujets dont les conditions économiques relativement favorisées ne sauraient expliquer leur quête anxieuse et suicidaire d'un "paradis artificiel". Tous ces comportements sont pour l'adolescent un moyen de retenir l'attention de l'adulte et de provoquer sa complicité (Dictionnaire de Psychiatrie- édition Larousse 2011).

I.12.3. Problèmes liés à la sexualité :

Le changement physiologique au stade pubertaire, engendre un désir de satisfaction chez l'adolescent, par contre les lois et les valeurs de la société à laquelle il fait partie le lui empêchent sa réalisation. De sa part l'adolescent ne trouve pas le moyen de c'est opposé, il finit par sidérer.

La répression de pulsions sexuelles provoque une désorganisation de la réparation de l'énergie économique de libido, entraîne ainsi une frustration dans les fantasmes, qu'est un élément essentiel dans l'élaboration de la structure psychique de l'individu.

I.13. Les conduites autodestructives et actes suicidaires :

L'opposition des désires non réaliser et le développement de tous les aspects soi sur le plan physiologique ou psychologique avec le mode de vie environnementale, l'adolescent sombre dans la dépression et ne trouve refuge que par maitre fin à sa vie, qu'es devenu impossible. D'une part, une humeur dépressive, des perturbations concernent le sommeil, la nourriture, d'un déclin des performances scolaire. D'une autre part, un retrait graduel par rapport au groupe social accompagné de cessation de communication avec les parents et les membres importe de la famille (Pierre. G, 2002), le suicide douvain la seule issue.

Ces caractéristiques s'accordent d'avantages sur les adolescents qui ont une vie dite normale auprès de leurs familles biologiques, ce qui ouvre la parenthèse à se demander et imaginer ce qui se produits chez les individus classés comme abandonner.

Conclusion :

L'adolescence est considérée comme étant la période la plus délicate et difficile dans la croissance mentale de la personne, c'est la période dans laquelle la personne se forge et commence à tracer les repères de base de sa personnalité, c'est pour cela qu'il est primordial de faire très attention pour éviter qu'elles succombent dans les tentations que puissent se présenter devant les adolescents afin de garantir les meilleures conditions possibles pour que l'adolescent puisse avoir une meilleure qualité de vie, ce qui est très important puisque c'est la période qui tracera le restant de sa vie.

***Chapitre II : La Toxicomanie
et L'adolescent***

PREAMBULE

La toxicomanie est aujourd'hui un sujet qui suscite beaucoup de polémique. En effet, la société a une vision plutôt négative des consommateurs de drogue, Elle ne voit que le désordre que ces personnes engendrent pour la société.

Ainsi que la délinquance personnes se trouvent derrière ces images. De plus, en tant que futurs clinicien, il nous a semblé important d'élargir nos connaissances dans ce domaine, plus précisément dans celui de la qualité de vie chez les adolescents toxicomanes, et ce, afin d'être capable de mieux comprendre, à l'avenir, ces personnes-là et de les rediriger vers de tels soins.

Dans un premier temps, nous avons collecté des informations avec des entretiens qu'on a faits pour des adolescents. Nous avons très vite constaté que le terme toxicomanie regroupe une vaste gamme d'addictions comme l'alcool et le tabac. Nous avons choisi de nous concentrer plus spécifiquement sur les drogues illicites.

Dans ce mémoire nous allons commencer par un préambule donnant quelques informations théoriques sur les généralités de la qualité de vie en tant concept et la toxicomanie : sa définition, ses causes, ses effets et ses conséquences sur les adolescents.

Ensuite nous aborderons notre sujet de plus près en nous intéressant aux différentes prises en charge.

Nous continuerons par le témoignage de quelques adolescents, qui ont des personnes consomment ces substances régulièrement.

Pour finir, nous ferons part de nos impressions et de nos avis sur le sujet de la toxicomanie.

II.1. La toxicomanie

Selon l'OMS « La toxicomanie est une consommation régulière et excessive de substances toxique sans prescription thérapeutique créant une accoutumance et un état de dépendance physique ou psychique ». La définition stricte de la toxicomanie, selon l'OMS, est la suivante :

- Une envie irrésistible de consommer le produit.

CHAPITRE II : LA TOXICOMANIE ET L'ADOLESCENT

- Une tendance à augmenter les doses.
- Une dépendance psychologique et parfois physique.
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne « émotives, sociales, économique »

La définition de l'OMS semble plus adéquate. En effet, « après avoir tenté, dans les années 1950, de définir toxicomanie, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), recommandait, en 1964, l'abandon de ce concept peu opérant, pour le remplacer par la notion de “dépendance” »

Nous continuerons, toutefois à utiliser le terme de toxicomanie durant notre rapport. Pour la clarté de ce dernier.

Dans sa dixième Classification Internationale des Maladies, CIM 10 place « l'usage de drogues » dans les « facteurs de risques pour la santé ». Celui-ci est pris au même niveau que d'autres facteurs de risques pour la santé comme « le manque d'exercice physique, les relations sexuelles non protégées, les habitudes et régimes alimentaires inadéquats, etc. »

Cette classification donne la définition des concepts de « l'utilisation nocive de drogues », de « l'état d'intoxication aiguë secondaire à une prise de drogue » ainsi que de « la pharmacodépendance », le terme de pharmacodépendance étant pris comme un équivalent de celui de « toxicomanie ».

Ces trois états sont annoncés comme des « contextes » servant à spécifier des tableaux cliniques constitué de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ». Ce sont ces troubles qui sont classés par la CIM dans le registre de la « maladie » et caractérisés selon la ou les substances consommées. La toxicomanie est un usage, persistant ou épisodique, de produits toxiques licites ou non (tabac, alcool, certains médicaments psychotropes, solvants, cannabis, etc.) accompagné d'un état de dépendance pouvant entraîner des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale de l'individu et des effets sur la famille et la communauté en général (CIM10).

II.2. Les formes de toxicomanie

➤ L'alcool

Le mot alcool vient de l'arabe ou il signifie esprit subtil. Cette substance, comme stupéfiant, est connu depuis des millénaires. Dans les civilisations occidentales, il occupe la première place parmi les drogues dont le sevrage puisse entraîner la mort.

L'alcool présente un caractère social particulier. Le fait qu'il soit lié aux cultes et aux mythes, aux fêtes comme à l'alimentation quotidienne, a souvent masqué le caractère dangereux d'une utilisation exagérée ou prolongée. Pour l'individu et pour ses proches. Autant une joyeuse ébriété rapprochant des convives peut être agréable, au tant l'ivresse pathologique, accompagnée ou non de vomissements, est répugnante.

Les ivresses pathologiques apparaissent chez des individus particulièrement vulnérables ; fait curieux, elles deviennent après une longue consommation, indépendante de la qualité d'alcool absorbée. C'est le phénomène de l'imbibition. Les manifestations de ces ivresses apparentent l'alcoolique à un véritable malade mental.

L'image traditionnelle de l'homme alcoolique oscillait entre mythe de force, de virilité, de fraternité, et le discrédit d'une possible déchéance.

Les statuts sociaux n'étant pas étranger à l'une au l'autre de ces appréciations.

A l'inverse de l'alcoolisme masculin jugé avec indulgence, l'alcoolisme féminin à tout temps, fait l'objet de la plus vive réprobation. Solitaire, secret, très culpabilisé, il pouvait être ignoré de l'entourage pendant de longues années, jusqu'à l'apparition de perturbations physiologique. C'est cloisonnement d'estompent actuellement avec les modifications du statut social de la femme.

Dans la mesure où il est moins clandestin, l'alcoolisme féminin semble aujourd'hui plus fréquent et se rapproche davantage de celui des hommes.

L'alcool est parfois recherché aussi pour procurer des effets comparables à ceux d'autres drogues. Des doses massives de whisky et de produits distillés sont ainsi absorbées soit séparément comme stimulants des sensations, soit en association avec d'autres drogues

pour s'exacerber l'effet. On assiste depuis quelque temps à une importante recrudescence de l'alcoolisation des adolescents (A.Biron et All 2002).

➤ **Le tabac**

En 1979, le département américain de la santé publiait un épais volume de plus de mille pages se fondant sur 30 000 études scientifiques, au terme desquelles il concluait que le tabac devenu l'un des premiers du monde.

L'abus de tabac est une pratique partagée par un grand nombre de personnalité addictives. Sa dimension culturelle déborde largement le cadre de la psychopathologie des addictions. Ses conséquences sur le corps ne permettent pas d'ignorer ce fléau, indicateur de conduites additives dès l'adolescence, sous le masque attractif de l'identité groupale. Schématiquement, il diminue, a lui seul, de dix ans l'espérance de vie et il gâche dix autres années de vie du sujet par ses effets respiratoires et circulatoires, avec des effets sensibles sur le pouvoir d'achat (Gomez ris 2005).

➤ **Le cannabis**

Le cannabis ou chanvre est une plante originaire des contreforts de l'Himalaya. Elle fut anciennement cultivée dans province du Yunnan, en chine. Les recherches en palynologie (études des pollens) prouvent ainsi que le chanvre était utilisé plus de 8000 ans avant notre ère....

Cette plante a accompagné les migrations humaines et sa production est généralisée à l'ensemble de l'orient et de l'occident : l'antiquité grecque et romaine utilisait le chanvre, dont la culture connut un essor important au moyen-âge.

Des millénaires durant, elle a rendu à l'homme des services innombrables, avant sue l'explosion du monde industriel ne lui soit fatale et que sa production décline au point d'être devenue quasiment a anecdotique.

Cependant, aujourd'hui, une double relecture de la question s'impose : d'une part, le cannabis connaît un grain regain d'intérêt car il se prête à de nombreuses réalisations manufacturées et technologiques respectueuses de l'environnement ; d'autre part, des variétés du même cannabis posent, à la suite d'un usage abusif, des problèmes de santé publique méritant d'être pris en compte.

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé notamment chez les jeunes, des études épidémiologiques récentes permettent de suivre la fréquence et l'évolution des usages pendant l'adolescence, et de suivre également l'évolution des comportements du phénomène (Richard 2006).

I.3. La dépendance

Définition :

L'OMS définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements ».

L'addiction est un autre terme pour désigner une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, parfois acceptée, parfois totalement rejetée par son environnement social, à l'égard d'un produit psycho actif ou d'un comportement.

En 1990, GOODMAN propose une définition de l'addiction : ce serait le « 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 de son contrôle et de sa persistance en dépit des conséquences négatives. »

Une addiction devient nuisible lorsque l'individu n'arrive à trouver un équilibre par rapport aux autres obligations : sociales, familiales, vitales...je parlerai de ces addictions-là, celles qui ne laissent pas la place à d'autres investissements que la consommation de produit : c'est le cas des résidents du centre ou j'effectue mon stage ; ils sont en rupture presque totale avec la société (WOLFF 2013).

II.3.1. Les facteurs principaux

➤ Le produit

La drogue est présente dans les établissements scolaires (lycée et université) elle est même parfois fournie gratuitement dans un premier temps pour appâter le futur consommateur. Cette diffusion est presque aussi bien organisée dans les cités industrielles que dans les campagnes.

Le produit et son exposition chronique (environnement) facilite sa consommation, par exemple au lycée des mille martyres à Tazmalt ou c'est très facile de se procurer

n'importe qu'elle type de substance illicite car elle se vend en cachette dans presque tous les lycées.

Le plaisir se transforme peu à peu en contrainte. En effet, la recherche du plaisir, ou la fuite d'un déplaisir pousse l'adolescent à la consommation répétée d'une substance. Cet usage répété conduit à une accoutumance. L'euphorie du début se transforme en contrainte, l'usager à ce moment dépendant de la substance. Il ressent le manque quand il ne consomme pas.

- La dépendance : elle reflète un déséquilibre induit par une drogue dans la libération, la réponse ou la recapture des neurotransmetteurs.

La dépendance se fonde sur l'augmentation du taux de dopamine dans les régions cérébrales essentielle pour le contrôle de la motivation et du renforcement émotionnel.

La plus importante de ces régions est le système dopaminergique du mésencéphale. Les substances comme la cocaïne élèvent le niveau de dopamine dans ces régions en interférant avec la recapture de la dopamine par son transporteur, elle en augmenterait la quantité disponible pour les récepteurs. Les opioïdes, comme l'héroïne procure des sensations positives, comme un flash, souvent comparé à un orgasme sexuel. Vient ensuite un sentiment de bien-être généralisé qui dure 1 heure.

L'une des caractéristiques majeures de la dépendance est une constellation de phénomènes physiologiques et émotionnels négatifs survenant lors de l'arrêt de la drogue et que l'on regroupe sous le nom de syndrome de sevrage. Celui-ci est différent d'une drogue à l'autre, mais en générale les effets inverses de ceux que produit la drogue.

- La Dose devient croissante, ce qui est due à une tolérance accrue (quantité augmentée pour effet similaire)

(Neurosciences, Purves, Fitzpatrick, Hall, LaMantia, McNamara, Williams, De boeck, Bruxelles, 2005)

➤ La personnalité des consommateurs

L'utilisation de drogue provient généralement d'un besoin d'éliminer une frustration, un mal être intérieur ou une timidité trop prononcée. Les effets du produit permettent à l'usager d'adopter un comportement plus libre, ou alors de s'évader d'une

réalité trop dure à accepter et ainsi d'oublier ses problèmes. La faiblesse mentale joue elle aussi en faveur de la toxicomanie.

➤ **Le contexte socioculturel**

Les problèmes familiaux (parents excessifs, carence d'autorité, abus sexuels, conflits familiaux, violence, manque, abandon, perte, milieu défavorisé) peuvent fragiliser la personne. Cette dernière aura donc moins de ressources pour faire face à ses problèmes et sera ainsi prédisposée à tomber dans le milieu des drogues.

Les problèmes d'intégration (timidité, rejet) Peuvent incités quelqu'un à consommer des stupéfiants pour faciliter la prise de contact avec autres et mieux se faire apprécier.

L'environnement social (le pays, époque, la religion, la cercle d'amis) dans lequel évolue la personne énormément influencé la prise de substances. (C.Barben et All 2007)

II.4. Les effets des différentes catégories de drogue

Les drogues modifient une ou plusieurs fonctions de l'organisme, surtout l'activité mentale, les sensations et le comportement. Elles changent également la perception de la réalité et la façon de réagir à celle-ci :

A- Les stimulants :

En stimulent le système nerveux. Ils favorisent temporairement un état d'éveil, d'excitation et réduisent également la fatigue. Ils induisent un faux sentiment d'assurance et de contrôle de soi. Ces effets sont souvent suivis d'épuisement, d'anxiété et de dépression.

Les effets à court terme des stimulants comprennent l'épuisement, l'apathie et la dépression « des hauts » et « des bas » qui s'enchainent. C'est cet épuisement immédiat et durable qui mène rapidement le consommateur de stimulants à vouloir encore de la drogue. Bientôt il n'essaye même plus de « planer », il essaye seulement de se sentir « bien » de ressentir une quelconque énergie.

Les stimulants peuvent créer une dépendance. Les doses élevées répétées de certains stimulants sur une courte période peuvent mener à un sentiment d'hostilité ou de paranoïa. De telles doses peuvent également avoir comme conséquence de fortes fièvres et un rythme cardiaque irrégulier.

On regroupe. Ex : cocaïne, amphétamines. (Cours Psychiatrie)

B- Hallucinogènes ou perturbateur :

Perturbe la perception de l'environnement et de la réalité. Modifie aussi la perception du temps et de l'espace. De plus, la sensibilité aux couleurs et aux sons est exacerbée. A long terme, ils peuvent modifier la personnalité de façon durable du consommateur qui peut plus composer avec les éléments de la réalité.

Les perturbateurs sont des drogues qui troublent ou perturbent l'activité du cerveau. Elles déforment les perceptions et peuvent causer des hallucinations. Ex : Hallucinogènes, cannabis.

C- Dépresseurs :

Ralentissent le fonctionnement du système nerveux. Ils entraînent une sensation de détente et de rêve ainsi qu'une perte d'inhibition. Ex : l'héroïne morphine (C.Barben et All 2007).

II.5. Les conséquences

Au début les effets des drogues sont bénéfiques pour la personne qui les consomme. Comme nous venons de le voir, elles comblent souvent un manque dans leur vie ou dans leur personnalité ou permettent de s'échapper de la dure réalité. Cependant peu à peu les effets néfastes prennent le pas sur les aspects positifs.

En outre, comme l'addiction apparaît précocement, elle a tous le temps de survenir avant que les effets néfastes ne surgissent, c'est-à-dire avant que le consommateur de stupéfiants ne veuille arrêter.

Une fois que la dépendance est installée, le toxicomane est obnubilé par le produit au détriment de tout le reste et va jusqu'à encourir de nombreux risques.

Les conséquences concernent plusieurs domaines :

- Sur le plan psychique.
- Sur le plan physique.
- Les relations familiales.
- Les relations avec la société.

Le manque du produit pousse constamment les toxicomanes à chercher leur dose. Peu à peu tout leur argent est utilisé pour acheter leur drogue et il se retrouve très vite sans ressources et même avec de nombreuses dettes. Certains se retrouvent même dans la précarité.

Pour obtenir leur dose une personne toxicomane peut tomber dans la délinquance comme le marché noir et le vol, dans la criminalité ou encore dans la prostitution.

Lorsque le toxicomane n'arrive plus à gérer simultanément sa toxicomanie et son travail, il finit par perdre son emploi. En effet, il peut arriver qu'il n'aille pas au travail, ou qu'il ne soit plus apte à travailler de manière adéquate. Il est dans un état où son esprit n'est plus que dans la recherche du produit. Cette situation ne fait qu'aggraver leur situation financière (C.Barben et All 2007).

II.5.1. Sur le plan psychique

Au niveau neuropsychique les conséquences sont : la dépendance qui est comme on l'a vu ci-dessus l'aspect physique et l'addiction qui touche plutôt l'aspect psychique.

Il peut arriver qu'une personne toxicomane oublie de se nourrir, de boire ou de se reposer à cause de sa toxicomanie aiguë. Qui peut se manifester par une perte de poids très importante.

La cocaïne peut causer aussi des infarctus, rupture des vaisseaux et des convulsions. Sur le plan mental, on peut observer, à court terme : confusion, angoisse, troubles mentaux passagers (Bad trips) et à long terme : troubles psychiatrique : trouble de l'humeur, schizophrénie, trouble de la personnalité, dépression, comportement antisocial, tentative de suicide, trouble de la conduite comme l'agressivité la violence ou au contraire, l'apathie, paranoïa, hallucination.

II.5.2. Sur le plan physique

Les toxicomanes peuvent être contaminés par une ou plusieurs maladies infectieuses comme le sida, la séropositive et l'hépatite B et C. Le partage d'aiguilles de seringues et matériels annexes (eau, cuillère, filtre, pailles) sont des hauts facteurs de risques de transmission de ces virus.

Dans les cas les plus graves, il peut y avoir des overdoses qui surviennent lors de consommation de dose de plus en plus grande qui dépasse la limite supportable par l'organisme ou lors de reprise de drogue après une période de sevrage.

Elle peut aussi être due parfois à des mélanges volontaires ou non de plusieurs drogues ayant les mêmes effets, ce qui crée une action synergique.

Pour l'overdose, cette dernière peut causer des dommages physiques ou mentaux et même conduire à la mort. Dans de rares cas, l'overdose peut traduire une tentative de suicides.

II.5.3. Les relations familiales

Une personne toxicomane a de plus en plus de difficulté à communiquer avec les autres. Ainsi elle va de moins dialoguer avec son entourage. Ce dernier va se retrouver souvent dans l'incompréhension, ne sachant pas ce qui se passe. En outre, la famille ne connaît que rarement la problématique.

Dans cette même idée, la famille peut également éprouver un sentiment de honte vis-à-vis de la société.

La relation avec la famille peut également être altérée par le sentiment de culpabilité ressenti du côté du toxicomane, qui voit bien que les personnes qu'il aime souffrent de la situation, et du côté de l'entourage qui pensent que c'est de leur faute s'il est tombé dans l'engrenage de la drogue.

Pour finir la famille peut totalement nier le problème de drogue. La personne toxicomane se sent alors encore plus incomprise et mise à l'écart.

Leurs parents rapportent fréquemment que les mensonges teintaient beaucoup leurs relations. Souvent, pour cacher leurs consommations à leurs parents ou même pour tenter de les épargner, les adolescents s'enlisent dans la spirale du mensonge. Parfois, cette spirale est tellement importante qu'elle en devient une seconde réalité que les adolescents exposent aux personnes impliquées.

Ce genre de situation ne facilite en rien les relations avec les proches et a un impact direct sur la communication ainsi que sur le lien de confiance, impact qui peut laisser de traces même après l'arrêt de consommation. (A. Biron 2012).

II.5.4. La relation avec la société

La société considère le toxicomane comme un individu dangereux car il véhicule l'idée de la transgression morale, de criminalité et de délinquance.

Le toxicomane est alors vu comme une personne suicidaire, inconsciente et irresponsable, prenant plaisir à jouer la mort.

Les effets des drogues altèrent la perception de la réalité, ce qui modifie le comportement de l'usager de drogue à l'égard de tout ce qui l'entoure. Il se retrouve alors en marge de la société. De plus, la dépendance place la recherche du produit avant tout chose. La relation sociale est alors réduite, mise au second plan. Les interactions du toxicomane sont même parfois limitées seulement au milieu des drogues qui sont directement lié au produit.

Le toxicomane se coupe donc peu à peu de ses relations sociales et du monde extérieur.

Le fait que le toxicomane consomme des produits illégaux, le pousse encore plus à fréquenter des milieux marginaux rejetés par la société comme la délinquance par exemple.

Du côté de la société, les gens ont une opinion très négative de la toxicomane. Cette vision est alimentée par le désordre, la délinquance et la criminalité qu'engendrent les personnes toxicomanes. La société ne perçoit pas ce qu'il y a derrière, c'est-à-dire une personne qui est emprisonnée dans son addiction au produit, qui souffre et qui a besoin de soutien.

De plus, la peur et le sentiment d'insécurité sont entretenus par des votations fréquentes et des discours politique anti-toxicomanes.

Dans le même optique, le manque d'information augmente cette crainte, car on a toujours peur de ce qu'on ne connaît pas

En outre, certaines personnes ont encore du mal à considérer la toxicomanie comme une maladie. Ils pensent que les consommateurs de drogues entretiennent volontairement leur condition. Ils ne tiennent pas compte des autres facteurs comme le manque qui est bien présent.

Dans des cas extrêmes, certains lieux ont même été interdits aux toxicomanes sous prétexte qu'on ne voulait pas d'eux à cet endroit, car leur image dérange. Cette exclusion par la société augmente l'isolation des consommateurs de drogues.

Dans un autre registre, la population met tous les dealers dans la même catégorie alors que parmi eux se trouvent deux types d'individus :

- Les dealers non consommateurs de drogue qui vendent leur produit pour s'enrichir uniquement
- Les toxicomanes qui se retrouvent dans la rue, sans biens personnels forcés à vendre de la drogue qu'ils puissent ainsi acheter leurs substances La plupart des personnes ne voient en cet acte seulement quelque chose d'illégal.

Ils ne cherchent pas à savoir quelles sont les raisons qui poussent cette partie de la population à vendre des produits illicites (C.Barben et All 2007).

II.6. Modes de prise en charge

Théoriquement la prise en charge d'un toxicomane se déroule en trois temps, mais quoique ces étapes soient complémentaires elles ne sont que rarement toutes suivies par les toxicomanes.

On distingue ainsi l'accueil et les premières consultations, l'hospitalisation et la posture.

➤ L'accueil et les premières consultations

Ces étapes ont lieu dans des centres spécialisés ou est proposée une aide médico-socio-psychologique, dans les dispensaires d'hygiène mentale mis en place dans le cadre de la sectorisation de la psychiatrie publique, dans les cabinets de psychiatrie d'exercice libéral, et chez les omnipraticiennes.

➤ **L'hospitalisation**

Elle a eu lieu dans certains centres spécialisés, dans les hôpitaux psychiatriques départementaux, dans les hôpitaux généraux, dans les cliniques psychiatriques privées.

➤ **La post cure**

C'est-à-dire l'ensemble de ce qui peut être entrepris après le sevrage physique d'un toxicomane, revêt de nombreux aspects. Une assistance dans le plan social peut être entreprise dans les centres spécialisée ou dans les services de psychiatrie publique ; elle consiste à envoyer le sujet un centre de post-cure ou dans une famille d'accueil, à rechercher un emploi ou un logement, etc.

Des centres de post-cure spécialisés d'écarter les sujets de leur circuit d'approvisionnement habituel et de leur fournir des activités en vue d'amorcer un début de prise en charge de leurs difficultés ; la réinsertion professionnelle notamment y est facilitée. Enfin, une psychothérapie peut être suivie dans les différents lieux de consultation (A. Biron 1979).

➤ **La Sensibilisation**

Prévention risques et éducation

La prévention de la toxicomanie soulève des difficultés supplémentaires : celle liées à la complexité, au manque de définition clairs du phénomène et de ses causes, mais aussi à la mythification de certaines substances.

Erigée en tant que fléau à part, la lutte contre la drogue a surtout motivé des mesures d'exception principalement répressives et curatives, alors qu'en matière de substances licites ont été essentiellement prises des mesures de contrôle.

L'éducation préventive en matière d'usage de substances psycho actives licites et illicites est, elle restée le parent pauvre des politiques publiques. A l'heure où l'usage de produits psycho actifs apparait de plus en plus comme une donnée de nos existences modernes, cette situation va devoir être inversée.

Mais pour être effective, la mise en priorité de l'éducation préventive va nécessiter de profonds changements dans sa conception même (Alain Morel et All 2003).

II.7. Les jeunes et la prévention

L'adolescence est la phase de la vie, la période du développement, où se réalise le passage de l'enfance à l'âge adulte. Mais, de nos jours, comment se caractérise ce passage ? A quelles bornes, à quels événements, à quels rituels peut-on juger de ce franchissement ?

Classiquement, une double transition s'opérait à l'adolescence : de la famille d'origine à la famille de procréation et de l'école à la vie professionnelle. Cette définition n'est aujourd'hui plus conforme à ce que vit et peut envisager une partie croissante de jeunes et de familles.

La durée des études s'est considérablement allongée pour un nombre sans cesse plus grand de jeunes qui n'ont, de fait, pas les moyens d'accéder à leur autonomie économique. Un quart de ceux qui pourraient être actifs à la sortie des études sont au chômage et ne peuvent être d'avantage autonomes.

Sans parler de l'ensemble des facteurs de déliement des liens sociaux, intrafamiliaux, intracommunautaires et intra culturels, qui accélèrent des phénomènes de décrochage chez nombre de jeunes. La proportion de ceux qui, dès l'enfance augmente, comme s'accroissent les phénomènes de violence, de délinquance précoce et d'autres manifestations de mal être telles que les tentatives de suicide ou les abus de psychotropes (Alain Moral et All 2003).

II.8. L'issue de la toxicomanie

➤ La mort

La mort peut être violente et provoquée par l'overdose, c'est celle qui décrivent de façon spectaculaire les romans et les films, ou par une progressive déchéance physique, le sujet succombant alors de surinfection, de dénutrition d'accident cardiaque. De toute façon, on survit rarement à une toxicomanie grave chronique plus de cinq à dix ans. La toxicomane connaît bien le seuil implacable que représente la trentaine et y fait fréquemment allusion.

Cependant, deux types de vieux toxicomane peuvent dépasser largement ce stade :

- a) Les toxicomanes nouvelles vagues qui ont gardé le contrôle d'une toxicomanie contractée dans leur adolescence.

- b) Les toxicomanes adultes qui ont commencé à utiliser la drogue dans leur maturité, et qui conscients de ses incidences sur leur santé, exercent un certain contrôle sur leur toxicomanie.

➤ La guérison progressive

L'utilisation d'une drogue mineure n'implique pas automatiquement la guérison puisqu'elle-même peut engendrer une dépendance. De même, si l'on fait appel de manière régulière à des médicaments calmants ou tranquillisants, on aboutit parfois à une véritable forme de toxicomanie qui, pour n'être pas ainsi nommée, n'en est pas moins réelle.

Le déroulement de la guérison varie selon la forme et le degré de la toxicomanie. Pour ceux qui utilisent la seringue, son simple abandon peut être considéré comme une guérison, sont importants pour le toxicomane aussi bien la pénétration dans les veines que les effets procurés par le produit.

Pendant toute une période de sa vie la pique reste associée au plaisir donné par le produit. C'est l'évocation de ce plaisir, indissociable de la pique, qui donne sa pleine valeur au fait de supprimer l'usage de la seringue (A. Biron, P. Huerre, J.-M. Reymond 1979).

Conclusion

Dans ce chapitre qui concerne la toxicomanie et l'adolescent, on a commencé par définir la toxicomanie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et la dixième Classification Internationale des Maladies (CIM10).

Ensuite on a abordé les formes de la toxicomanie, ou l'on a parlé brièvement de l'alcoolisme, du tabagisme et du cannabis.

Après ceci, on a enchaîné par la définition de l'addiction et de la dépendance à l'usage de ces substances, ensuite, on a désigné les facteurs principaux de la toxicomanie, en citant le contexte socioculturel et la personnalité des consommateurs en mettant l'accent sur la présence de ces substances illicites au sein de l'école et les effets de différentes catégories de drogue.

Ensuite, on a donné les conséquences de la toxicomanie sur le plan psychique, physique, familial, social et les modes de prise en charge de ce phénomène.

Pour finir, on a parlé de la sensibilisation et de la prévention auprès des jeunes, sans oublier les différentes issues de la toxicomanie.

La Partie Pratique

***Chapitre III : Partie
Méthodologique***

Parie 1 : Partie méthodologique

PREAMBULE :

Pour mener une recherche, on doit opter pour une méthodologie spécifique, cette méthodologie qui organisera et orientera notre travail et ne rendra plus objectif, elle consistera tout d'abord à avoir un terrain de recherche, une population d'étude et outils d'investigation.

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthode que nous avons suivie pour effectuer notre recherche, les outils utilisés ainsi que le terrain et la population d'étude.

III.1. Présentation du lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au sein de l'établissement lycéen « 1000 martyres » de Beni Melikech- Tazmalt qui se situe à 12 km du chef-lieu de Tazmalt et qui a ouvert ses portes en 2012, avec un nombre de salle de 16, 4 labos et une salle de sport. Le lycée comporte presque toutes les spécialités avec un nombre d'élèves de 241 dont 143 filles et 98 garçons avec 76 bacheliers répartis sur 6 classes terminales.

Il comporte 34 enseignants dont 14 enseignants et 20 enseignantes, 35 travailleurs dont 20 personnes dans l'administration.

III.2. L'échantillon de l'étude et ses caractéristiques

Notre présente ne s'est pas déroulée dans un cadre fixe, par ailleurs, nous allons réussi à reconstituer notre échantillon d'étude qui se compose de quatre élèves scolarisés dont l'âge varie entre 16 et 19 ans.

Tableau 1 : présentation des cas d'étude

Critère	Age	Niveau d'étude	Sexe
Cas			
Amine	17	2 ^{ème} année génie civil	Masculin
Syphax	17	2 ^{ème} année langues étrangères	Masculin
Kamel	16	2 ^{ème} année Littéraire	Masculin
Lounis	19	3 ^{ème} année gestion	Masculin

III.3. La préenquête de la recherche

Notre échantillonnage s'est déroulé dans des lieux différents, d'une manière aléatoire, on a procédé à l'entretien avec 4 personnes de sexe masculin au sein du village vu la fermeture de l'établissement scolaire en raison particulières imposées par le confinement sanitaire.

On a remarqué que les quatre élèves en question ont tous la consommation de substances psychoactives comme point commun, leurs notes au lycée sont au-dessous de la moyenne, ainsi que quelque anomalie dans leur comportement social (isolement, comportement dépressif...), ceci a un lien étroit avec la consommation de ces substances.

➤ La méthode utilisée

Dans notre recherche, nous avons utilisé la méthode descriptive qui est une méthode scientifique très utilisée en sciences sociales afin d'observer, d'explorer, de décrire et d'interpréter les données dans leurs aspects multidimensionnels.

➤ La technique utilisée

Notre pratique sur le terrain, on a utilisé un guide d'entretien semi-directif tel que pour ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelque question qui correspond à des thèmes, sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchique ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique. A la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, ce qui est proposé est avant tout, une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, cependant, ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement le thème proposé (Hervé Bénony, Khadidja Chahraoui).

Conclusion :

Dans cette partie, on a présenté le lieu d'étude pour montrer le lieu exact de notre recherche, et on a expliqué aussi l'échantillon de l'étude et le déroulement de l'enquête pour mieux comprendre notre recherche et enfin on a parlé sur la méthode utilisée et la technique utilisée afin d'avoir un résultat optimal.

Partie 2 : Etude pratique et analyse des hypothèses

Préambule

Et pour clôturer notre recherche, nous allons vous présenter les quatre cas que nous avons étudiés, ou nous avons pu interpréter, les données et les informations grâce à entretiens que nous avons eus, à partir de cela nous avons analysés et vérifiés nos hypothèses.

III.2.1. Présentation des cas d'étude

Présentation du premier cas :

Notre premier cas est un élève qui s'appelle **Amine**, il est âgé de 17 ans, il est toxicomane (dépendant à l'alcool et le tabac), il est en deuxième année génie civil.

Résumé de l'entretien :

Amine, nous a dit que-il a commencé à fumer la cigarette quand il avait 14 ans « ... j'ai commencé à fumer avec mes copains à l'âge de 14 ans... ». Puis il a commencé à consommer l'alcool à l'âge de 16 ans « ... j'ai commencé à boire des petites quantités à l'âge de 16 ans »

Amine, pense que c'est la période de l'adolescence qui la pousse à boire, il ne veut pas rester dans cet état de dépendance, il veut être heureux et réussir sa vie. « ...c'est l'adolescence qui m'a conduit vers ces substances de plus, je trouvais mon plaisir quand je consomme je deviens joyeux... »

En effet **Amine** est devenu dépendant à l'alcool et le tabac « ...je suis alcoolique et je fume tout le temps... »

Il disait qu'il procure ces substances à des personnes anonymes, il ne veut pas préciser « ... je procure les substances psycho-actifs par des personnes privées. ».

Amine, d'après ce qu'il nous a dit, il est vraiment changé, il est devenu une autre personne, « ... je me mets vite en colère, trop stressé, et même j'éprouve de l'agressivité... ».

Il ne se sent toujours pas bien, « ... je me sens toujours malade, j'ai des maux de tête, et je tousse tous les temps, surtout la nuit... ».

Amine, est atteint d'absentéisme il obtient de mauvaises notes, « ...je suis toujours absent et j'obtiens des notes catastrophiques... ».

Chapitre III : Application des entretiens et analyse des hypothèses

Analyse général de l'entretien

Nous constatons que le cas d'Amine qui consomme des substances psycho-actif, avec de petites doses c'est devenu habituelle et régulière en sa consommation, avec le temps il s'est d'ériger vers une autre substance qui est l'alcool.

Amine, à changer de caractère, de personnalité, il était bien, calme, joyeux et il est devenu nerveux, stressant, et il ne supportait pas le manque de substances psycho-actif.

On constate toutefois que le jeune garçon est entrain de rater ses études et aussi de perdre entourage bienveillants.

Présentation du deuxième cas :

Notre deuxième cas, c'est un élève de 2^{ème} année langues étrangères, âgé de 17 ans il s'appelle **Syphax**.

Syphax, nous a informés que sa consommation de ces produits a débuté depuis sa 1^{ère} année au lycée, « ...j'ai commencé lors de ma 1^{ère} année... », il consomme de l'alcool et il fume, puis il est tombé dans la consommation de l'extasie à cause de ses mauvaises fréquentations, « ... j'ai commencé par la consommation de l'alcool et les cigarettes, après j'ai commencé à fréquenter des gens qui m'ont amené vers la consommation de l'extasie... ».

La consommation de ses produits d'après **Syphax**, c'est à cause des problèmes familiaux, d'après lui, il a traversé une période difficile au point que lorsqu'il est au lycée il n'a pas envie de rentrer à la maison, « ... j'ai traversé un période difficile, des problèmes familiaux. »

Syphax, nous à parler du mode de sa consommation, d'après lui, il a commencé avec une petite quantité d'alcool, quelques cigarettes, puis avec le temps il est devenu accro à ces produits surtout après toutes ses fréquentations.

De l'alcool chaque jour, deux paquets de cigarette ou bien plus, et le pire c'est qu'il prend aussi de l'extasie, « ... avants ma consommation était normale, mais après j'ai commencé à m'habituer à ces produits, plus que ça je prends aussi de l'extasie... »

Chapitre III : Application des entretiens et analyse des hypothèses

D'après lui, l'obtention de ces produits est facile puisqu'il a l'argent nécessaire, « ... j'ai de l'argent (avec un sourire), alors c'est facile pour moi d'avoir ces substances... ». Et s'il n'a pas l'argent il obtient ces produits grâce aux amis, « ... mes amis me donnent de l'argent pour en acheter, même parfois ils me donnent des produits ... ».

Syphax, nous a confirmé que personne de sa famille n'est au courant de sa consommation, puisqu'il y a peu de personnes qu'ils le savent, « ... ma famille n'est pas au courant de ma consommation, à part mes amis, il y a personne d'autre, je veux dire juste ceux qu'je fréquente... ». Ses enseignants le savent pas aussi même ses camarades ne sont pas au courant.

Syphax, pour lui ses études il l'est complètement abandonné, il n'assistait pas aux cours, « ...j'ai oublié que je suis un élève, tous le temps absent... ». Il n'obtient pas de bonnes notes à cause de ses absences, il est ajourné cette année, « ... j'obtiens toujours de mauvaises notes, alors je suis ajournée cette année... ».

Syphax, nous a parlé aussi de ses relations avec sa famille, et ses amis avant qu'il commence la consommation de ses produits, il nous a dit que même si les relations sont mauvaises avec sa famille, et pas mal avec ses amis, « ... serte ma relation avec ma famille avant n'était pas bonne, et avec mes amis elle était pas mal aussi... ». Mais d'après lui ça a vraiment changé pour lui, il est devenu une autre personne, « ... ça a vraiment changé après ma consommation, j'ai complètement changé... ».

La personnalité, les comportements de **Syphax**, ont beaucoup changé, il est devenu trop agressif, il devient vite en colère surtout avec sa famille, il ne parle pas trop avec ses amis, il se sent seul, puisqu'il cache ce qu'il est, il ne veut pas qu'ils découvrent qu'il consomme ces produits, « ... je deviens vite en colère, agressif surtout à la maison, je ne parle pas trop avec mes amis, peur qu'ils sachent que je suis toxico... ».

Syphax, nous a informé qu'un jour il va peut-être arrêter la consommation de ces produits, mais sa serait vraiment difficile pour lui de faire ça, « ...oui peut-être un jour je vais arrêter, mais je ne pense pas que cela va être facile pour moi de le faire... ».

Analyse générale du deuxième cas :

A partir des réponses qu'on a obtenues au prés de **Syphax**, on peut dire qu'il est devenu dépendant, elle est devenue alcoolique, sa consommation de tabac à augmenter largement, il prend de l'extasie, alors à cause de ça, son caractère à changer, il à eux beaucoup de difficulté, sur le côté mentale et même physique, il est devenu trop agressive, il s'isole trop, il ne parle pas beaucoup, il est trop nerveux, il a souvent à la tête mal.

Son niveau d'étude à baisser, il trouve trop de difficultés à poursuivre ses études, il n'assure pas ses années à cause de ses mauvaises notes, il a raté sa 1^{ère} année au lycée, même dans sa deuxième année il trouve beaucoup de difficulté à la refaire correctement.

Présentation du troisième cas :

Il s'agit de **Kamal**, un jeune étudiant en 2eme année littéraire, âgée de 16ans.

Kamal, a commencé la consommation des produits psycho-actif à l'âge de 14 ans, « ...j'ai commencé à consommer ces produits à l'âge de 14 ans. », il consomme de l'alcool, de la drogue, et aussi de l'extasie, « ... je consomme tous ces produits... ».

Kamal, nous a informé qu'il sort de l'école il se dirige vers des regroupements amicaux, et c'est là qu'il a commencé à boire de l'alcool, « ... c'était mon premier pat vers l'alcool... », Mais ce qu'il a ignoré c'est que son copain à met de l'extasie dans son verre, « ...j'ignore qu'il avait mis de l'extasie dans mon verre... », Mais il nous a dit ça lui a plu, car il a passé une très belle nuit « ...je n'oublierais jamais cette nuit, j'ai était heureux... »

Il nous confirmé qu'à partir de cette nuit qu'il a passé avec son copain, il a aimé ce qu'il a fait, il ne voulait pas arrête, « ...j'aime trop ce que je fais, et même mes copines sont comme moi (super) ... » ; tout ça c'était au début de sa consommation c'est ce qu'il nous a dit.

Kamal, dit que son mode de consommation était comme une échelle, le degré augmente, « ... le degré de ma consommation augmente d'un jour à l'autre... », Même il était prêt à faire tout pour obtenir ces produits, il disait que les conséquences ne l'intéressaient pas, l'essentiel

Chapitre III : Application des entretiens et analyse des hypothèses

pour lui c'est de consommer, « ... ce que je veux moi c'est de consommer, quel que soit le prix à payer... ».

D'après lui, son entourage est au courant de son état, même sa famille, ses amis d'école, « ...oui tout le monde est au courant, je m'en fous c'est ma vie... », Même au lycée ses enseignants sont aussi au courant.

Kamal, il a été d'un comportement magnifique, il était aimé par tout le monde avant de devenir dépendant, « ... avant tout le monde m'aimait, j'avais un comportement magnifique... », Mais tout a changé après ça, il se sent perdu, seul, tout le monde se méfie de lui, tout a basculé dans sa vie, il est devenu plus difficile qu'il l'était, il nous précise qu'il avait une maladie de cœur « ...tout a changé pour moi, ma vie est difficile, avec ma maladie de cœur... ».

Kamal, nous a informé qu'il rate complètement ses études, il n'obtient jamais de bonnes notes, il veut arrêter, puisqu'il a refait l'année deux fois, « ...c'est difficile pour moi de continuer mes études, j'ai refait l'année deux fois, je pense que je vais arrêter ... ».

La plus difficile pour lui c'est de se séparer de ses produits malgré qu'il sait que sa vie va être comme une chambre noire, seul avec sa maladie, « ... je veux changer cette misérable vie, mais je sais que je ne vais pas y arriver, alors je vais continuer ma vie comme dans une chambre noire, tout seul... ».

Analyse générale du troisième cas :

Ce qu'on a obtenu comme informations auprès de **Kamal**, nous a aidé à constater que sa dépendance était la cause de tout ce qu'il trouve comme difficultés aujourd'hui, il a changé de mode de vie, son comportement a changé, ses relations aussi, même son état physique c'est dégradé, il a une maladie cardio-vasculaire.

D'après lui, tout a changé c'est de plus en plus difficile de continuer ses études, il pense à arrêter puisque ça sert à rien de rester dans son statut de lycéen, il veut que ça

Chapitre III : Application des entretiens et analyse des hypothèses

changé, sa lui ne convient pas tous ce qu'il vit aujourd'hui est dur, mais le plus dur c'est comment arrêté sa consommation.

Présentation du quatrième cas :

Lounis un jeune étudiant âgée de 19 ans, il a un niveau d'étude de 3ème année gestion.

Résumé de l'entretien :

L'entretien semi directif avec **Lounis** nous a pris 45minute, au début **Lounis** a été très enchanter de faire l'entretien, il a suggéré de commencer tout de suite.

Lounis nous a informés qu'il a commencé à consommer les produits psycho-actifs très tôt, « j'ai commencé la consommation du cannabis au niveau secondaire ».

Lounis nous a dit que sa consommation de produits psycho-actifs, est dû à son entourage sociale et à la perte d'un proche « ... mes amis sont tous de grands consommateurs... » « ...de plus j'ai perdu mon père... » Il a ajouté qu'aujourd'hui il a complètement changé de caractère personnelle « je ne suis plus comme avant, je suis devenu stressant et angoissant... ».

La substance que **Lounis** consomme régulièrement, est le cannabis et l'alcool « ... je consomme le cannabis et l'alcool... »

Lounis nous a informés que la quantité de stupéfiants qu'il consomme dépendait de sa propre situation financière « ... quand j'ai autant d'argent sur moi je consomme beaucoup »

Lounis nous a informé que la procuration des procurations des produit psycho-actifs c'était auprès de ses amis avec qui il consomme c'est substance « ... je consomme avec des amis et c'est eux qui me la procure ».

Lounis a dit que tout son entourage et ses amis ainsi que la plus part de ses enseignants sont au courant de sa consommation « ... tout le monde est au courent... » Il a ajouté « ils ont tout changé de regard envers moi... »

Chapitre III : Application des entretiens et analyse des hypothèses

Lounis nous a informé qu'il a beaucoup de difficulté à continuer ses études notamment à cause de son absentéisme « ...je m'absente énormément et je rate mes cours et mes examens... ».

Vers la fin de l'entretien **Lounis** nous a fait savoir qu'il n'avait jamais essayé d'arrêter, mais il a conscience que sa vie serait mieux sans ces substances. « ...je n'ai jamais pensé à arrêter et je suis sûr que si je l'arrête je vais me sentir mieux ... »

Analyse générale du quatrième cas :

Les éléments déclencheurs de la consommation du cannabis et l'alcool chez **Lounis** ont pour cause la perte de son père du son jeune âge, ce qu'il la vraiment touché, c'est qu'il était encore petit et fragile à cette période-là, en outre ses mauvaises fréquentations l'ont enfoncé encore plus.

Même si **Lounis** n'a jamais essayer sa consommation des produits psycho-actifs, mais il a conscience que tous ses problèmes avec son entourage et ses études ainsi que sa situation d'angoisse et de stresse est dû à sa consommation excessive des stupéfiants.

Lounis a donné l'impression qu'il était sur la bonne voie pour arrêter la consommation du cannabis, parce que il a exprimé une grande volonté d'avoir son bac et de finir ses études et réussir sa vie.

III.2.2. Analyse générale des cas, et discussion des hypothèses :

Après avoir terminé les résumés de chaque cas, on a obtenu les informations qui semblent qui nécessaires qui va nous aider dans les vérifications de nos hypothèses, ces des informations qui va nos être utiles pour répondre à notre principale question de départ.

On a pu constater que nos cas étaient tous des toxicomanes, grâce aux informations qu'ils nous ont fourni sur leurs modes de consommation et les produits qu'ils consommaient, ils trouvent tous des difficultés dans leurs vies, ils ont beaucoup changé, (dans leurs comportements, leurs personnalités, leurs modes de vie a changé, dans la relation avec leurs proches, leurs familles, ainsi que leurs amis. Etc.), exemple : on prend le cas de **Syphax**, « ...

Chapitre III : Application des entretiens et analyse des hypothèses

ça a vraiment changé après ma consommation, j'ai complètement changé... », « ...je deviens vite en colère, agressive surtout à la maison, je ne parle pas trop avec mes amis, j'ai peur qu'ils sachent que je suis toxico... ».

Nos cas trouvent toujours des difficultés dans leurs études, il obtient tous des mauvaises notes, ce qui nous laissent qu'ils sont dans **l'échec**, exemple le cas d'Amine, « je suis toujours absent et j'obtiens des notes catastrophique... », aussi le ça de **Lounis**, « ... je m'absente énormément et je rate très souvent mes coures et mes examens... »

III.2.3. Discussion des hypothèses :

Première hypothèses : « La toxicomanie peut être la cause principale derrière le recul de l'état mentale et physique de l'élève ».

D'après le premier cas, **Amine** présente des changements dans son état mental « ...je me mets vite en colère, trop stressé, et même j'éprouve de l'agressivité... », Même il sur le plan physique il à changer il tombe souvent malade, « ... je me sens toujours malade, maux de tête, et je tousse tout le temps surtout la nuit... », Donc on peut dire qu'hypothèse est confirmé.

D'après le deuxième cas, **Syphax**, à connue plusieurs difficultés soit mental, soit physique, « ...ça a vraiment changé après ma consommation, j'ai complètement changé... », « ... je deviens vite en colère, agressive surtout à la maison, je ne parle pas trop avec mes amis, j'ai peur qu'ils sachent que je suis toxico... », A partir de ça on peut confirmer notre hypothèse.

Kamal, nous a confirmé qu'il a complètement changé depuis qu'il a commencé la consommation de ces produits, « ...toutes a changé pour moi, ma vie devenue difficile avec ma cardio-vasculaire ... », à partir de ce qu'il nous avoué, on peut dire que notre hypothèse est confirmée.

Même pour notre dernier cas qui est **Lounis**, notre hypothèse est confirmée, grâce aux informations qui nous à fournit, « je ne suis plus comme avant, je suis devenu stressant et angoissant... »

Chapitre III : Application des entretiens et analyse des hypothèses

Deuxième hypothèse : « La toxicomanie peut conduire l'élève vers l'échec et la baisse de son niveau d'étude ».

C'est aussi confirmé, à partir des informations et des données qu'on a pu recueillir dans nos quatre cas, **Amine** «... je suis toujours absent et je j'obtiens des notes catastrophique... », **Syphax**, « ...j'ai oublié que je suis un élève tout le temps absente... », «. J'obtiens toujours de mauvaises notes, alors je suis refait l'année... », Kamel, « ... c'est difficile pour moi de continué mes études, j'ai refait l'année deux fois, je pense que je vais arrêter... », Lounis, « ... Je m'absente énormément et je rate souvent mes cours et mes examens... »

Conclusion

A la fin de cette analyse, notre principale hypothèse « La toxicomanie est la cause de la dégradation de la qualité de vie chez l'adolescent... », est confirmée, d'après toutes les informations et l'analyse que nous avons effectuées sur chacun de nos cas, puisqu'ils présentant tous des changements et des difficultés dans leurs vies, c'est une corrélation directe et un lien étroit entre la consommation des substances illicite et la dégradation de la qualité de vie des adolescents.

Conclusion Générale

Conclusion Générale

Dans notre recherche, on a essayé une catégorie de population presque méconnue mais aussi très délicate dans notre société, qu'est l'adolescent toxicomane.

On a tenté de comprendre leur qualité de vie, leur souffrance et les raisons multiples qui les ont poussés vers la consommation de ces substances.

De ce fait, la toxicomanie est un phénomène socioculturel, qui touche les différentes classes de notre société.

Sur le terrain, nous avons effectué des entretiens auprès de quatre lycéens, de nous rapprocher de ces gens afin de récolter les informations qui nous intéressent pour mener à bien ce travail.

Au cours de l'analyse de nos résultats, nous avons constaté que nos hypothèses ont été vérifiées et confirmées toutes les deux :

- **Première hypothèse :** la toxicomanie peut être la cause principale derrière le recul de l'état mental et physique de l'adolescent.
- **Deuxième hypothèse :** la toxicomanie peut conduire L'élève vers l'échec et la baisse de son niveau d'étude.

Pour conclure ce travail, il est à souligner que notre thème de recherche est d'actualité. Il s'agit d'un domaine très sensible et très vaste, c'est pour cette raison qu'on invite les conseillers d'orientation qui sont spécialisés dans la psychologie clinique à étudier et sensibiliser les élèves sur les aspects dangereux de la toxicomanie.

Bibliographie et Références

Références et Bibliographie :

Références et Bibliographie :

- A. Baron et All « Toxicomanes et toxicomanie- Edition France 2012 »
- A. Biron et ALL (2002) « drogue, toxicomanes et toxicomanies » Edition France
- Alain Morel et ALL (2004) « Prévenir les toxicomanies » Edition Belgique
- Bonardi et All « Psychologie Sociale appliquée » 2002
- Bourcet. S et ALL.2003
- C. Tourette-M Guigetti.2010
- (CDC 2000)
- Chahraoui. Kh 2003 « Méthodes d'évaluation et recherche en Psychologie clinique » Edition Paris Dunod
- Chorten 1998, P32, 32
- Denis Richard (2006) « Le cannabis et sa consommation » Edition France
- Dickens.2003, 372
- Didier Pol.2002- P228
- Drogues. A Biron- P Hurre- JM Raymond Toxicomanes et toxicomanie » 1979.P103
- Goleau E, Arnaud C, Navarro F. la santé des adolescents à la loupe. 2012 Données Française de l'enquete internationale HSbC Health Behaviour in school-aged Children 2010
- Guibet Lafay (2001) « Bien être et qualité de vie en santé » France
- Has / Service programmes pilotes-impact clinique- Janvier 2013.P 06
- Henry Gomez (2005) « L'alcoolique, les proches, les soignats » Edition Paris
- Hoover Adger I, harolyn Belcher M. The effects of substance use disorders on children and adolescents. Development-behavioral pediatrics 2008:668-698
- Jean François Le Mair (2003) « Le tabagisme » Edition, Dahlabe, Alger
- Juli Samier
- Larousse Médical Edition 2012
- La prise en charge des Personnes toxicomanes : immersion et communauté, Rapport écrit par C Barben, T Huynh, C Derrind en juillet 2007. France. Paris P08, 09
- La prise en charge des Personnes toxicomanes : immersion et communauté, Rapport écrit par C Barben, T Huynh, C Derrind en juillet 2007. France. Paris P10, 12
- La toxicomanie dans l'économie psychique du sujet » LAURE Wolf 2013.P08, 09
- Laure Wolff (2013) « La toxicomanie dans l'économie psychique du sujet » Edition France
- Loika Forzy-Jessica Jannot- Veronique Micat.2002
- Marcelli et Braconnier « Psychologie de l'adolescent » Edition Paris 1999
- OMS et CIM 10
- (OMS) Article 114. Créé par loi 2005-102 du 11 fevrier 2005. P6
- P.G. Goslin 2002 « psychologie de l'adolescence » Ed. Armand Colin. Paris
- Pauves et ALL (2005) « Neurosciences » Edition Bruxelles

Références et Bibliographie :

- Pédinielli-Aouan et Gimenez.1995
- P Jeammet 1994
- Rizzio-Spitz.2002
- Rizzio-Spitz.2002
- Schlick 2002, 2004, Trumbull, Brownnet et Trumbull 2004
- Schlick 2003, Cumins 1997. P32
- Schlick et All 2004, P35
- Schlick et Verdage 2002
- Shlick.2002, P36
- « Sillamy.2003 » dictionnaire de la psychologie ». France Edition Larousse
- Strenna. 2012
- Verdugo et ALL 2005, Cumins 2005
- Wheaver MF, Dupre MA, Cropsey KL et Al. Receiving inpatient psychiatric treatment. Addict Behav, 2007; 32: 3107- 3113

Liste des thèses

- Caroline.C, (2012) thèse pour l'obtention de grade de docteur en psychologie « Qualité de vie de parent, développement psychologie de jeunes enfants avec autisme » Université de Montpellier
- Julie Samier (2006) thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, « Qualité de vie et étude clinique », Université de Lille 2

Liste des mémoires

- Julie Deville (2008) mémoire de fin de formation « étude exploratoire ; la qualité de vie des fumeurs » Université Neuchâtel
- Sandra Racine (2007) mémoire présente des études supérieures « Qualité de vie après une chirurgie coronarienne » Université, LAVAL, Québec

Liste des articles

- Bérénice Elger (2007) article « la prise en charge des personnes toxicomanes » Paris, France
- Mechel, A, (2013) article « qualité de vie infarctus du myocarde » Université de Saint Denis.

Annexes

Annexe 01 : Guide d'entretien

1 : Sexe

2 : Age

3 : niveau d'étude

Axe 1 : La toxicomanie

1 : Depuis quand avez-vous commencé à consommer des substances Psycho-actif ?

2 : Qu'est-ce qui vous a poussé à en consommer de ses substances ? et qu'est-ce que ça vous as fait d'en consommer ?

3 : Quelles sont les substances que vous consommez d'habitude ?

4 : Pourriez-vous nous parler de la période où vous consommiez ces substances ?

5 : Dans quel endroit avez-vous commencé à consommer ces substances ?

Axe 2 : Mode de consommation

1 : Parlez-nous de votre fréquence de consommation

2 : La consommation de ces substances a-t-elle affecté votre situation financière ?

3 : votre entourage est-il au courant de votre situation ?

4 : Vos camarades et vous enseignants au lycée sont-ils au courant de votre consommation ? si c'est le cas, est-ce-que votre relation a changé ou pas ?

AXE 3 : La qualité de vie :

1 : Est-ce-que ça vous arrive de vous absenter à cause de votre consommation ?

2 : Trouvez-vous des difficultés dans vos examens et vos cours ? ils sont comment vos résultats ?

3 : Pourriez-vous nous parler de votre vie avant de commencer à consommer ces substances ?

4 : Avez-vous déjà envisagé d'arreter ou de diminuer votre consommation ?

Résumé

La qualité de vie d'un individu est un concept complexe et multidimensionnel dans son évaluation sociologique. D'autant pour toutes les autres catégories de la société, celle des adolescents reste la plus sensible et la plus délicate, ce qui implique la nécessité de veiller à ce qu'elle dispose de tous les facteurs pour sa bonne qualité de vie.

Parmi les phénomènes nuisant au bien être de cette catégorie, la toxicomanie s'impose comme étant le plus dangereux.

La méthode descriptive grâce à un guide d'entretien méticuleux s'avère très utile pour étudier des échantillons pris aléatoirement mais tous touchés par la toxicomanie pour enfin arriver à un résultat qui nous aidera à mieux comprendre les aspects de ce danger et prévoir les solutions adéquates.

Mots clés : Toxicomanie, Adolescents, Méthode descriptive, sociologie, qualité de vie.

Abstract

The quality of life of an individual is a complex and multidimensional concept in its sociological assessment. Especially for all other categories of society, that of adolescents remains the most sensitive and the most delicate, which implies the need to ensure that they have all the factors for their good quality of life.

Among the phenomena affecting the well-being of this category, drug addiction stands out as the most dangerous.

The descriptive method thanks to a meticulous interview guide is very useful to study samples taken at random but all affected by drug addiction to finally arrive at a result that will help us better understand the aspects of this danger and plan the appropriate solutions.

Key words: Substance addiction; Teenagers; Descriptive method; sociology; quality of life