



Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin d'étude

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

La résilience chez les personnes addictes au cannabis pendant la prise en charge

Réalisé et présenté par :

LAROUÏ Asma

MOUHÏI Sarah

Encadré par :

Pr. HATEM Wahiba

Année universitaire: 2023/2024

Remerciement

Avant tout, nous remercions Dieu de nous avoir donné le courage et la volonté nécessaires pour réaliser ce travail.

Nous voudrions exprimer toute notre reconnaissance à notre encadrante, madame Hatem Wahiba. Nous la remercions pour sa disponibilité, ses judicieux conseils et son soutien, qui nous ont encouragés à accomplir ce travail.

Nous tenons à exprimer nos profonds respects aux membres du jury, qui ont consacré de leur temps pour évaluer ce travail.

Un merci exceptionnel au chef de service, monsieur Abbes, qui nous a vraiment aidés lors de nos stages.

Un grand merci aux sujets de recherche, qui nous ont accordé de leur précieux temps et ont fait preuve de bonne volonté.

Enfin, nous remercions nos familles qui nous ont soutenus et ont contribué à la réalisation de ce travail.

Dédicace

Le devoir de reconnaissance m'oblige de dédier ce modeste mémoire à tous ceux qui me sont chers, ce sont ceux à qui je dois mon succès.

À mon cher père, chaque mot semble bien fade pour exprimer l'amour profond et la gratitude infinie que j'ai pour toi, pour les innombrables sacrifices que tu as consentis pour mon éducation. Tu as été bien plus qu'un guide, tu as été mon modèle d'honnêteté, de sérieux et de responsabilité.

À ma merveilleuse mère, aucun mot ne saurait capturer la profondeur de l'amour et de l'affection que je ressens pour toi. Tu es mon exemple de dévouement, ta tendresse infinie est une source inépuisable de réconfort, et je te suis infiniment reconnaissante pour chaque instant où tu as été là pour moi, sans jamais faillir. Merci pour ta présence rassurante et pour tous ces instants où ton amour inconditionnel a été ma plus force.

À mon frère Nadjim, tu es bien plus qu'un frère, tu es mon guide, mon confident. Ta présence dans ma vie est un cadeau précieux que je chéris chaque jour. Merci pour ta force, ton soutien inconditionnel.

À ma chère binôme Asma, ton amitié et ton soutien ont été des piliers essentiels tout au long de ce parcours. Ta persévérance et ta motivation m'ont souvent inspirée. Merci pour les nombreux moments de travail partagés, pour votre patience et votre compréhension. Je suis sincèrement reconnaissante pour tout ce que nous avons accompli ensemble.

À mes chers proches, de près et de loin, votre amitié a été une source constante de joie et de soutien. Merci pour vos encouragements, votre écoute et votre présence, même à distance.

Mouhli Sarah

Dédicace

En particulier, je prends la plume pour dédier mon modeste écrit à :

À l'homme de ma vie, mon soutien et mon bonheur, à toi, mon père.

À la plus belle des mamans, la flamme de mon cœur, ma mère.

À ma puissance, mon très cher frère Mohamed.

*À mes deux sœurs, Celia et Samia, ainsi qu'à ma nièce Ritadj, que je remercie
d'être toujours à mes côtés.*

*À mes tantes Saida et Lamiya, ainsi qu'à ma petite cousine Dina, que je remercie
pour leur soutien.*

À ma binôme Sarah, que je remercie pour sa patience tout au long de ce projet.

À mes chers amis ;Nabil,Fahima.

*Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet,
je vous dis merci.*

LAROUÏ Asma

Sommaire

Introduction.....	1
Problématique.....	5
Hypothèse	9

CHAPITRE I : L'addiction et le cannabis

Préambule	12
I. L'addiction	12
I.1.Histoire de l'addiction	12
I.2.Définition de l'addiction aux substances psychoactives	13
I.3. Concepts et addiction.....	14
I.4. Les critères de diagnostic de l'addiction	15
I.5. Les approches Psychopathologiques des addictions.....	16
I.7. Les différents niveaux de la consommation.....	23
I.8.Les différentes catégories de substances psychoactives	25
I.9.Facteurs de risque et de vulnérabilité.....	33
II. Cannabis	35
II.1. Définition du Cannabis	35
II.2.Données épidémiologiques sur l'usage de cannabis.....	37
II.3. Les composants du cannabis	38
II.4. Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage du cannabis (DSM-5).....	39
II.5. Principales effets somatiques liés à l'usage de cannabis	42
II.6. Les modalités de prise en charge	44
Synthèse	46

CHAPITRE II : La résilience

Préambule	48
1. Historique du concept résilience.....	48
2. Définitions de la résilience	50
3. Concepts apparentés à la résilience.....	51
4. Les facteurs de protection vs les facteurs de risque de la résilience.....	52
5. Les critères de la résilience	55
6. Les stratégies de la résilience	56
7. Méthode d'évaluation de la résilience.....	57
8. Application clinique de la résilience.....	59

9. Limite de la résilience.....	59
Synthèse	60

CHAPITRE III :La méthodologie de la recherche

Préambule.....	62
1. Limites de la recherche	62
2. La méthode utilisée dans la recherche	62
3. Présentation du lieu de stage.....	63
4. Le groupe de recherche.....	63
5. Les outils de recherche.....	65
6. Le déroulement de la recherche	68
Synthèse	69

CHAPITRE IV:

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Préambule	71
I.1 Cas N°1 : « Nadir »	71
I.2. Cas N° 2 « Badis »	74
I.3 Cas N°3 :« Yacine »	78
I.4 Le Cas N°4 : «Lounis ».....	81
I.5 Cas N°5 : « Kamel ».....	85
I.6 Cas N°6 : « Moustapha »	88
I.7 Le Cas N° 7 : « Ilyes »	92
II. La discussion de l'hypothèse	96
Synthèse	99
Conclusion	101

Bibliographie

Résumé

Liste des abréviations

- APA:** Manual of the American Psychological Association.
- CBD:** Cannabidiol.
- CBN:** Cannabinol.
- CD-RISC:** Connor-Davidson Resilience Scale.
- CHU:** Centre Hospitaliers Universitaires.
- CIM 10 :** La Classification Internationale des Maladies.
- CIST :** Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes.
- DSM-V :** Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.
- EMCDDA:** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMS :** Entretien Motivationnel.
- INSP :** Institut National de Santé Publique.
- INSPQ :** Institut National de Santé Publique du Québec.
- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé.
- ONLDT :** Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie.
- SPA:** Substance Psychoactive.
- TCC :** Thérapie Cognitivo Comportementale.
- THC :** Tétrahydrocannabinol.

Liste des Figures

<i>N° du figure</i>	<i>Titre</i>	<i>Page</i>
N°01	Cerveau humain, régions cérébrales et circuits neuronaux (voies nerveuses) (inpes, 2006)	18
N°02	Le rôle des neuromédiateurs et des synapses dans la transmission de l'influx nerveux (INPES, 2006)	19
N°03	les niveaux de consommation selon CIM 10	24
N°04	Plante du Cannabis (Fournier, 2020)	35
N°05	Plante Marijuana	36
N°06	La résine	36
N°07	L'huile de cannabis	37
N°08	Formules chimiques des principaux cannabinoïdes (Allouche, (2022))	39

Liste des Tableaux

<i>N° du tableau</i>	<i>Titre</i>	<i>Page</i>
N°01	Les risques somatiques des SPA sur le corps	24
N°02	Les principales catégories de substance psychoactives	32
N03	Quantité de cannabis saisis en Algérie durant les premières semestres2022/2023	37
N°04	Présentation du groupe de recherche	64
N°05	Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC (Cas 01)	73
N°06	Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC (Cas 02)	76
N°07	Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC (Cas 03)	80
N°08	Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC (Cas 04)	83
N°09	Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC (Cas 05)	87
N°10	Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC (Cas 06)	90
N°11	Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC (Cas 07)	94
N°13	Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle CD-RISC	100

INTRODUCTION

GENERALE

Introduction

Introduction

L'addiction représente l'un des fléaux les plus complexes, qui affecte de millions des personnes à travers le monde. Elle se caractérise par une dépendance compulsive à une substance (l'alcool, drogues illicites.) ou à un comportement (jeu, utilisation des réseaux sociaux.), malgré les conséquences négatives qui en découlent sur leur vie quotidienne.

Dans ce vaste champ lié à l'addiction, on se concentre particulièrement sur l'addiction au cannabis, ce dernier est devenu un sujet d'étude majeur dans de nombreux contextes sociaux. Notamment en raison de la prévalence croissante : 219 millions de personnes (4,3% de la population adulte mondiale) en ont pris en 2021. **(UNODC, 2023).**

Bien que le cannabis soit souvent considéré comme une drogue, son utilisation excessive et prolongée peut avoir des conséquences graves sur la santé mentale, émotionnelle et physique des individus.

L'addiction au cannabis entraîne souvent des conséquences physiques, psychologiques qui peuvent provoquer des symptômes tels que l'anxiété, les troubles du sommeil, des troubles respiratoires, des problèmes cardiovasculaires ; Cependant, il est important de reconnaître que les personnes confrontées à une dépendance au cannabis ont également le potentiel de développer et de renforcer leur résilience.

Face à cette addiction, la résilience apparaît comme la capacité à surmonter les défis et les épreuves. Elle offre une force intérieure nécessaire pour reconnaître leur problème d'addiction et prendre des mesures pour renforcer leur parcours de rétablissement malgré les obstacles rencontrés. En développant, des stratégies d'adaptation efficaces pour faire face aux envies de consommer du cannabis et pour gérer les symptômes de sevrage, De plus, la résilience favorise le développement de compétences de gestion du stress et des émotions, qui sont essentielles pour prévenir les rechutes et maintenir un mode de vie équilibré.

Pendant cette phase délicate, la personne résiliente a besoin d'un soutien solide et d'une compréhension empathique de son entourage, la résilience ne se développe pas dans l'isolement, mais plutôt dans un environnement qui favorise la confiance, l'encouragement et le soutien mutuel. Ainsi, il est essentiel que la personne résiliente soit entourée des personnes qui comprennent sa lutte contre l'addiction au cannabis et qui la soutiennent dans son processus de rétablissement.

Introduction

En outre, la personne résiliente a besoin d'accéder à des ressources professionnelles et à des programmes de traitement spécialisés qui répondent à ses besoins spécifiques. Cela peut inclure des séances de thérapie individuelle ou de groupe, des consultations médicales pour gérer les symptômes de sevrage, ainsi que des programmes de soutien psychologique pour renforcer ses compétences de gestion du stress et des émotions.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes intéressés à la résilience chez les personnes addictes au cannabis pendant leur prise en charge. En respectant les critères de rigueur scientifique, nous espérons offrir des perspectives nouvelles et des recommandations pratiques pour renforcer la résilience chez les personnes confrontées à cette addiction.

Pour évaluer la résilience chez les personnes addictes au cannabis, nous avons choisi comme terrain d'étude le Centre Intermédiaire de Soins aux Toxicomanie, situé à Ihadaden-Bejaïa. Ce centre a été choisi en raison de sa capacité à répondre aux objectifs de notre recherche. En termes d'outils d'investigation, nous utiliserons l'échelle CD-RISC ainsi qu'un guide d'entretien pour mesurer la résilience de ces personnes.

Nous entamerons cette recherche en présentant un cadre général de la problématique, où nous énoncerons notre question de recherche et formulerons notre hypothèse. Ensuite, nous aborderons une section théorique, suivie d'une section pratique.

La partie théorique se compose de deux chapitres

Chapitre 01 : L'addiction au cannabis.

Ce chapitre, nous l'avons devisé en deux sections. La première section est consacrée sur L'addiction, son aperçu historique, les définitions, la classification des substances psychoactives, les critères diagnostics selon DSM 5 et la CIM 10, les différentes approches, les facteurs du risque et de vulnérabilité. Dans la deuxième section, nous nous sommes intéressés au cannabis, définitions et ses composants, les données épidémiologiques En Algérie, les types, les principales effets somatiques l'usage de cannabis et en fin la prise en charge.

Chapitre 02 : La résilience.

Ce chapitre comprend les différentes définitions de la résilience, son aperçu historique ainsi que d'autres concepts apparentés à la résilience. Nous avons également examiné les facteurs de risque et les facteurs de protection, ainsi que les stratégies de résilience.

Introduction

La partie pratique est aussi divisée en deux chapitres

Chapitre 03 : Méthodologie de recherche.

Dans ce chapitre, nous avons présenté la démarche de la recherche et les techniques utilisées.

Chapitre 04 : L'analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Dans ce chapitre, nous allons présenter et discuter les données recueillies, interpréter et analyser les résultats de l'échelle CD-RISC sur notre groupe d'étude, ce qui nous permettra de vérifier nos hypothèses.

Nous concluons notre travail par une conclusion générale, suivie des références bibliographiques conformes au "Manual of the American Psychological Association" (APA), pour finalement clôturer avec des annexes.

PROBLEMATIQUE

Problématique

Problématique

L'Algérie fait face à un grave problème de santé publique lié à l'addiction aux drogues, l'alcool et aux jeux d'argent. Bien que ces termes soient communément utilisés, la compréhension des mécanismes complexes des addictions et de leurs conséquences dévastatrices reste insuffisante.

Selon le dictionnaire de la psychologie, « le terme anglais addiction se répond comme synonyme de toxicomanie, assuétude ou accoutumance. Il désigne, avec une connotation plus active que ses équivalents français, toute conduite de consommation d'une drogue provoquant la dépendance physique et/ ou psychologique » (**Daron &Parot, 2013, p.13**).

Au départ, la consommation régulière d'une substance psychoactive ou la pratique récurrente d'un comportement peut entraîner l'individu à développer un besoin compulsif de consommer afin de maintenir un sentiment d'efficacité et de fonctionnement normal. Cette substance ou ce comportement devient alors indispensable pour faire face aux défis quotidiens.

En cas d'absence de cette substance ou d'un comportement l'individu peut éprouver un malaise physique ou psychologique. Sur le plan physique, l'absence d'une substance peut provoquer des symptômes de sevrage tels que des tremblements, des nausées, une fatigue, en fonction de la substance consommée. Sur le plan psychologique, ne pas consommer peut être une source de stress, d'anxiété et d'irritabilité, la personne peut ressentir un fort désir de reprendre la substance ou le comportement, ce qui peut conduire à des sentiments de frustration ou de désespoir.

Parmi le champ large du domaine d'addictologie, on s'est intéressé à l'addiction aux substances psychoactives, précisément au cannabis car il s'agit de la drogue la plus consommée dans le monde. Selon le Rapport mondial sur les drogues, en 2020, quelque 209 millions de personnes en ont consommé, soit 4 % de la population mondiale.

Ce qui définit le cannabis comme une drogue, du chanvre indien, telle que le haschisch ou la marijuana, consommée pour ses propriétés psychotropes et dont l'usage prolongé peut provoquer une dépendance, voire des troubles psychiques (**Larousse. Consulté le 29/03/2024**)

Cette substance peut avoir des conséquences à la fois à court terme et à long terme sur la santé physique et mentale. A court terme, le cannabis peut causer une altération du temps, une

Problématique

augmentation de l'appétit, des difficultés de mémoire, à long terme, la consommation régulière de cannabis peut entraîner une dépendance, des problèmes respiratoires, des troubles de la mémoire et des troubles de l'humeur tels que l'anxiété, la dépression.

Des études épidémiologiques montrent que le cannabis est la substance la plus consommée, parmi ces études on trouve ;

Une étude prospective descriptive mono centrique qui a inclus tous les patients suivis au service d'addictologie du CHU de Sétif, et dont les données ont été recueillies entre le 1^{er} janvier 2017 et le 15 juin 2023. Un dépistage urinaire des substances psychoactives (SPAs) par une technique immunologique (EMIT) a été réalisé au laboratoire de toxicologie du CHU Sétif, et concernait les SPAs suivantes : cocaïne, cannabis, barbituriques, ecstasy, benzodiazépines, antidépresseurs, tricycliques, prégabaline, amphétamines, méthamphétamines et opiacés.

Les résultats obtenus chez 1196 patients révèlent que la prévalence de la consommation de Substances Psychoactives (SPA) est de 34,6 % (hors tabac et alcool). Les SPA illicites les plus consommées sont : le cannabis (39,62 %) suivi des opiacés (héroïne à 1,89 % et Morphine à 10 %), de la cocaïne (1,4 %), de la MDMA (0,5 %) et des amphétamines (0,3 %). En ce qui concerne les médicaments psychotropes, les benzodiazépines sont les plus consommées (20 %), suivis de la prégabaline (17,2 %), des barbituriques (1,2 %) et des antidépresseurs tricycliques (1,04 %). La moyenne d'âge est de 24 ans (min 10 ans et max 75), la consommation est prédominante chez les hommes (90 % contre 10 % chez les femmes).

Devant ce constat, on observe que le cannabis est le produit le plus consommé en Algérie. Selon l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (ONLDT), plus de 66 tonnes de résine de cannabis ont été saisie durant les premiers mois de l'année 2021 dont 45,87% dans la région ouest de pays. **(ONLDT, 2023).**

Une autre étude canadienne parue dans la revue *Addiction* en 2016 indique : « La prévalence de la consommation problématique de cannabis était la plus élevée chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans (30,9 %), suivie des adultes âgés de 25 à 44 ans (8,3 %) **(Fischer et al., 2016).**

D'après cette étude, les jeunes adultes entre 18 et 24 ans sont le groupe qui a le plus de problèmes liés à la consommation de cannabis. Environ 31 jeunes sur 100 dans cette tranche d'âge ont une consommation problématique de cette drogue. Le deuxième groupe le plus touché est celui des adultes âgés de 25 à 44 ans, où environ 8 personnes sur 100 ont des problèmes

Problématique

avec le cannabis. Les chercheurs ont donc constaté que la consommation à risque de cette substance est plus fréquente chez les jeunes de 18 à 24 ans que dans n'importe quel autre groupe d'âge au Canada.

Dans le contexte de l'addiction, la résilience est un pilier fondamental pour aider les individus à résister aux tentations de s'engager dans des comportements addictifs ou consommer des substances nocives en réponse aux défis de la vie. De plus, la résilience est un facteur clé dans le processus de rétablissement des personnes confrontées à des problèmes d'addiction, elle leur permet de maintenir leurs motivations et de reconstruire progressivement leur bien-être physique et mental.

La résilience peut être définie comme « un processus qui permet de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique et de continuer à se construire malgré l'adversité » (**Anaut, 2008, p.34**).

La résilience peut être considérée comme un véritable pouvoir intérieur, une faculté à poursuivre son développement et sa vie de manière positive, malgré les situations difficiles ou traumatisantes qui sont sources de détresse.

Face à ces épreuves, la personne résiliente parvient d'abord à se protéger efficacement de la source de sa souffrance, à encaisser le choc et à surmonter le stress immédiat. Elle fait preuve d'une capacité de résistance remarquable. Elle associe une vision positive de la réalité avec une grande flexibilité, ce qui lui permet de gérer les changements, sa capacité à analyser et résoudre les problèmes, ainsi qu'à gérer ses émotions. Au-delà, cette résilience peut être renforcée par des expériences de vie, ainsi que la dimension spirituelle que ce soit à travers la religion, la méditation, le soutien social, familiale peuvent aussi renforcer ses capacités.

Sur le plan neurobiologique, certaines études suggèrent que les circuits cérébraux de la récompense et de la motivation chez les personnes résilientes seraient moins altérés par la consommation de drogues. Leur réactivité face aux signaux de récompense resterait préservée, facilitant le sevrage (**Volkow, 2012, p.24**).

Afin d'évaluer la résilience chez les personnes addictes au cannabis, nous avons adopté l'approche cognitivo-comportementale qui a prouvé son efficacité dans le traitement des addictions, en particulier celles liées aux substances psychoactives.

Problématique

La (TCC) consiste en l'enseignement de compétences pour surmonter les déficits interpersonnels et intra- personnels dans les différents domaines de la vie qui sont considérés comme fonctionnellement liés à l'abus de substances, améliorant ainsi la capacité des individus à faire face à des situations à haut risque et aux facteurs déclenchant d'une potentielle rechute. Le postulat de base étant que les processus d'apprentissage comportementaux contribuent à entretenir l'addiction. Alors elle encourage les patients à reconnaître, à éviter les situations à risque où ils peuvent être susceptibles de consommer et à utiliser des stratégies d'adaptation pour résister à l'addiction et à adapter leur comportement. De par les nombreuses analyses quantitatives que nous pouvons retrouver dans la littérature, l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale a été confirmée pour les troubles liés à l'abus d'une substance. Les résultats soutiennent également une persistance des effets du traitement au fil du temps (**Gorsane et al., 2016, pp. 352-357**).

À la lumière de cette revue de la littérature scientifique que nous avons explorée, et en tant que futures professionnelles, on se sent intéressées par ce phénomène et on souhaite lui donner une explication, pour mieux comprendre la résilience des personnes addictes au cannabis pendant la prise en charge.

D'abord, nous avons effectué notre pré-enquête au sein du Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes, qui est dédié à la prise en charge des personnes addictes aux substances de la wilaya de Bejaïa, il se situe plus exactement à côté de la polyclinique Ihadaden.

Ensuite, afin de recueillir des données, nous avons fait le choix de recourir à un entretien semi-directif muni d'un guide d'entretien, et une échelle pour mesurer la résilience de Connor-Davidson CD-RISC. Ces outils ont été utilisés pour confirmer ou infirmer notre hypothèse.

À partir de ce que nous avons énoncé ci-dessus et pour mener à bien notre recherche, nous proposons la question suivante :

Existe-t-il un caractère de résilience chez les personnes addictes au cannabis ?

Hypothèse

Hypothèse

- Il existerait un caractère de résilience chez les personnes addictes au cannabis.

Opérationnalisation des concepts

1- L'addiction

- Une forte envie de consommer la substance.
- Incapacité à contrôler la quantité ou la fréquence de la consommation, malgré les efforts pour arrêter ou réduire.
- Besoin d'augmenter progressivement la dose de la substance pour ressentir les mêmes effets qu'auparavant.
- La substance devient une priorité dominante dans la vie de la personne.

2- **Le cannabis** : c'est une drogue extraite du chanvre indien, appelé aussi haschisch, elle peut être consommée comme un psychotrope, mais dont l'usage peut conduire à une dépendance.

3- La résilience

La résilience repose sur trois concepts fondamentaux : l'adversité, les ressources et l'adaptation positive.

- L'adversité qui présente les défis et les épreuves auxquels une personne est confrontée dans sa vie.
- Les ressources sont les éléments internes et externes dont une personne dispose pour faire face à ces adversités.
- Adaptation positive se réfère à la capacité d'une personne à surmonter les adversités en utilisant efficacement ses ressources pour rebondir et se développer malgré les défis rencontrés.

C'est la capacité à faire face efficacement aux défis et aux difficultés rencontrés dans la vie quotidienne, à s'adapter aux changements, et à gérer les émotions de manière efficace pour maintenir un équilibre.

Hypothèse

L'objectif et les raisons du choix du thème :

D'abord, notre objectif dans ce modeste travail est d'évaluer la résilience chez les personnes addictes au cannabis, en examinant les facteurs de risque et de protection associés à la résilience.

Ensuite, nous avons remarqué que notre pays est concerné par ce fléau, alors il est primordial de s'intéresser à ce problème qui touche toutes les catégories d'âge avec des conséquences qui peuvent être graves.

En ce qui concerne les raisons du choix de ce thème, nous souhaitons comprendre comment les personnes dépendantes au cannabis parviennent à surmonter cette addiction et à rebondir face aux défis.

CHAPITRE I

L'ADDICTION ET

CANNABIS

Préambule

L'addiction est un problème complexe qui se manifeste sous différentes formes, notamment par une consommation excessive de substances. Elle est liée à divers aspects de la vie, comme le biologique, psychologique et sociale etc. Cependant, il est plus approprié de la visualiser comme un cube à plusieurs faces, chaque face représentant une dimension essentielle en raison de l'état de dépendance psychique ou physique vis-à-vis d'un stupéfiant ou d'une substance psychotrope.

I. L'addiction

I.1.Histoire de l'addiction

Le terme addiction trouve ses origines dans le droit romain ancien et reste utilisé dans ce même contexte juridique jusqu'au Moyen-âge en Europe occidentale. L'addiction correspondait à un arrêt du juge, donnant « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant » : il s'agissait donc d'une véritable contrainte de par le corps **(Reynaud et al., 2016)**

Employé couramment par les Anglo-Saxons (to beaddict to signifie s'adonner à), le terme addiction a été développé pour décrire les conduites de dépendance aux substances psycho actives (SPAs) depuis les années 1970 aux Etats-Unis, notamment par Goodman (1990). **(Varescon, 2005, p.16).**

Depuis 1931, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'efforce de définir les termes de « toxicomanie » et de « pharmacodépendance ». L'accent est mis sur l'impact physique et psychique des substances toxiques sur les individus. Dès 1950, l'OMS met en avant le besoin irrépressible de continuer à consommer ces substances, même au prix de grands efforts pour se les procurer, et l'augmentation des doses nécessaires.

Le terme de « dépendance » n'apparaît qu'en 1965, remplaçant « toxicomanie » et « accoutumance ». Selon le Comité d'experts de l'OMS, la dépendance est une sujétion à la prise d'une drogue dont la suppression entraîne un malaise psychique et/ou des troubles physiques, ainsi que par le désir de consommer périodiquement ou continuellement une substance pour en retirer du plaisir ou pour dissiper ou atténuer un malaise .En 1974, L'OMS adopte le terme de « pharmacodépendance »**(Corcos,2004)**

Pour la première fois, le terme addiction est intégré en 2013 dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-V (DSM-V) (2015, pp.631-774). Toutefois, il ne constitue pas encore un diagnostic en raison « d'une définition encore incertaine et de sa connotation potentiellement négative ». Les addictions ont été regroupées dans le domaine des « troubles d'utilisation de substance ». Auparavant, seul le terme « dépendance » était officiellement utilisé, pour décrire les conséquences de l'utilisation de substances psychoactives (Cadet-Tairou, 2023).

I.2. Définition de l'addiction aux substances psychoactives

L'étymologie du mot addiction est ad-dicere : « dire à » et exprime une appartenance au terme d'esclavage. Être addict était ainsi, au Moyen-âge, une ordonnance d'un tribunal obligeant le débiteur, qui ne pouvait rembourser sa dette autrement, à payer son créancier par son travail. Par la suite, dans la langue anglaise dès le XIV^{ème} siècle, le terme *addiction* a pu désigner la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis se rapprocher peu à peu du sens moderne, en désignant des passions nourries et moralement répréhensibles (Rozaire et al., 2009).

Goodman (1990) a défini l'addiction comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de conséquences négatives » (Laqueille & Liot, 2009).

Volkow et ses collaborateurs définissent l'addiction comme « un trouble caractérisé par un processus récurrent comprenant l'intoxication répétée puis l'installation progressive d'une dépendance s'accompagnant de signes de sevrage et d'un besoin compulsif de consommer ou craving » (Laqueille & Liot, 2009).

L'addiction est un processus pathologique récurrent, comprenant un phénomène de consommation répétée d'intensité variable, puis l'installation progressive de signes de manque et/ou d'accoutumance, d'une envie irrésistible de consommer ("craving" en anglais), d'une perte de contrôle, d'un déni et de la recherche de produit(s) et/ou de comportement(s) addictifs malgré les risques médicaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux encourus et connus par la personne (Viger, 2020).

I.3. Concepts et addiction

- **L'usage :** L'usage est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complication pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives sur les autres. Il s'agit aussi des consommations occasionnelles et modérées qui concernent par exemple un nombre important d'usagers d'alcool ou de cannabis (**Acier, 2016**).
- **L'abus ou l'usage nocif :** se caractérise « par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement sans atteindre le niveau de dépendance. Le caractère pathologique de ce mode de consommation est donc simultanément défini par la répétition de la consommation et par l'existence de dommages induits (**Laqueille & Liot, 2009**).
- **Sevrage :** Le sevrage est une option thérapeutique proposée aux sujets physiquement dépendant des substances psychoactives. Il doit être organisé afin de limiter le malaise physique et psychique lié au syndrome de manque. Il constitue un outil, parmi d'autres, de traitement de la dépendance (**Algalarrondo, 2014**).
- **Tolérance :** Selon le dictionnaire médical de l'académie de médecine (**2024**), c'est Capacité d'un organisme à supporter une substance étrangère sans en subir d'effets nocifs. Lors d'introductions répétées de la substance, la tolérance peut s'atténuer par un phénomène de sensibilisation. Inversement la tolérance peut s'accentuer, si bien que pour entraîner le même effet, les doses doivent augmenter.
- **Dépendance :** Selon l'OMS, la dépendance se définit comme un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance psychoactive caractérisée par des réactions comportementales et autres, qui comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter le sevrage .
- **Drogue :** désigne généralement une substance exposant au risque de dépendance, jugée particulièrement dangereuse et interdite par la loi. Dans les médias ou les discours officiels, « la drogue », représente un phénomène menaçant auquel sont associées des images de maladie, de fléau et de mort, et auquel il est encore mal perçu d'y associer l'alcool, le tabac et les médicaments (**Morel, Couteron, 2019, p.45**).
- **Craving :** désigne une envie irrésistible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là. De ce fait, il se distingue des phénomènes aigus du sevrage, à la fois par son expression clinique, par les mécanismes physiopathologiques sous-jacents plus directement liés aux systèmes

appétitifs motivationnels, ainsi que par sa persistance des mois après l'arrêt de la consommation

(Auriacombe, Serre & Fatséas, 2016, p.78).

I.4. Les critères de diagnostic de l'addiction

4.1. Les critères de diagnostic du trouble de l'usage d'une substance selon le DSM5

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
 2. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.
 3. Une grande partie du temps consacrée à des activités nécessaires pour obtenir la substance, consommer cette substance, ou récupérer de ses effets.
 4. « Craving », ou un désir /besoin de consommer.
 5. La consommation de la substance de façon récurrente amène des manquements à des obligations au travail, à l'école, ou à la maison.
 6. La consommation de la substance continue, malgré la persistance ou la récurrence de troubles sociaux ou interpersonnels.
 7. Une réduction ou abandon d'activités importantes, d'activités sociales à cause de la consommation de substances.
 8. La consommation de substance dans des situations où il est physiquement dangereux.
 9. L'utilisation de substances est poursuivie malgré la réalisation d'avoir un problème physique ou psychologique susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par ces substances.
 10. La tolérance telle que définie par l'une des conditions suivantes :
 - A. Un besoin d'une plus grande quantité de substances pour obtenir le niveau d'intoxication désiré.
 - B. Un effet diminué lors de l'utilisation de la même quantité de substances.
 11. Retrait qui se manifeste par l'une des conditions suivantes :
 - A. Le syndrome de sevrage caractéristique de la substance consommée.
 - B. La substance (ou un analogue) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- (DSM-V, 2015).

4.2. Les critères de dépendance selon la CIM 10

Consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive .
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) .
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives. (CIM-10, 2012).

I.5. Les approches Psychopathologiques des addictions**5.1. L'approche neurobiologique**

Rappelons que la revue Science, la plus prestigieuse des revues scientifiques, titrait déjà en 1997 Addiction is brain disease : « l'addiction est une maladie du cerveau ». Position un peu extrême, voire provocatrice pour qui connaît la complexité des interactions entre le produit, le sujet et l'environnement.

La neuropsychologie, la neurobiologie et l'imagerie permettent de mettre en évidence le fait que le cerveau addict ne fonctionne pas selon la norme. Il ne s'agit pas là simplement d'une question de volonté, mais bien d'une altération des mécanismes cérébraux qui explique la difficulté que les personnes concernées ont à contrôler leurs comportements de consommation, ainsi que les difficultés que nous avons à les traiter : leurs mécanismes de régulations intimes, neurobiologiques sont clairement réorganisés de façon pathologique, et les mécanismes altérés sont des mécanismes vitaux primordiaux : ceux de la gestion du plaisir et de la souffrance, et ceux de la gestion des émotions. **(Reynaud et al., 2016, p.12)**

En addiction, on assiste à un renforcement de la valeur du produit, aussi bien par la survalorisation du besoin (la saillance) que dans la motivation à s'en procurer, et à l'envahissement des circuits de mémoire avec déconnexion au moins partielle du circuit de contrôle inhibiteur exercé au niveau du cortex préfrontal par les associations corticales. Cela permet de mieux comprendre les attitudes psycho-comportementales des sujets dépendants :

- le cerveau devient hyper sensibilisé à la drogue et aux stimuli environnementaux qui lui sont associés, accorde beaucoup moins d'importance aux autres intérêts, objectifs et motivations devenus secondaires par rapport au besoin obsédant du produit. **(Reynaud et al., 2016, p.14)**

- Chez le sujet addict, il y a une survalorisation de l'objet du désir ; sa valeur « récompensant » et le souvenir de celle-ci entraînent une motivation majeure : le simple désir est devenu besoin. Le contrôle cortical est devenu insuffisant, trop limité pour tenir compte du contexte et des conséquences **(Reynaud et al., 2016, p.14)**

- Les informations qu'envoie tout le cerveau, valeur majeure de la récompense (nucleus accumbens), saillance majeure et donc motivation majeure (cortex cingulaire et cortex orbito-frontal), mémoire exacerbée du plaisir (hippocampe) auquel se surajoute le craving (insula), sont devenues impérieuses, correspondant à un besoin perçu comme nécessaire, absolu et vital.

- Tout le cerveau est désormais programmé pour reconnaître ce besoin comme primordial. Le contrôle « raisonnable » n'arrive plus à s'exercer, à contrebalancer ces informations de besoin majeur exigeant une action immédiate du cortex préfrontal pour le satisfaire. Au lieu du « circuit long » de l'analyse rationnelle, le cerveau fonctionne désormais en « circuit court » rapide et peu flexible, de décision automatique **(Reynaud et al., 2016, p.14)**

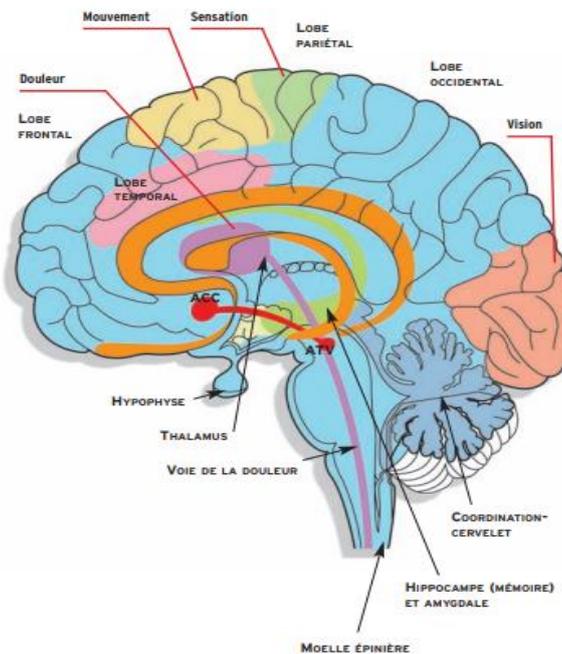


Figure 01 : CERVEAU HUMAIN, RÉGIONS CÉRÉBRALES ET CIRCUITS NEURONAUX (VOIES NERVEUSES) (INPES, 2006).

-La dopamine est le neurotransmetteur clé du système de récompense. Les récompenses naturelles, aliments, boissons, activité sexuelle et la majorité des drogues addictives modifient la transmission dopaminergique. En effet, ils en stimulent la libération par les neurones de l'aire tegmentale ventrale (ATV) dans le noyau accumbens (**Reynaud et al., 2016, p.15**)

La littérature souligne la notion de seuil dopaminergique variant en fonction de la récompense:

- Il augmente dans l'anticipation, l'attente de la récompense, du plaisir.
- Il augmente encore lors de la récompense.
- Le taux de dopamine ne retourne à son état basal qu'à l'obtention de celle-ci.
- Son absence, malgré le signal annoncé, fait que l'activité dopaminergique sera en dessous de ce seuil, ce qui entraînera au niveau clinique une sensation de mal-être, d'anxiété, d'irritabilité.

Dans le cas des récompenses naturelles (qui concernent les deux versants du plaisir : le désir et la satisfaction), l'activité neuronale dopaminergique ne dure que quelques instants, mais dans le cas de l'administration d'une drogue, la libération de dopamine est beaucoup plus longue (**Reynaud et al., 2016, p.15**)

*

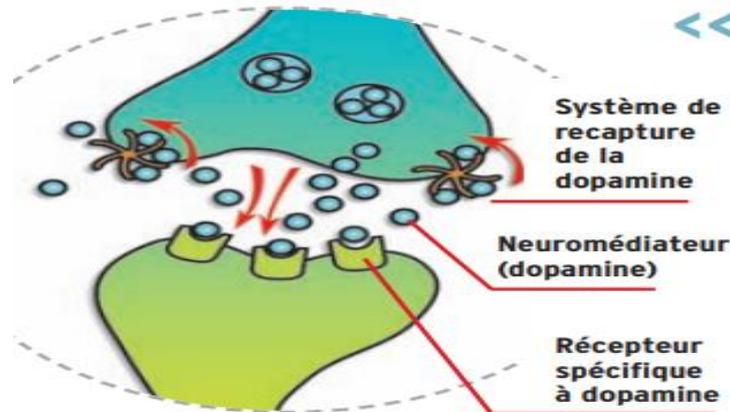


Figure 02 : Le rôle des neuromédiateurs et des synapses dans la transmission de l'influx nerveux (INPES, 2006).

5.2. L'approche systémique

L'intérêt d'un abord systémique des problématiques addictives est souligné depuis plus de 30 ans. Reconsidérées dans le cadre de la caisse de résonance familiale, la fragilité narcissique de l'adolescent et sa séparation individuation avorté peuvent être envisagées du côté de l'interdépendance de ceux qui constituent le système familial. L'approche familiale systémique remplace les tentatives apparemment inadaptées du patient addictif dans le contexte qui les éclaire et fait souvent de lui à la fois un garant de l'homéostasie familiale et un thérapeute involontaire de sa famille (Lejoyeux, 2009, p. 59).

5.3. Approche comportemental et cognitif

Dans ce type d'approche, la formule de C. Olievenstein conserve tout son sens. Si l'on se place sous l'angle de l'individu, on retient l'influence de sa personnalité, de ses capacités d'affirmation, de son sentiment d'efficacité personnelle. Si l'on se place sous l'angle du produit, ses effets psychotropes, son potentiel addictogène, les fonctions que lui attribue le sujet seront à prendre en compte. Si l'on se place, enfin, sous l'angle de l'environnement et de ses composantes familiales, sociales, sociétales et culturelles, les circonstances associées à la consommation, l'image du produit véhiculée par l'imaginaire collectif, interviennent (Lejoyeux, 2009, p. 60).

5.4. Approche psychanalytique

L'approche psychanalytique va développer une théorie de l'addiction d'une toute autre nature. En 1932, Edward Glover sera le premier psychanalyste à introduire dans «On the aetiology of drug-addiction), la notion moderne de l'addiction. La réflexion de cet auteur, avec ce qu'elle doit aux travaux de Sigmund Freud et Mélanie Klein, propose une théorisation originale des toxicomanies. Dans ce texte fondateur et riche à plus d'un titre, le terme addiction est proposé dans un sens limitatif: drug-addiction, entendu comme synonyme de toxicomanie, renvoie aux usages pathologiques de ce qu'on appelle aujourd'hui les substances psychoactives (Andrad, 2009).

I.6. De l'usage à l'addiction

L'addiction a les caractéristiques d'une pathologie chronique, d'installation progressive, avec une évolution émaillée de rechutes, et dont la survenue est déterminée par des facteurs de vulnérabilité. Dans le processus addictif, les modifications progressives du comportement de consommation s'inscrivent dans une temporalité : une initialisation à travers l'impact hédonique positif (récompense, liking), puis la poursuite des comportements via les automatismes (apprentissage, conditionnement, learning) et les conséquences émotionnelles négatives plus que par la recherche vaine de l'effet initial (saillance incitative, wanting) puis enfin la perte de contrôle de la consommation (Reynaud et al., 2016, p.12)

La consommation vise à compenser, d'emblée ou dans un second temps, un défaut d'adaptation à l'environnement, souvent dans la relation à l'autre, pouvant constituer une réponse à un trouble de l'attachement. En effet, en se répétant, le trouble comportemental s'automatise, devenant envahissant au détriment des autres activités, avec une perte de flexibilité cognitive qui limite les capacités à changer de répertoire comportemental, d'autant plus qu'il s'y associe une appréciation altérée de la gravité du trouble en raison des difficultés d'introspection, constituant ainsi une pathologie de l'apprentissage, de l'adaptation et de la motivation (Reynaud et al., 2016, p.12)

On peut donc considérer schématiquement, avec P. V. Piazza , que ce processus se déroule en trois étapes :

• **La première étape est une phase non pathologique de prise de drogue où l'individu fait un usage récréatif et sporadique de la drogue :** Cette phase correspond au moment où la prise de produit est, pour l'individu, une activité récréative parmi d'autres. La consommation n'occupe qu'une faible part de son répertoire comportemental. Ceci peut être considéré comme un comportement « normal » qui existe dans une large proportion de la population humaine, et ce qu'ils s'agissent des drogues légales ou illégales.

• **La seconde étape, l'usage intensif,** soutenu et en augmentation commence par une augmentation de la fréquence, de la quantité de drogue consommée, ainsi que de la motivation pour cette dernière. La prise de drogue s'intensifie et devient soutenue. De plus, des problèmes liés à l'usage apparaissent mais ne sont pas suffisamment importants pour toujours susciter des tentatives d'abstinence. Cette seconde étape est la première phase pathologique modérée, au cours de laquelle l'individu consomme trop de drogue, mais son comportement reste organisé et il est généralement bien intégré dans la société. On peut considérer que cette étape correspond à ce qu'était l'abus/usage nocif dans la CIM-10 et le DSM-IV devenu une addiction légère ou modérée dans le DSM-5(Reynaud et al., 2016, p.12)

Tous les patients ayant un usage intensif n'évolueront pas vers la dépendance comme viennent le confirmer diverses études de suivi. Pour les patients qui deviendront dépendants, il convient de s'interroger sur les conditions de l'installation de cette dépendance : il existe, pour les sujets qui deviendront dépendants une installation progressive et de plus en plus impérieuse de la dépendance psychique, du craving. Il y a donc bien une zone de transition (ou de passage progressif) et donc d'imprécision entre usage nocif et dépendance. Il paraît alors plus heuristique d'essayer de mettre en évidence, parmi les sujets ayant un usage nocif, ceux qui sont à fort risque d'une évolution vers un usage avec dépendance. Ce risque, pour les sujets présentant cet usage excessif et répété, d'avoir cette évolution défavorable n'est pas identique. Plusieurs facteurs de risque d'installation d'une dépendance ont pu être identifiés et déjà décrits précédemment. De façon schématique, on pourrait ainsi considérer qu'il existe, à cette phase, deux grands sous-groupes de patients :

– un premier sous-groupe dans lequel on retrouve tout ou une partie des facteurs de risque d'évolution vers la dépendance ; dans ce sous-groupe, la consommation intensive et répétée correspond à une phase préliminaire, souvent courte, de la dépendance qui en constitue l'évolution logique.

– un second sous-groupe dans lequel les facteurs de vulnérabilité à la dépendance sont peu nombreux ; mais, à l'inverse, les facteurs d'environnement, d'entraînement sont présents. Dans ce sous-groupe, le retour à une consommation contrôlée est beaucoup plus fréquent, notamment lorsque la pression à la consommation décroît (avancée en âge, installation en couple...) ou qu'une démarche de soin est entreprise (une plus grande efficacité des interventions brèves dans ce sous groupe est vraisemblable) (Reynaud et al., 2016, p.13).

• **La troisième et dernière étape de ce processus amène à début de l'état pathologique le plus grave.** Dans ce cas, l'individu perd largement le contrôle de sa consommation de drogue et devient dépendant (ou présentant pleinement une addiction sévère pour le DSM-5). Lors de cette phase, la prise de produit devient l'activité principale de l'individu, envahissant la quasi-totalité de l'espace normalement occupé par d'autres composantes de son répertoire comportemental. La dégradation de sa vie sociale devient alors inévitable et les rechutes, même après une période d'abstinence prolongée, deviennent malheureusement la règle. La consommation répétée entraîne des modifications cérébrales fonctionnelles et structurelles de plusieurs neurocircuits, dont ceux de la récompense mais surtout ceux impliqués dans la gestion des émotions, de l'humeur, de la motivation et des apprentissages pouvant affecter les habitudes comportementales et les capacités d'adaptation. Petit à petit, ces modifications changent les propriétés motivationnelles des produits : s'ils ont été pris initialement par plaisir, ils le sont ensuite essentiellement par besoin, avec d'importantes routines comportementales liées à des conditionnements, des automatisations et une perte de flexibilité cognitive. Le nouveau répertoire comportemental est alors dominé par une perte progressive du contrôle, les consommations devenant fréquentes avec une incapacité à les limiter. Il s'y associe des pensées obsédantes vis à vis du produit, une recherche et une consommation compulsive avec un besoin impérieux (craving) de reproduire la sensation plaisante initiale mais surtout d'apaiser un mal-être, la nécessité d'augmenter les doses pour retrouver l'effet initial, et la poursuite de cette consommation quelles que soient les conséquences sous peine d'une souffrance psychique, voire physique. Ces modifications persistent même après un arrêt de longue durée, elles sont à l'origine des rechutes fréquentes et impliquent des processus relevant de perturbations de la mémoire. L'addiction apparaît lorsque :

- la sensation remplace l'émotion, la relation et la symbolisation.

-le besoin l'emporte sur le désir et la demande.

-un objet envahit très majoritairement le champ des plaisirs possibles et devient la stratégie prioritaire et impérieuse pour obtenir du plaisir ou apaiser une tension.

-la passion l'emporte sur la raison (**Reynaud et al., 2016, p.13**).

I.7. Les différents niveaux de la consommation

7.1. L'usage

Cette catégorie n'existe pas en tant que telle dans la classification internationale, puisqu'elle ne relève pas de pathologie. Néanmoins, la distinction établie par le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) et la CIM (classification Internationale des Maladies) entre usage et abus, ou utilisation nocive, pose explicitement le fait qu'il pourrait y avoir, pour certaines substances et certaines modalités de consommation, une utilisation sans risque et non dommageable pour la personne (**Achard, 2016**).

7.2. L'abus (utilisation nocive)

A côté de la dépendance, il a été nécessaire de créer une catégorie intermédiaire pour des états entraînant manifestement un préjudice pour le sujet, en effet, des usages occasionnelles ou répétés, (sans qu'il y ait dépendance) sont susceptibles de provoquer des problèmes de santé ou/et sociaux. Ce sera « l'abus » pour le DSM et « l'utilisation nocive pour la santé » pour la CIM, cette catégorie n'inclut pas la tolérance, le sevrage ou un mode compulsif d'utilisation, mais seulement les conséquences néfastes de consommation répétée (**Achard, 2016**).

7.3. La dépendance

Elle est définie comme le mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes :

- La tolérance est définie par un besoin de quantités plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré et un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- Le syndrome de sevrage

La substance est souvent prise en quantité plus importantes ou pendant une période plus longue que prévu (Chaumont, 2018).

7.3.1. La dépendance physique : Certains produits entraînent une dépendance physique: en l'absence du produit l'organisme est en manque et réclame le produit. Les symptômes sont variables selon la substance consommée. La privation de produits telle que les opiacés, le tabac, l'alcool et certains médicaments psychoactifs engendre des malaises physiques (Chaumont, 2018).

Tableau 01. Les risques somatiques des SPA sur le corps (Chaumont,2018).

	Poumons	Foie	Cœur	Cerveau	Tube digestif
Alcool		***	***	***	***
Cannabis	***			**	
Cocaïne	***		***	**	
Héroïne			*	*	***
Ecstasy				***	
Hallucinogènes				0	

Légende :
 * faible
 **moyen
 ***fort
 0 peu étudié

7.3.2 La dépendance psychique : la privation d'un produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse, allant parfois jusqu'à la dépression. Une fois qu'elle a cessé de consommer, la personne peut mettre longtemps à se réadapter à la vie normale. Ce temps se compte souvent en années (Chaumont,2018).

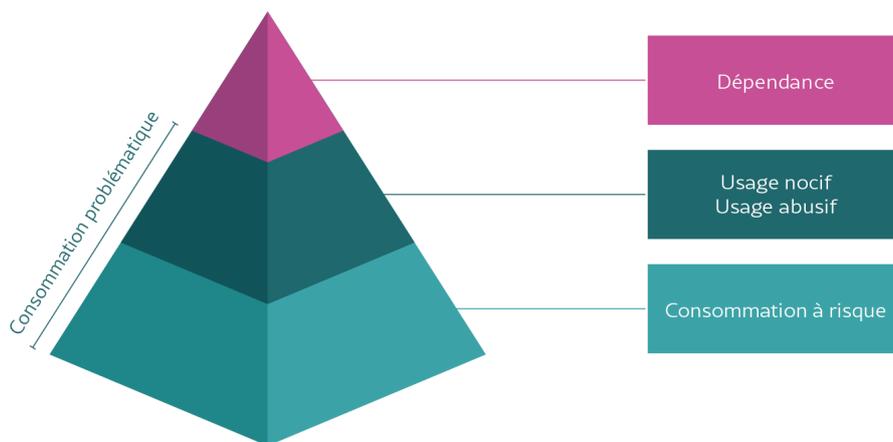


Figure 03 : les niveaux de consommation selon CIM 10

I.8. Les différentes catégories de substances psychoactives

Une substance psychoactive (SPA) ou psychotrope est un produit naturel ou synthétique qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux. En altérant de la sorte les fonctions du cerveau, une SPA peut induire des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales (**World Health Organization, 2013**).

Selon leur statut légal, «les SPAs peuvent être des substances licites (en vente libre, disponibles avec restriction ou sur ordonnance médicale) ou illicites, ces dernières sont interdites par la loi qu'il s'agisse de leur production, circulation, possession ou consommation. Par ailleurs, la scission entre SPAs licites et SPAs illicites n'a que peu de bases scientifiques, mais est plutôt le reflet d'une réflexion sociologique » (**INSPQ, 2012**).

Elles se divisent en trois catégories :

- les perturbateurs/hallucinogènes
- les déprimeurs
- les stimulants

8.1. Perturbateurs/hallucinogènes

Cette catégorie est composée de molécules qui perturbent l'activité du cerveau essentiellement sur les fonctions perceptives. Leurs effets portent principalement sur les perceptions (pouvant générer des illusions voire des hallucinations), mais aussi sur les émotions attachées à ces modifications perceptives : hallucinations effrayantes parfois ou, au contraire, vécus oniriques agréables. Ce puissant pouvoir de modification psychique peut provoquer des troubles mentaux (**Morel & Coueron, 2019, p.51**). Parmi ses dérivés, on trouve :

➤ Cannabis

Le cannabis est une substance psychoactive produite à partir de la plante du même nom. Il peut se présenter, entre autres, sous forme :

- de plante séchée : bourgeons (*buds*), herbe, marijuana, *pot*, *weed*;
- d'extraits concentrés solides : haschich, résine, *dabs* (*wax*, *shatter*);

- d'extraits concentrés liquides : huile de résine, cartouches de vapotage, huile pour administration orale.

Il existe également les cannabinoïdes de synthèse, des molécules synthétiques qui imitent les effets du cannabis. Ils sont connus sous plusieurs noms, comme Spice et K2, et ont des effets différents du delta-9-tétrahydrocannabinol (delta-9-THC) (**Algallarrondo, 2015**).

➤ **La kétamine**

Est un anesthésiant, une substance qui réduit la sensibilité à la douleur. Elle est utilisée en médecine humaine ou vétérinaire. C'est une drogue de synthèse, c'est-à-dire qu'elle est composée de molécules chimiques produites en laboratoire. Les drogues de synthèse vendues sur le marché noir sont fabriquées dans des laboratoires clandestins. (**Algallarrondo, 2015**).

Une dose de kétamine peut contenir :

- de la kétamine à l'état pur;
- de la kétamine mélangée à d'autres produits;
- toute substance autre que la kétamine.

➤ **Ecstasy(MDMA)**

Est une drogue de synthèse, c'est-à-dire qu'elle est composée de molécules chimiques produites dans des laboratoires clandestins. La MDMA est une substance dérivée des amphétamines. Toutefois, le processus de synthèse modifie beaucoup la molécule originale d'amphétamine, au point où elle perd une partie de son pouvoir stimulant et gagne des propriétés hallucinogènes. C'est pourquoi la MDMA fait partie de 2 catégories de drogues : les stimulants et les perturbateurs. (**Algallarrondo, 2015**).

La MDMA peut être mélangée à d'autres substances :

- amphétamines;
- hallucinogènes;
- analgésiques (médicaments antidouleur);
- anabolisants (substances qui aident les muscles à se développer);

- PCP (mescaline) (ce mélange est le plus dangereux, mais cette substance se trouve de moins en moins sur le marché noir);

- caféine;
- amidon;
- détergents ;

➤ **Phencyclidine (PCP)**

Est un hallucinogène très puissant à propriétés dissociatives qui agit sur les sensations et la perception de la réalité. C'est un produit qui a été créé au départ pour servir d'anesthésique (supprimer la douleur) pendant les interventions chirurgicales. Il a toutefois rapidement été retiré du marché à cause des dangers qu'il présente. La production de cette drogue est maintenant limitée aux laboratoires clandestins, il est souvent, à défaut, vendu sous le nom de mescaline. (Algallarrondo, 2015).

Une dose de PCP peut contenir :

- du PCP à l'état pur;
- du PCP mélangé à d'autres produits;
- toute substance autre que le PCP.

8.2. Dépresseurs

Ces drogues agissent de façon séquentielle, parfois leur contre-effet supplantant leur effet, ce qui explique que, tout en diminuant l'activité cérébrale, l'alcool ou les benzodiazépines par exemple provoquent paradoxalement une désinhibition (donc une certaine stimulation) en début de consommation ou chez des personnes très « habituées », c'est-à-dire chez lesquelles la tolérance est efficace .

Pour les anesthésiants tels que l'éther, le GHB ou la kétamine, leur action peut déclencher des effets parfois « délirogènes ». À hautes doses, toutes ces substances provoquent une dépression, un ralentissement de l'activité des commandes cérébrales des systèmes vitaux (dépression respiratoire), ce qui peut conduire au coma et à la mort. (Morel & Couteron, 2019, p. 51). Parmi ces dépresseurs on trouve :

➤ **L'alcool**

Est un liquide obtenu par la fermentation de certains fruits ou de certaines céréales ou par distillation, c'est-à-dire la séparation de substances liquides, le plus souvent sous l'effet de la chaleur. L'alcool entre dans la composition de diverses boissons : bière, *coolers*, vin, cidre, apéritifs, digestifs et spiritueux. (Algallarrondo, 2015).

Ce type de drogues agit sur le système nerveux central en engourdissant le cerveau et en ralentissant le fonctionnement du corps. L'alcool affecte les comportements et la coordination des mouvements. (Algallarrondo, 2015).

➤ **L'héroïne**

Est un opiacé, elle est fabriquée à partir de la morphine, une substance elle-même fabriquée à partir d'une plante appelée pavot. L'héroïne est donc un dérivé de la morphine.

L'héroïne agit sur le système nerveux central. Elle est à la fois un déprimeur et un perturbateur, c'est-à-dire qu'elle engourdit le cerveau, ralentit le fonctionnement du corps et affecte les sensations et les perceptions de la réalité (Algallarrondo, 2015).

➤ **Le gamma-hydroxybutyrate (GHB)**

Appartient à la catégorie des déprimeurs. Il agit sur le système nerveux central en engourdissant le cerveau et en ralentissant le fonctionnement du corps. Le GBL (gamma-butyrolactone) est une autre substance aussi présentée comme du GHB, Ses effets sont semblables à ceux du GHB, mais c'est une substance plus toxique. (Algallarrondo, 2015).

8.3. Stimulants

Cette catégorie de drogues vont augmenter et accélérer l'activité du système nerveux central, Ce sont généralement des substances qui diminuent la sensation de faim et de fatigue et qui donnent une impression de gain en énergie et en capacités ; en réalité elles font consommer plus vite l'énergie.

À haute dose ou à consommations très répétées, les plus puissantes peuvent provoquer des troubles essentiellement cardio-vasculaires et un épuisement (fatigue intense et humeur dépressive) lors de la récupération (Morel & Coueron, 2019, p. 51)

Comme par exemple :

➤ **Amphétamines**

Sont des drogues de synthèse, c'est-à-dire qu'elles sont composées de molécules chimiques produites dans des laboratoires clandestins. (Algallarrondo, 2015).

Quelles que soient la forme, la couleur ou la provenance des amphétamines vendues sur le marché noir, il est impossible de connaître leur composition exacte. Ainsi, une dose d'amphétamines peut contenir :

- la substance à l'état pur;
- la substance mélangée à d'autres produits;
- toute autre substance.

➤ **Cocaïne**

Est une drogue d'origine naturelle. Elle est extraite des feuilles du coca, un petit arbre cultivé en Amérique du Sud, en Indonésie et dans l'est de l'Afrique. (Algallarrondo, 2015).

➤ **Méthamphétamine**

Est une drogue composée d'éphédrine et de pseudo éphédrine, des substances que l'on trouve dans certains médicaments contre le rhume. Elle est souvent mélangée avec plusieurs des produits suivants : acide muriatique, éther, acide sulfurique, insecticides, solvants, engrais, iode, détergents, etc (Algallarrondo, 2015).

Voici un tableau qui présente les principales catégories de substances psychoactives ainsi que des exemples typiques pour chaque catégorie :

DÉPRÉSSEURS						
Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés	Effets secondaires
ÉTHANOL	Alcool, Bière, Boisson, Cooler, Spiritueux, Vin.	Liquide	Désinfectant, Antidote du Méthanol.	Avalé.	Désinhibition, Relaxation, Impression de chaleur.	Agitation, Incoordination, Ralentissement des gestes, Somnolence, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.
BENZODIAZ ÉPINES	Ativan™, Dalmane™, Librium™, Halcion™, Restoril™, Rohypnol®, Serax™, Valium™, Xanax™.	Ampoules, Capsules, Comprimés.	Traitement de l'anxiété et de l'insomnie.	Avalé.	Désinhibition, Relaxation.	Ralentissement des gestes, Nausées, Constipation Rétrécissement de la pupille de l'œil.
OPIACÉS	Codéine, Dilaudid™, Héroïne, Méthadone, Morphine, Percodan™, Smack*.	Ampoules, Capsules, Comprimés, Poudre.	Soulagement de la douleur.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Désinhibition, Réduction de la douleur, Relaxation, Impression de chaleur, Retard de l'éjaculation.	Somnolence, Ralentissement des gestes, Confusion, Hallucinations, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement, Amnésie.
SOLVANT	Colle, Décapant, Essence.	Liquide (forte odeur).	Aucun.	Inhalé.	Désinhibition, Euphorie, Hallucinations.	Étourdissement, Somnolence, Nausées, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.
GHB (gamma hydroxybutyrate)	Ecstasy liquide®.	Liquide.	Aucun au Canada.	Avalé.	Euphorie, Somnolence.	Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.

DÉPRÉSSEURS (suite)					
Produits	Vitesse d'élimination (Demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
ÉTHANOL	Très rapide. L'élimination de l'éthanol se fait à un rythme constant, directement lié au temps écoulé.	Psychologique, Physique.	Insomnie, Irritabilité, Confusion, Tremblements, Psychose, Convulsions, Delirium Tremens.	Problèmes de coordination, Délire, Perte de conscience, Dépression respiratoire, Ralentissement du pouls, Coma, Mort ^c .	Le mélange d'alcool avec plusieurs drogues ou médicaments augmente les risques d'accidents de tout genre.
BENZODIAZ ÉPINES	Varie selon les produits de 3 h (Halcion) à 100 h (Valium).	Psychologique, Physique (Possible).	Anxiété, Insomnie, Nausée, Fièvre, Tremblements, Convulsions, Délire.	Excitation, Délire, Problèmes de coordination, Stupeur, Dépression respiratoire.	Certains de ces produits entraînent des problèmes de mémoire chez les utilisateurs. Le Rohypnol est parfois désigné par les médias comme « drogue du viol ».
OPIACÉS	Varie selon les produits, de 1,5 h (Morphine) à 30 h (Méthadone).	Psychologique, Physique.	Bâillements, Hypertension, Spasmes, Diarrhée, Frissons, Douleur, Anxiété, Irritabilité.	Problèmes de coordination, Perte de conscience, Dépression respiratoire, Troubles cardiaques, Coma, Mort.	La méthadone est un narcotique parfois utilisé dans le traitement des narcomanes.
SOLVANT	Très rapide.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Perte de conscience, Convulsions, Troubles cardiaques, Mort.	Les solvants sont associés à des risques d'incendie et d'explosion.
GHB (gamma hydroxybutyrate)	0,3 h.	Aucune.	Aucun symptôme spécifique.	Sommeil profond, Nausées, Amnésie, Vomissements, Dépression respiratoire.	Ce produit est parfois, lui aussi désigné par les médias comme « drogue du viol ».

STIMULANTS						
Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés	Effets secondaires
CAFÉINE	Café, Thé, Wake-Up, Certains analgésiques ^o .	Capsules, Comprimés, Liquide.	Aucun.	Avalé.	Augmente l'éveil et la force musculaire, Réduit la fatigue.	Agitation, Anxiété, Insomnie, Irritation gastrique, Hypertension.
AMPHÉTAMINE	<i>Crystal*</i> , <i>Ice*</i> , <i>Meth*</i> , <i>Ritalin™</i> , <i>Speed*</i> , <i>Upper*</i> .	Capsules Comprimés Liquide Poudre.	Coupe-faim, Traitement du déficit d'attention chez l'enfant.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Réduction de l'appétit, Réduit la fatigue, Augmente l'éveil et la force musculaire.	Agitation, Anxiété, Insomnie, Hallucination, Paranoïa, Délire, Fièvre, Gestes répétitifs, Augmente la température corporelle.
COCAÏNE	<i>Base*</i> , <i>Coke*</i> , <i>Crack*</i> , <i>Freebase*</i> .	Cailloux Poudre.	Anesthésique topique.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté, Application sur les muqueuses.	Réduction de l'appétit, Réduit la fatigue, Augmente l'éveil et la force musculaire.	Agitation, Anxiété, Insomnie, Hallucinations, Paranoïa, Délire, Fièvre, Gestes répétitifs, Augmente la température corporelle.
NICOTINE	Cigare, Cigarette, Nicoderm™, Habitrol™, Tabac.	Feuilles séchées Gommés à mâcher Pansements.	Réduction des symptômes de sevrage chez le fumeur.	Application sur la peau, Fumé, Mastiqué.	Favorise la perte de poids, Éveil.	Toux, Nausées.

STIMULANTS (suite)					
Produits	Vitesse d'élimination (Demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
CAFÉINE	3-10 h.	Psychologique, Physique.	Fatigue, Difficultés de concentration, Faiblesse, Irritabilité.	Anxiété, Convulsions, Mort ^é .	L'insomnie est une conséquence fréquente de la consommation de caféine.
AMPHÉTAMINE	4 h.	Psychologique.	Anxiété, Fatigue, Difficultés de concentration, Nausées, Augmentation de l'appétit.	Anxiété, Hallucinations, Paranoïa, Délire, Fièvre, Troubles cardiaques, Convulsions, Mort.	De fortes doses de stimulants nuisent à l'apprentissage et à la concentration.
COCAÏNE	0.5 h - 1,5 h.	Psychologique, Physique (Possible).	Anxiété, Fatigue, Difficultés de concentration, Nausées, Augmentation de l'appétit.	Vomissements, Perte de tonus respiratoire, Dépression respiratoire, Convulsions, Mort.	L'utilisation chronique de cocaïne cause l'impuissance chez certains usagers.
NICOTINE	2 h.	Psychologique, Physique.	Irritabilité, Anxiété, Difficultés de concentration, Fatigue.	Nausées, Vomissements, Diarrhée, Confusion, Troubles cardiaques, Défaillance respiratoire, Mort.	La fumée de tabac est souvent associée au cancer.

PERTURBATEURS						
Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés	Effets secondaires
CANNABIS	<i>Bag*</i> , <i>Hasc*</i> , <i>Herbe*</i> , <i>Huile de hasch*</i> , <i>Mari*</i> , <i>Pot*</i> , <i>Résine*</i>	Feuilles séchées, Huile, Petits cubes	Traitement des nausées liées à la chimiothérapie.	Fumé, Avalé.	Désinhibition, Relaxation, Réduction de l'anxiété.	Toux, Augmentation de l'appétit, Rougeur des yeux, Ralentissement de la pensée.
PHENCYCLIDINE (PCP)	<i>Acide*</i> <i>Angel dust*</i> , <i>Mescaline*</i> , <i>Mess*</i> , <i>TH*</i>	Buvards, Capsules, Comprimés, Liquide, Poudre	Usage vétérinaire uniquement.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Hallucinations.	Réduction de la sensibilité à la douleur, Crampes abdominales, Désorientation, Agressivité, Délire.
PSILOCYBINE	<i>Champignons*</i> , <i>Mush*</i> , <i>Mushrooms*</i>	Capsules, Champignons séchés, Cristaux, Poudre	Aucun.	Avalé, Injecté (rarement).	Modification de l'humeur.	Crampes abdominales.
LSD, MDA, STP ET AUTRES	<i>Acide*</i> , <i>Buvard*</i>	Buvards, Capsules, Comprimés, Liquide	Aucun.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Hallucinations.	Désorientation.
ECSTASY	<i>Dove*</i> , <i>MDMA, X*</i> , <i>XTC*</i>	Comprimés, Poudre	Aucun.	Avalé, Injecté (rarement).	Euphorie, Modification des sensations, Réduit la fatigue.	Anxiété, Augmente la température corporelle, Comportements répétitifs.
2-CB	<i>Bromo*</i> , <i>Erox*</i> , <i>Nexus*</i> , <i>Venus*</i>	Comprimés, Poudre	Aucun.	Avalé, Inhalé.	Euphorie, Modification des sensations, Réduit la fatigue.	Désorientation.
KÉTAMINE	Kétalar™, Special K*	Ampoules, Comprimés, Cristaux, Poudre	Anesthésique utilisé en chirurgie.	Avalé, Inhalé.	Hallucinations.	Désorientation, Perte de conscience.

PERTURBATEURS (suite)					
Produits	Vitesse d'élimination (Demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
CANNABIS	20 – 30 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Excitation, Anxiété, Paranoïa.	Le cannabis est la drogue illégale dont l'usage est le plus répandu.
PHENCYCLIDINE (PCP)	24 – 27 h. On rapporte des effets résiduels plusieurs semaines après une consommation.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Hypertension, Convulsions, Coma, Troubles cardiaques et respiratoires, Mort.	Plusieurs observations relient le PCP à des comportements violents chez la personne intoxiquée.
PSILOCYBINE	Données non disponibles.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion.	Il est très dangereux de consommer des champignons inconnus ramassés au hasard.
LSD, MDA, STP ET AUTRES	3 h (LSD).	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Agitation, Délire, Coma, (varie selon les produits).	Le produit vendu sous le nom de TH contient du PCP ou d'autres hallucinogènes.
ECSTASY	7,6 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Fièvre, Convulsions, Hypertension, Troubles cardiaques, Risques de décès soupçonnés	Les comprimés vendus sur le marché noir peuvent contenir du PCP ou d'autres substances.
2-CB	Données non disponibles.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion.	Parfois vendu comme étant de l'ecstasy.
KÉTAMINE	4 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Hypertension, Perte de conscience, Dépression respiratoire.	Risques de « flashback » ou de « bad-trip ».

Tableaux tiré de Lecavalier et coll., 2003. Reproduit avec l'autorisation du CRD
Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec

I.9. Facteurs de risque et de vulnérabilité

9.1. Modalités d'usage à risque

Certaines modalités de consommation sont fortement corrélées à un risque d'installation de dépendance ou de trouble lié à l'usage d'une substance et à l'apparition de dommages somatiques, psychiatriques et sociaux.

9.1.1. Précocité des consommations

Plus une consommation de SPA (drogues, alcool) débute tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'un trouble addictif augmente. Plus le nombre de consommations, quel que soit le produit psychoactif, est important, plus le temps d'exposition aux effets du produit est grand au cours de la vie, plus le risque de survenue de complications augmente (**Reynaud et al., 2016, p. 84**).

9.1.2. Cumul des consommations

Les polyconsommations sont un facteur d'aggravation du risque d'intoxication pour toutes les substances. Par exemple, les consommations fréquentes de cannabis sont en général associées et ont été précédées par la consommation de tabac et d'alcool. Les consommations de cocaïne sous forme de poudre ou de cailloux sont fréquemment associées aux consommations d'alcool. Le risque du cumul des consommations est à la fois pharmacologique et psychosocial (**Reynaud et al., 2016, p. 84**).

9.1.3. Usage auto-thérapeutique

Différents types de consommation peuvent être individualisés comme étant à visée anxiolytique, hypnotique, antidépressive ; comme étant à heure fixe (début matinal par exemple) traduisant un comportement addictif ; comme étant régulières, continues et massives (recherche de « défonce ») pour lutter contre l'ennui ou d'autres émotions négatives, à l'origine de troubles du comportement. L'usage auto-thérapeutique est révélateur de troubles psychopathologiques sous-jacents chez un certain nombre de sujets (**Reynaud et al., 2016, p. 84**).

9.1.4. Répétition de l'usage

L'impossibilité de ne pas pouvoir consommer et le besoin de consommer quotidiennement, massivement ou non, une substance psychoactive sont des indicateurs

addictologiques importants. Sortir des conditions habituelles de consommation d'un produit est l'expression d'un risque important, la répétition des consommations traduisant l'installation d'une conduite addictive (**Reynaud et al., 2016, p.84**).

9.2. Facteurs de risque

9.2.1. Les facteurs génétiques

D'autres facteurs de vulnérabilité comme les facteurs génétiques auraient une influence sur le métabolisme, et les effets des drogues contribuent au développement de l'addiction. Enfin, les interactions gènes/environnement participent de manière indissociable à l'expression de la vulnérabilité aux drogues. Les facteurs génétiques expliquent moins de 50 % du problème addictologique mais ils doivent être pris en compte dans l'équation clinique (**Reynaud et al., 2016, p. 85**).

9.2.2 Les facteurs psychologiques et comportementaux

Les différents traits de personnalité pouvant être des facteurs de risque individuels d'installation d'une conduite addictive sont :

- La faible estime de soi.
- la timidité.
- l'autodépréciation.
- les réactions émotionnelles excessives (ou l'inverse).
- les difficultés à réagir ou non face à certains événements.
- les difficultés à avoir des relations stables et à résoudre les problèmes interpersonnels.
- Concernant les dimensions tempéramentales, un niveau élevé de recherche de sensations, de recherche de nouveauté, de réactivité émotionnelle, un faible évitement du danger, un faible niveau de sociabilité joue également un rôle important dans le risque individuel d'installation d'une conduite addictive. Enfin, les troubles du comportement précoces sont fortement corrélés à un abus, voire à l'installation d'une dépendance à des substances psychoactives chez l'adolescent et l'adulte jeune (**Reynaud et al., 2016, p. 85**).

9.2.3 Les facteurs environnementaux

Le fonctionnement familial, le style d'éducation parentale (négligeant, rejetant, permissif par exemple) jouent un rôle dans l'installation d'une conduite addictive.

- La tolérance familiale à l'égard d'un usage de produits et la transgression des règles familiales sont également un facteur de risque de début des consommations de substances.

- Les pairs jouent un rôle dans l'initiation d'une consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues.

- La perte des repères sociaux (chômage, précarité, dysfonctionnement familial ...) est un facteur de risque majeur.

- La rupture ou l'exclusion scolaire, l'absence d'encadrement pédagogique laissent l'enfant ou l'adolescent livré à lui-même, pouvant interagir avec des pairs ayant des troubles du comportement et /ou des troubles des conduites.

- Les événements de vie jouent un rôle important dans la vulnérabilité individuelle à consommer des produits de manière addictive. Il peut s'agir d'un deuil, de rupture, de séparation, de maltraitance, d'abus sexuels (viol, inceste...)

- Le choix du groupe d'amis, chez lesquels certaines substances sont disponibles, est un facteur renforçateur. La pression du groupe, la prédisposition. **(Reynaud et al., 2016, p. 85).**

II. Cannabis

II.1. Définition du Cannabis

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée dans le monde, et particulièrement chez les adolescents. Malgré des dommages sanitaires importants, son usage reste souvent banalisé. Le cannabis a longtemps été associé à l'image d'une drogue « douce ». Mais l'ensemble des études réalisées chez l'animal et chez l'Homme a mis en évidence les conséquences néfastes de cette substance avec notamment des effets cognitifs à court et long terme ainsi que des conséquences psychiatriques **(Lafaye,2016, p.644)**

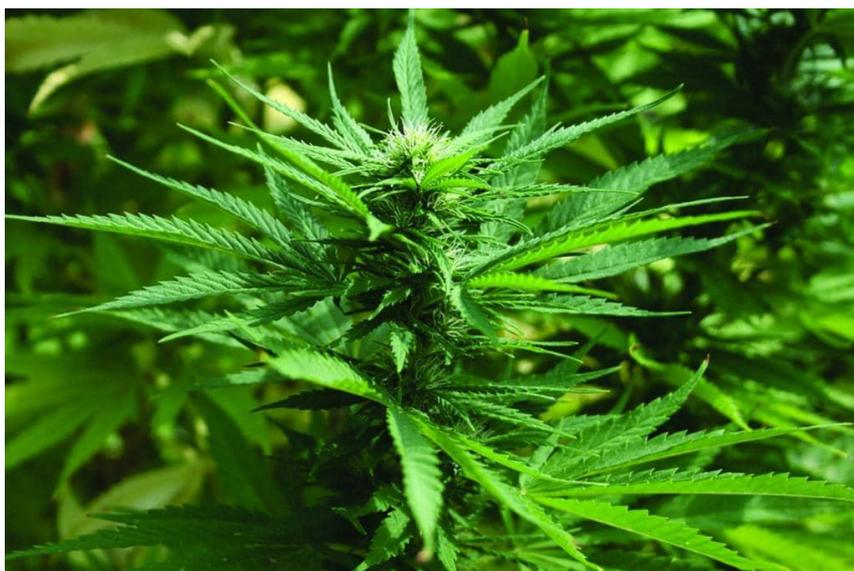


Figure 04 : Plante du Cannabis (Fournier, 2020).

Le principe actif le plus important du cannabis est le Δ 9-tétrahydrocannabinol (Δ 9-THC ou THC), également connu sous le nom de dronabinol, qui est sa dénomination commune internationale (DCI) (EMCDDA, 1993).

Sur la base des teneurs en Δ -9-tétrahydrocannabinol (THC, psychoactif) et en cannabidiol (CBD, non psychoactif), on distingue trois types de chanvre :

❖ Le type « **résine** » à forte teneur en THC (<1%) et dépourvu de CBD, ce type de composition s'observe avec tous les chanvres croissant dans les zones climatiques chaudes et produisant beaucoup de résine

❖ Le type « **fibre** » à très faible teneur en THC (>0, 3%) et teneur élevée en CBD, en fait < 0,1 % pour la majorité des variétés « textiles » sélectionnées et cultivées dans les zones tempérées septentrionales.

❖ Le type « **intermédiaire** » à teneur forte en THC et en CBD, ce type est caractéristique du chanvre originaire du bassin méditerranéen (Fournier, 2020).

A partir du chanvre, plusieurs formes peuvent être consommées :

- **L'herbe (marijuana)**, uniquement à partir des sommités fleuries (partie aérienne), qui est la forme classique de la drogue.



Figure 05 : plante marijuana

<https://img.rts.ch/decouverte/sante-et-medecine/maladies-et-traitements/cannabis/2013/image/ql0v0b-27878604.image?m=1920>

- **La résine (haschich)** est obtenue par séparation des sommités fleuries. Elle est aussi consommée par inhalation de fumée, via le joint ou l'utilisation d'une pipe à eau (bhang).



Figure 06 : La résine

<https://www.elmoudjahid.com/storage/images/article/e88dcdb4e9f055deb7355163c5ceaedf.jpg>

- Enfin l'huile de cannabis (haschich liquide), qui est une forme très concentrée en THC (<50%), est obtenue par extraction du haschich à l'aide de solvants sur le principe de l'extracteur de Soxhlet (Fournier, 2020).



Figure 07 : L'huile de cannabis

https://pharmacieaudigierlafarge.fr/69406-large_default/granions-huile-cbd-5-10-ml.jpg

II.2. Données épidémiologiques sur l'usage de cannabis

Catégorisation selon la nature de l'infraction		Quantités saisies durant le premier semestre 2022	Quantités saisies durant le premier semestre 2023	Variation	%
Trafic et commerce	À l'intérieur du pays	13471 ,032	12227,662	-1243,370	-9,23
	Aux frontières du pays	23769,354	10138,233	-13631,121	-57,35
Détenition et usage		28,113	21,674	-56 ,439	-22,90
Culture	Herbe de cannabis	0,7042	13,87281	+13,16861	1870,01
	Graine de cannabis	0 ,580513	1 ,55126	+0,970747	+167 ,22
	Plante de cannabis	2326 Plantes	5194 Plantes	+2868	+123,30
Total	Résine de cannabis	37268,499	23387,568	-14880,931	-39 ,93
	Herbe de cannabis	0,7042	13,87281	+13,16861	+1870,01
	Huile de cannabis	5MI	--	-5	-100
	Graine de cannabis	0,580513	1,55126	+0,970747	+167,22
	Plante de cannabis	2326 Plantes	5194 Plantes	+2868	+123, 30

Tableau N°03 : Quantités du cannabis (en kilogramme) saisies en Algérie durant les premiers semestres 2022 /2023 (Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie)

II.3. Les composants du cannabis

Plusieurs centaines de composés différents ont été identifiés dans les plants de cannabis. Parmi ceux-ci, on compte des huiles essentielles à composés terpéniques, des flavonoïdes, des sucres, des acides gras ...

Les constituants les plus intéressants au plan pharmacologique sont les cannabinoïdes (**Figure 04**). Il s'agit de dérivés phénoliques non azotés du benzopyrane. Plus d'une soixantaine ont été retrouvés dans le cannabis (**Fournier, 2020**).

Ces dérivés terpéniques sont concentrés dans la sécrétion résineuse de la plante, produite par des glandes présentes principalement au niveau des sommités florales, ainsi que dans les feuilles dans une moindre mesure. Les cannabinoïdes sont présents en beaucoup plus faible quantité dans les tiges et les graines.

Les principaux représentants de ce groupe sont le Δ -9-tétrahydro-cannabinoïle (**THC**), le cannabinoïle (**CBN**) et le cannabidiol (**CBD**).

Le THC et le CBD sont présents dans la plante fraîche et dans les échantillons récemment préparés, au contraire du CBN. En effet, le CBN n'est pas un cannabinoïde naturel mais un produit de dégradation du THC, formé par oxydation. En plus de ces trois composés, il existe plus de soixante cannabinoïdes connus d'origine végétale qui sont produits en quantité variable par les différentes variétés de cannabis.

Dans la plante, les cannabinoïdes sont synthétisés sous une forme acide, carboxylée (acides tétrahydrocannabinoliques A et B, acide cannabidiolique etc ...) et sont donc majoritairement présents sous cette forme. Ces dérivés acides sont instables et facilement convertis en formes neutres par la chaleur, particulièrement lorsque le cannabis est fumé ou cuit pour la préparation des « space cakes ». Contrairement aux formes acides, ionisées et donc liposolubles; elles traversent dès lors facilement la barrière hémato-encéphalique pour atteindre le cerveau, siège des effets psychotropes de la drogue (**Allouche,2022**)

Des teneurs différentes en THC et en cannabidiol totaux, formes neutres et acides additionnées, permettent de distinguer trois types de chanvre (**Fournier, 2020**).

Le type « drogue » est caractérisé par une forte teneur en THC (> 0,3 %) et une très faible teneur en CBD (< 0,5 %). Le cannabis est considéré à drogue quand le résultat de l'équation suivante est supérieur à l'unité :

$$\frac{\% \text{THC} + \% \text{CBN}}{\% \text{CBD}}$$

Où % **THC** est la concentration en **THC** total ramenée sur concentration totale en cannabinoïdes et exprimée en % ; % **CBN** est la concentration en CBN ramenée sur la concentration totale en cannabinoïdes et exprimée en % ; % **CBD** est la concentration CBD total ramenée sur la concentration totale en cannabinoïdes et exprimée en % (**Allouche, 2022**)

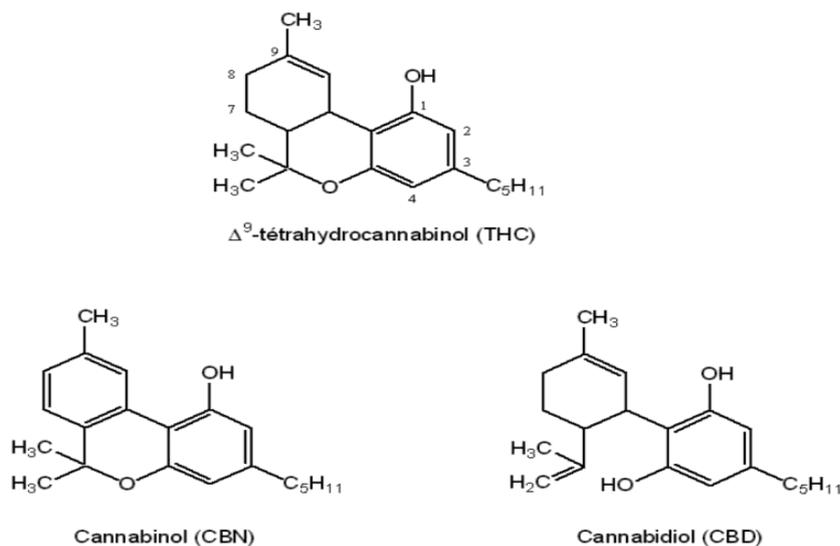


Figure 08 : Formules chimiques des principaux cannabinoïdes (Allouche, (2022))

Le type « fibre » a une très faible teneur en **THC** (< 0,2 %) et une teneur élevée en **CBD** (> 0,5 %). Le cannabis est considéré à fibres quand le rapport calculé par l'équation ci-dessus est inférieur à l'unité (**Allouche, 2022**)

II.4. Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage du cannabis (DSM-5)

- A. Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance qui sont cliniquement significatives, comme en témoignent au moins 2 des éléments suivants survenant dans une période de 12 mois :
1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
 2. Il y a un désir persistant de diminuer ou de contrôler l'utilisation du cannabis ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation.

3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir du cannabis, utiliser le cannabis et récupérer de ses effets.
4. Forte envie, désir ou besoin de consommer du cannabis.
5. L'usage du cannabis a pour conséquence des manquements récurrents à des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Poursuite de l'utilisation du cannabis malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
8. Usage récurrent du cannabis dans des situations où c'est physiquement dangereux.
9. L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne soit consciente d'avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
10. Tolérance, telle que définie par l'un des éléments suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus grandes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet souhaité.
 - b. Effet notablement diminué avec l'utilisation continue de la même quantité de cannabis.
11. Sevrage, tel que manifesté par un des éléments suivants :
 - a. Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis.
 - b. Le cannabis (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Niveaux de sévérité :

- Léger : présence de 2-3 symptômes.
- Modéré : présence de 4-5 symptômes.
- Sévère : présence de 6 symptômes ou plus.

Sevrage au cannabis

- A. Cessation d'une consommation du cannabis qui a été importante et prolongée (c'est-à-dire, utilisation habituellement quotidienne ou presque sur une période d'au moins quelques mois).

- B. Trois (ou plus) des signes et symptômes suivants se développent à l'intérieur d'environ 1 semaine après la cessation :
1. Irritabilité, colère ou agressivité.
 2. Nervosité ou anxiété.
 3. Difficulté de sommeil (par exemple, insomnie, rêves perturbants).
 4. Diminution de l'appétit ou perte de poids.
 5. Agitation.
 6. Humeur dépressive.
 7. Au moins un des symptômes physiques suivants causant une gêne importante : douleur abdominale, tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou maux de tête.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une détresse significative ou une altération significative du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres importants.
- D. Les signes ou les symptômes ne sont pas attribuables à une autre condition médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont l'intoxication ou le sevrage d'une autre substance.

En plus des symptômes du critère B, les symptômes suivants peuvent également être observés après l'abstinence : fatigue, bâillements, difficulté à se concentrer, et périodes de rebond d'augmentation de l'appétit et d'hypersomnie qui suivent des périodes initiales de perte d'appétit et d'insomnie.

Plusieurs utilisateurs rapportent fumer du cannabis ou prendre d'autres substances pour aider à soulager les symptômes de sevrage, et beaucoup rapportent que ces symptômes rendent difficile de quitter ou contribuent à la rechute.

La plupart des symptômes apparaissent dans les premières 24 à 72 heures après la cessation, le pic est atteint dans la première semaine, et les symptômes peuvent durer environ 1 ou 2 semaines. Les troubles du sommeil peuvent durer plus de 30 jours (**DSM-V, 2015**).

II.5. Principales effets somatiques liés à l'usage de cannabis

La gravité des effets secondaires est fonction de l'âge de l'initiation, de la durée de la consommation et du terrain somatique et probablement génétique de l'utilisateur. La consommation régulière augmente par ailleurs le risque d'être responsable d'un accident mortel de la voie publique (RR = 3,32), avec un effet-dose significatif (RR = 4,72) lorsque le Δ -THC sérique est supérieur à 5 ng/ml (Lejoyeux, 2017, p.205).

Effets neuropsychologiques

Les récepteurs cannabinoïdes CB1 sont des récepteurs présynoptiques qui se trouvent en grand nombre dans les régions corticales et sous-corticales impliquées dans l'apprentissage, la mémoire et la récompense (cortex frontal, hippocampe, amygdale) ainsi que dans la coordination motrice (cervelet, cortex). Ils jouent un rôle dans la plasticité synaptique et le flux de l'information au niveau cérébral par le biais du rétrocontrôle synaptique, de la potentialisation au long terme et de la suppression de l'excitation ou de l'inhibition.

Après une prise aiguë, les mesures des fonctions cognitives montrent une altération des performances psychomotrices et cognitives, à l'exception des capacités d'abstraction et de vocabulaire.

Le cannabis perturbe les processus associatifs, facilitant les associations inhabituelles, Il diminue la mémoire et l'apprentissage des mots. Les doses modérées induisent une altération de la perception temporelle, des troubles de la mémoire à court terme et une incapacité à accomplir des tâches multiples simultanées.

À dose plus importante, des troubles du langage et de la coordination motrice peuvent apparaître avec une augmentation du temps de réaction. Plus controversés sont les effets persistant après l'arrêt de la consommation, Certains ont mis en évidence des déficits chez les patients abstinents depuis 28 J. Après 3 mois, les déficits intellectuels et cognitifs s'estompent.

L'âge précoce du début de l'utilisation est un facteur aggravant. Consommé jeune, le cannabis perturbe la maturation neuronale qui se poursuit pendant l'adolescence. Les déficits cognitifs induits sont plus importants chez ceux qui consomment du cannabis avant 17 ans. Les potentiels évoqués cérébraux traduisent la fonctionnalité et la réactivité cérébrale.(Lejoyeux, 2017, p.206).

Effets cardiovasculaires

La prise ponctuelle de cannabis a des effets sympathomimétiques et parasympholytiques. Le cannabis est chronotrope positif, inotrope positif et bathmotrope positif, Il accélère le cœur et fait monter la tension artérielle.

Ces effets s'estompent quand l'usage se prolonge. Chez le sujet jeune, les effets cardiovasculaires représentent rarement un motif de consultation. Chez les patients plus âgés, le cannabis peut provoquer des extrasystoles auriculaires ou ventriculaires et d'autres arythmies plus persistantes, comme la fibrillation auriculaire, la fibrillation ventriculaire, voire la mort subite.

Le cannabis augmente la fréquence des accidents vasculaires. Le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par 4,8 dans l'heure qui suit sa prise, pour revenir à la normale à la deuxième heure.

Deux mécanismes expliquent les effets vasculaires. La vasodilatation des artères périphériques en cas de prise aiguë peut provoquer une hypotension orthostatique et un défaut de perfusion cérébrale. L'autre mécanisme vasculaire impliqué est le vasospasme (**Lejoyeux, 2017, p.207**).

Effets pulmonaires

La prise aiguë crée une bronchodilatation modérée de courte durée, pendant quelques heures. Cette bronchodilatation s'estompe avec l'usage prolongé. L'usage chronique augmente l'incidence de la toux et des crachats.

Le cannabis provoque, comme le tabac, des broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Il diminue la densité de la trame pulmonaire et la conductivité des bronches. Ces atteintes sont proportionnelles à la quantité de cannabis fumée. La toxicité pulmonaire comparée du tabac et du cannabis suggère qu'un paquet de cigarettes est aussi toxique que 2,5 à 5 joints/jour.

Chez les fumeurs de cannabis seul (3 à 4 joints/jour en moyenne), la muqueuse bronchique est altérée. Elle présente des lésions hyperplasiques, métaplasiques et des altérations structurelles aussi importantes que celles des fumeurs réguliers de tabac (1 paquet/jour).

Le cannabis augmente le risque de cancer du poumon. Ce risque augmente de 8 % pour chaque joint-année (consommation de 1 joint par jour par an). Parmi les plus gros fumeurs de cannabis (>10,5 joints-année), le risque relatif de développer un cancer du poumon est de 5,7 (Lejoyeux, 2013, p.207).

Effets hépatiques

À l'état physiologique, le foie n'exprime pas de récepteurs cannabinoïdes. En cas d'hépatite, il existe une augmentation de l'expression des récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2 au niveau des cellules fibrinogènes. Les études conduites chez les patients porteurs d'une hépatite C ont montré une fibrose plus importante chez les fumeurs de cannabis comparés aux non-fumeurs. L'usage quotidien de cannabis est un facteur de progression rapide de la fibrose (RR = 2,5) (Lejoyeux, 2017, p.208).

II.6. Les modalités de prise en charge

II.6.1 Prise en charge psychologique

❖ Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales sont un outil essentiel pour aider à se passer de cannabis et agir sur ses pensées, ses envies et les situations à risque de rechute. Les thérapies apprennent au sujet à gérer ses émotions pour ne plus utiliser le produit comme un «antidote» à ses difficultés émotionnelles. Il ne doit plus «soigner» les états de colère, d'angoisse ou de tristesse par un recours au cannabis (Lejoyeux, 2017, p.214).

❖ Entretien motivationnel (EM)

L'entretien motivationnel procède par étapes en fonction du stade motivationnel. Le but est de faire progresser la motivation et de diminuer la résistance au changement. L'entretien renforce aussi l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité. Ils reposent sur le fait qu'un changement de comportement n'est possible que si la motivation vient du patient lui-même et non du thérapeute ou de l'entourage. Les psychothérapies aident le patient à changer son point de vue, ses croyances et son comportement. Les techniques cognitivo-comportementales complètent l'entretien motivationnel. Elles permettent au sujet de trouver de nouvelles solutions pour la gestion de ses problèmes, de ses émotions et de ses envies sans consommer (Lejoyeux, 2017, p.214).

❖ Thérapies familiales

Les thérapies familiales peuvent avoir un intérêt pour recréer une cohésion familiale rassurante, en rétablissant un lien parfois rompu. Elles permettent d'intervenir directement sur le milieu dans lequel évolue le patient et d'inclure la famille dans les soins. Certaines approches structurées ont été développées de manière spécifique dans cette indication. Il s'agit des thérapies familiales de type multidimensionnel (multi dimensional family therapy) associant l'action sur la famille à des thérapies individuelles (**Lejoyeux, 2017, p.214**).

❖ Thérapies d'inspiration analytique

Les thérapies d'inspiration analytique peuvent trouver leur intérêt en déplaçant les investissements du sujet pour qu'il retrouve un accès au plaisir sans le truchement d'un toxique. Ces thérapies doivent être adaptées à la problématique de l'adolescence quand elles sont proposées aux plus jeunes des patients (**Lejoyeux, 2017, p.215**).

II.6.2 Prise en charge médicamenteuse

o **Les tranquillisants ou anxiolytiques** : Ils diminuent l'angoisse et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire...). Ils ne sont pas indiqués pour une maladie précise mais pour répondre à un état d'anxiété. Les tranquillisants les plus prescrits, notamment pour des durées longues, appartiennent à la famille des benzodiazépines.

o **Somnifères ou hypnotiques** : Ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance. Les somnifères les plus prescrits, notamment pour des durées longues, n'appartiennent pas à la famille des benzodiazépines, mais celles-ci sont encore souvent utilisées en raison de leur efficacité contre l'angoisse.

o **Neuroleptiques ou antipsychotiques** : Ils relèvent de prescriptions psychiatriques, notamment pour le traitement des psychoses (maladies mentales qui affectent les comportements, le rapport à la réalité et dont le malade ne reconnaît pas toujours le caractère pathologique). Dans le traitement de ces maladies souvent longues, la prise en charge psychologique et sociale du patient doit être associée au traitement médicamenteux.

o **Les antidépresseurs : (Laroxyl, Anafranil, Déroxat, Zoloft..)**, Ils sont prescrits dans le traitement de la dépression dont les symptômes sont notamment : la tristesse, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir à vivre, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires (perte de l'appétit ou plus rarement boulimie), sensation de fatigue ou perte d'énergie inexplicables, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer.

Les antidépresseurs peuvent entraîner des effets indésirables : perte de vigilance, somnolence ou excitation. Ces médicaments doivent être réservés aux dépressions diagnostiquées par le médecin et ne peuvent être prescrits pour des difficultés passagères. Ils n'entraînent pas de réelle dépendance physique. Cependant, la diminution de la posologie doit être progressive pour éviter des symptômes comme des nausées ou des sensations vertigineuses en cas d'arrêt brutal (INPES, 2006, pp.121-124).

Synthèse

L'addiction aux SPAs peut être considérée comme un problème complexe et dévastateur qui impacte profondément le cerveau et le comportement des individus. Elle se caractérise par un désir compulsif et irrésistible de consommer ces substances, malgré les conséquences néfastes qu'elles entraînent sur la santé, les relations personnelles et divers aspects de la vie quotidienne.

Dans ce contexte, la résilience apparaît comme un pilier essentiel, offrant un moyen de s'adapter et de rebondir face à l'adversité.

CHAPITRE II

LA RESILIENCE

Préambule

La résilience, concept forgé par les expériences vécues, offre un éclairage sur les multiples facteurs qui en interaction, aident les individus, les familles ou les communautés à surmonter des prévisions sombres et à s'en sortir. Pour cela, dans ce chapitre, nous allons aborder les fondements théoriques majeurs de la résilience, en retraçant son évolution au fil des décennies passées.

1. Historique du concept résilience

Le concept de résilience a pu se développer au XX^e siècle parce que la culture contextuelle était structurée par les machines et la médecine qui étaient en pleine expansion. Les agronomes ont été les premiers à faire du mot « résilience » un concept à allure scientifique. La résilience d'un système socio-écologique est sa capacité à absorber les perturbations naturelles comme la sécheresse et l'inondation, et se réorganiser de façon à maintenir ses fonctions et sa structure. Les métallurgistes ont ensuite calculé l'impact nécessaire pour rompre une barre de fer qui, en deçà de cette pression, avait résisté au choc et repris sa forme (**Cyrulnik, 2016, pp.298-300**).

L'origine du terme résilience se perd dans la nuit des temps, mais il a été utilisé dans une variété de contextes depuis au moins 2065 ans. Son histoire est riche et variée. Il est passé d'une langue à l'autre, d'un pays et d'une culture à une autre et, finalement, d'une discipline à une autre (**Alexander, 2016, p.8**).

La résilience est un terme français, issu du latin *resilientia*, qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner la « résistance du matériel aux chocs élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre » (**Dictionnaire le Robert**). Dans le contexte de la métallurgie, la résilience désigne, donc la qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité et qui manifeste la capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. En informatique, la résilience concerne la qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner en dépit d'anomalies, liées aux défauts d'un ou de plusieurs éléments constitutifs. (**Anaut, 2008, p.35**).

À l'origine, le terme résilience était utilisé en physique pour caractériser (en joule par cm²) la résistance au choc d'un métal. Il fut utilisé pour la première fois, par Francis Bacon (1626) pour désigner le son rebondissant contre un corps et provoquant l'écho. Cette acceptation renvoie donc à un phénomène physique mesurable (Vermeiren, 2012, p.16). La

résilience des matériaux est ainsi une des clés d'analyse essentielle des matériaux de la structure. La notion de résilience dans la science des matériaux, appartient à l'étude de la rupture. Elle s'inscrit dans un ensemble plus large qui est celui de l'étude des propriétés mécaniques des matériaux. **(Blétry, 2016, p.194).**

L'utilisation du concept de résilience en psychologie et psychopathologie demeure encore assez récente en France, où elle est connue surtout depuis les années 1990. Les premiers travaux en appui sur ce concept viennent des anglo-saxons et nord-américains. Nous pouvons citer, parmi les précurseurs de cette approche, des chercheurs anglo-saxons comme Werner (1982 ; 1992) ; Rutter (1983 ; 1992) ; Garmezy (1983, 1996) ; Fonagy (1994 ; 2001) ; Haggerty, Sherrod et al. (1996) ; mais également francophones comme Cyrulnik (1999 ; 2001 ; 2006) ; Guedeney (1998) ; Manciaux (1999 ; 2001) ou Lemay (1999) au Québec. **(Anaut, 2008, p.37).**

Le mot « résilience » apparaît pour la première fois dans une revue scientifique de psychologie ou de psychiatrie en 1942, quand Mildred C. Scoville évoque, dans l'*American Journal of Psychiatry* ; l'étonnante résilience des enfants confrontés, pendant la guerre, à des situations dangereuses pour leur vie. Dans ce texte, Scoville cite l'article publié, la même année, par Dorothy Burlingham et Anna Freud, qui notaient que des enfants qui avaient vécu des bombardements répétés et très destructeurs ne présentaient pas de signes observables de choc traumatique. La résilience psychologique devient objet de recherche avec les thèses de doctorat, soutenues à l'université Stanford, par Jack Block (1950) et Jeanne Block (1951). Les travaux des époux Block ont fait émerger le concept de résilience du moi dont le sens est précisé en 1980, quand ils le définissent comme l'un des facteurs sous-jacents à l'adaptation. Depuis 1950, la recherche sur la résilience psychologique s'est beaucoup développée et le nombre des publications a connu une croissance exponentielle. En témoigne le fait que le 3 mai 2016, dans la banque de données PsycINFO, figuraient 10 914 documents ayant dans le titre ou comme sujet résilient **(Ionescu, 2016, pp.31-32).**

L'étude de la résilience a progressé, après 1970, en quatre vagues successives qui se superposent partiellement dans le temps. La première vague a permis, de bonnes descriptions de la résilience dans différentes situations. Deux approches se sont précisées dans l'étude de ce phénomène : l'une, centrée sur la personne et l'autre, sur les variables qui interviennent. La deuxième vague a été centrée sur l'étude des processus conduisant à la résilience au cours du développement. La troisième vague marque le passage de l'étude de la résilience telle qu'elle se construit naturellement à la promotion de la résilience chez les personnes qui vivent de

l'adversité ou subissent des traumatismes. Les recherches de la quatrième vague conçoivent la résilience psychologique dans une perspective systémique, dynamique (**Ionescu, 2016**).

De ce fait, depuis son apparition, les recherches sur la résilience ont étudié les éléments qui la caractérisent tout en déterminant les particularités individuelles, familiales et sociales. Ce qui a permis l'exploration des potentiels de rétablissement et de résistance de l'être humain.

2. Définitions de la résilience

D'abord, d'après Le Dictionnaire Historique de la langue française, le terme résilier est étymologiquement constitué de re (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et salire (sauter, bondir). Résilier signifie donc littéralement sauter en arrière, se rétracter. (**Anaut, 2008, p.35**).

La résilience peut se définir comme « un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un développement après un traumatisme. Ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences internes et de compétences externes à l'individu, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo-développement malgré l'adversité». Ainsi, nous pouvons dire que la résilience «fait référence aux ressources développées par une personne, un groupe ou une communauté, pour tolérer et dépasser les effets délétères ou pathogènes des traumatismes et vivre malgré l'adversité, en gardant une qualité de vie avec le moins de dommage possible» (**Anaut, 2008**).

Selon Bourbeau, la résilience est un concept interdisciplinaire par excellence. De nombreuses disciplines, telles que la psychologie, la criminologie, le travail social et l'écologie, ont analysé, documenté, détaillé et expliqué la résilience au cours des dernières décennies (**Bourbeau, 2016, p.285**).

Pour Cyrulnik (2008) « la résilience est la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement, acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative » (**Rivest, 2011, p.13**).

Ainsi, la résilience serait un ensemble de ressources personnelles (confiance en soi, contrôle perçu, autonomie, maturité, flexibilité) et/ou contextuelles (liens sociaux privilégiés, valeurs acquises, responsabilités assumées). La résilience est parfois définie comme l'ensemble des facteurs protégeant contre ce qui est nocif et facilitant le développement du bien-être et de la santé (**Rutter, 2008 ; Ungar, 2008 ; Zautra, Hall & Murray, 2010, cité dans Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014**).

D'après ces définitions on peut constater que la résilience est un processus qui permet de gérer et de s'adapter malgré la présence de l'adversité, lui permettant de se développer d'une façon positive pour réduire l'impact stressant. Aussi elle permet d'accroître sa santé mentale face à des situations difficiles qui peuvent être traumatiques et stressantes.

3. Concepts apparentés à la résilience

3.1 Le coping

Le concept de coping a été largement développé durant ces dernières décennies, notamment par Lazarus et Folkman (1984). Ainsi, le coping apparaît comme une forme de résilience ou plus exactement peut contribuer à décrire une certaine approche du processus de résilience, à partir d'une perspective essentiellement comportementale et consciente (**Anaut, 2015b, p.91**).

3.2 L'empowerment

L'empowerment est un processus par lequel une personne qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes développe, par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale (Le Bossé et Lavallée, 1993). En d'autres termes, il s'agit de l'acquisition, par l'individu, la famille ou la communauté, du sentiment de compétence et de confiance en leurs ressources (**Bouchard, 1998**).

On constate que, l'empowerment est un processus sociopolitique, qui englobe une dynamique individuelle d'estime de soi et de développement des compétences avec un engagement collectif et une action sociale transformative.

3.3 Le sentiment de cohérence

Le sentiment de cohérence incite une personne ou sa famille à envisager l'existence comme étant structurée, prédictible tout en percevant les ressources comme étant disponibles et les demandes comme des défis à relever (**Greef, Van der Merwe, 2004**).

Pour Patterson et Grawich (1998), le sens de cohérence devient une habileté familiale à mettre de l'équilibre entre le contrôle et la confiance. En effet, selon Greef, & Van der Merwe, 2004, plus le sens de cohérence est élevé, plus l'adaptation en est facilitée. En revanche, la plupart des auteurs traitant de résilience considèrent le sens de cohérence comme une

conséquence de la résilience. Donc, une fois le processus de résilience traversé, l'individu ou la famille augmente son sens de cohérence (Greef, Van der Merwe, 2004).

3.4 L'invulnérabilité

L'invulnérabilité désigne la caractéristique intrinsèque et stable permettant à l'individu ou à la famille d'éviter d'être blessé. L'invulnérabilité n'est pas la résilience car, pour qu'il y ait résilience, il faut au préalable avoir été touché et déstabilisé par un événement. Il faut y avoir été jusqu'à un certain point et dans un premier temps, vulnérable, puis, avoir cherché et réussi à s'adapter et à croître à travers les contraintes induites par cet événement (Joubert, 2003, cité dans Michallet, 2009, p.11).

De ce fait, les quatre concepts de la résilience sont donc liés les uns aux autres, malgré cela ils ne se représentent pas comme des synonymes.

4. Les facteurs de protection vs les facteurs de risque de la résilience

Selon Jourdan-Ionescu « les facteurs de risque et les facteurs de protection constituent une dyade inséparable et doivent être envisagés conjointement si l'on veut mieux comprendre le dynamisme du développement » (Jourdan-Ionescu, 2001, p.168, cité dans Tourigny, 2016, p.15).

4.1 Les facteurs de protection

Bouteyre (2008) définit les facteurs de protection comme des caractéristiques individuelles et/ou environnementales qui modifient, modèrent ou améliorent la réponse que peut apporter un sujet face à une agression ou un stress, en atténuent l'impact et favorisent une meilleure adaptation (Azuelos & Quintard, 2017, p.129).

La résilience peut concerner les individus, les familles, les communautés ou sociétés. Un certain nombre de caractéristiques associées au processus de résilience, ont été identifiées et constituent des « facteurs » de résilience individuelle, familiale ou communautaire selon les approches.

4.1.1 Facteurs individuels

A partir de l'étude des individus réputés résilients, on peut retenir un certain nombre de caractéristiques qui contribuent à faciliter la résilience comme,

- Habilités de résolution des problèmes.

- Autonomie.
- Capacités de distanciation face à un environnement perturbant.
- Compétences sociales.
- Empathie.
- Altruisme.
- Sociabilité, popularité.
- Perception d'une relation /positive avec un adulte(**Anaut,2005, p.7**).

4.1.2 Facteurs familiaux

Parmi les caractéristiques de la structure familiale :

- L'attachement parentale.
- Nombre d'enfants (<5).
- Espace entre les naissances.
- Espace physique suffisant.
- Spiritualité, idéologie.
- Discipline éducative.

Parmi les caractéristiques de la dynamique familiale :

- Qualité de la communication
- Interactions chaleureuses et positives
- Support et affection(**Anaut,2005, p.7**).

4.1.3. Facteurs sociaux et/ou communautaires

Parmi les niveaux de résilience sociale, on peut citer :

- Les pairs
- Communauté sociale : école, quartier...
- La communauté religieuse ou idéologique
- La société et la culture

Parmi les formes de résilience sociale, on peut retenir :

- Solidarités.

- Attentes élevées.
- La tolérance sociale (Anaut,2005, p.7).

4.1.4 Facteurs de soutien

-La présence des personnes aidantes comme des enseignants, des soignants, des membres de la famille étendue.

-Présence de milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, la responsabilité et le contrôle (milieu judiciaire, éducatif, professionnel). (Virginie, et al., 2003).

La résilience peut concerner les individus, les familles, les communautés ou sociétés. Un certain nombre de caractéristiques associées au processus de résilience, ont été identifiées et constituent des « facteurs » de résilience individuelle, familiale ou communautaire selon les approches.

4.2 Les facteurs de risque de la résilience

Selon l'OMS (2012) un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

Ainsi, selon Germezy (1996), un facteur de risque pourra être « un évènement ou une condition organique ou environnementale qui augmente la probabilité pour l'enfant de développer des problèmes émotifs ou de comportements » (Anaut, 2015b, p.33).

Les facteurs de risques peuvent être regroupés selon trois catégories principales :

- **Les facteurs centrés sur l'enfant :** la prématurité, la souffrance néo-natale, la pathologie somatique précoce (faible poids de naissance, atteintes cérébrales, handicaps...), les déficits cognitifs, les séparations maternelles précoces. (Anaut,2015b, p.34).

- **Les facteurs liés à la configuration familiale :** la séparation parentale, les conflits parentaux, la violence, l'alcoolisme, la toxicomanie, la maladie chronique d'un parent (somatique ou psychique), le couple incomplet (mère célibataire), la mère adolescente et/ou immature, le décès brusque d'un proche. (Anaut,2015b, p .34).

- **Les facteurs sociaux environnementaux :** la pauvreté et la faiblesse socioéconomique, l'absence d'emploi, le logement surpeuplé, la situation de migrant, l'isolement relationnel et social de la famille, le placement de l'enfant (Anaut, 2015b, p.34).

En résumé, la résilience est un phénomène caractérisé par des facteurs de protection, qu'ils soient individuels, familiaux ou externes, aidant l'individu à faire face aux événements stressants, potentiellement traumatiques, voire à l'accumulation de facteurs de risque. Ces facteurs, qu'ils soient de risque ou de protection, prennent en compte les aspects biologiques, mentaux, cognitifs, sociaux et culturels de l'être humain.

5. Les critères de la résilience

Selon Masten, Best et Garnezy (1990), les principaux facteurs qui favorisent la résilience chez l'enfant, dépendent du développement des (6) caractéristiques. Notons qu'il s'agit ici d'une approche développementale qui prend en compte essentiellement des caractéristiques d'ordre cognitif. Les caractéristiques sont les suivantes :

- Stabilité de l'attention.
- Capacité à résoudre les problèmes.
- Stabilité/attractivité envers les pairs et les adultes.
- Compétence manifeste et perception de son efficacité (auto-efficacité).
- Identification à de modèles et des rôles compétents.
- Projets et aspirations vers l'avenir (**Anaut, 2015b, p.70**).

Rutter (1985-1996) a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience qui sont :

- **Le sentiment d'avoir une base de sécurité interne** : le fait d'avoir quelqu'un qui soutienne l'individu, membre de la famille ou pas, apparaît comme très important pour le développement du sentiment de sécurité interne.

- **Estime de soi (ou auto estime)** : la construction d'une estime de soi est fondée sur la compétence par l'individu de son propre mérite et de sa compétence : relations sécurisantes et harmonieuses.

- **Le sentiment de sa propre efficacité** : les observations montrent que, les parents peuvent soit encourager l'enfant à accomplir des tâches de manière efficace et autonome ou bien le maintenir dans l'idée qu'il doit être aidé, assisté. Les expériences sociales peuvent pallier les carences éducatives premières, en aidant le jeune à prendre conscience de ses compétences (**Lanteri, et al., 2002-2005, p.3**).

6. Les stratégies de la résilience

Parmi toutes les stratégies de résilience, Nous nous sommes basés sur quatre, que nous allons détailler comme suit :

6.1 L'optimisme

L'optimisme joue un rôle crucial dans le processus de résilience, représentant un état d'esprit positif et une croyance en la capacité de surmonter les difficultés. Il implique de voir les défis comme des opportunités d'apprentissage et de croissance, et de maintenir une perspective constructive même en face des épreuves les plus difficiles. En cultivant un optimisme résilient, les individus sont mieux équipés pour faire face aux obstacles, réduire le stress, maintenir une bonne santé mentale et améliorer leurs performances dans divers domaines de leur vie.

6.2 L'intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle joue un rôle significatif dans le processus de résilience en aidant les individus à naviguer efficacement à travers les défis et les adversités de la vie.

Une étude réalisée par Masten et Coatsworth (1998) a exploré le lien entre l'intelligence émotionnelle et la résilience chez les adolescents, mettant en évidence l'importance de la régulation émotionnelle, de la conscience de soi et des compétences sociales dans la capacité à rebondir après des événements stressants. En comprenant et en gérant efficacement leurs propres émotions, ainsi qu'en reconnaissant et en répondant aux émotions des autres de manière empathique, les individus dotés d'une IE élevée sont mieux équipés pour maintenir leur bien-être émotionnel et interagir de manière constructive avec leur environnement, ce qui renforce leur capacité à surmonter les difficultés et à s'adapter aux changements de la vie.

6.3 Le sens de l'humeur

Le sens de l'humeur dans la résilience désigne l'influence de l'état émotionnel d'un individu sur sa capacité à affronter les défis et à se relever après des épreuves. Une humeur positive, marquée par des émotions comme la joie, l'optimisme et la gratitude, favorise la résilience en encourageant une attitude propice à la recherche de solutions, à la persévérance et à la récupération émotionnelle.

Une étude menée par Tugade et Fredrickson (2004) a examiné le rôle de l'humeur positive dans la résilience émotionnelle, mettant en évidence comment les émotions positives peuvent favoriser la récupération après des événements stressants. En cultivant des états d'esprit positifs tels que la gratitude, l'optimisme et la joie, les individus peuvent renforcer leur résilience en développant des ressources émotionnelles qui les aident à faire face aux difficultés avec plus de flexibilité et de persistance. L'humeur positive peut également favoriser des stratégies d'adaptation plus efficaces, telles que la recherche de soutien social, la résolution de problèmes et la recherche de sens, qui sont essentielles pour surmonter les défis de manière constructive. Ainsi, en intégrant la dimension de l'humeur dans les modèles de résilience, on peut mieux comprendre comment les émotions positives contribuent à la capacité des individus à rebondir après des expériences difficiles.

6.4 La spiritualité

La spiritualité qui est considérée comme un critère conatif dans le processus de résilience. En effet, elle traduit une attitude fondamentale qui pousse continuellement l'individu à réfléchir sur le sens de ses expériences et de sa vie en général.

Selon Delage la spiritualité : « C'est ce qui mène les êtres humains, qu'il s'agisse d'opinion philosophique, de convictions religieuses, d'idées sur le sens de la vie, sur la justice. Trouver un sens aux épreuves, s'investir dans un idéal, avoir foi en l'avenir pour les générations futures, développer l'idée d'un sacrifice utile aux autres, avoir le souci de transmettre l'espoir, sont autant d'éléments pouvant constituer des sortes d'organismes comportementaux et relationnels, d'autant plus efficace s'ils sont le fait de quelqu'un dans la famille susceptible de mobiliser les autres par la position centrale qu'il occupe. » (Delage, 2002, p.282).

7. Méthode d'évaluation de la résilience

Les chercheurs utilisent différentes échelles pour déterminer les critères du fonctionnement résilient et évaluer la résilience. Cependant, les approches de médiation varient considérablement selon les choix des chercheurs et des cliniciens, influencés par leurs orientations théoriques respectives. Voici quelques méthodes couramment utilisées pour explorer la résilience :

Parmi les critères les plus souvent retenus par les chercheurs nous pouvons citer les échelles qui permettent d'évaluer :

- Le niveau de dépression et d'anxiété.
- Le niveau de compétence sociale.
- La réussite scolaire et intellectuelle
- La symptomatologie clinique. **(Anaut, 2005, p. 60).**

Les méthodes d'évaluation de la résilience prennent en considération un ou plusieurs critères de résilience qui sont soumis à cette évaluation. Les protocoles d'évaluation reposent soit sur l'utilisation de tests ou d'échelles existants, soit sur la création de questionnaires et d'échelles spécifiquement conçus à cet effet.

La méthodologie d'investigation de la résilience peut englober divers types d'évaluations, notamment comportementales et cognitives, ou se concentrer sur l'évaluation des traits de personnalité ou des troubles psychologiques et psychiatriques. Selon les cas et les facteurs pris en compte, l'évaluation peut porter sur l'appréciation des capacités ou des compétences à travers l'utilisation de tests psychologiques ou d'échelles de comportement.

D'un point de vue méthodologique, plusieurs types de médiations ou d'instruments d'évaluation peuvent être utilisés, de manière complémentaire dans le cadre d'une même investigation. De même la passation peut concerner essentiellement les sujets examinés, éventuellement soumis à des questionnaires en auto-évaluation, ou bien prendre en compte les évaluations faites par l'entourage (famille-réseau-social- éducatif- les pairs...) et s'appuyer sur des observations croisées. Nous trouvons également des observations directes sur des terrains cliniques ou des milieux dit naturels (ex : l'école). **(Anaut, 2005, pp.61-62).**

Ainsi, il est important de noter que le choix d'une méthode particulière et des critères associés détermine la définition de la résilience adoptée par les chercheurs, ainsi que leur positionnement théorique. Parmi les différentes approches recensées, l'utilisation de tests projectifs, conçus pour explorer la structure psychique, commence à gagner en popularité, bien qu'elle soit encore moins courante dans l'étude de la résilience. DeTychey (2001) préconise notamment l'utilisation du test de Rorschach pour examiner les processus intrapsychiques chez les individus résilients.

8. Application clinique de la résilience

Le modèle de la résilience suppose une perspective nouvelle de prises en charges des jeunes et des familles dites pudiquement en difficultés. Il encourage les intervenants, psychologues, travailleurs sociaux, mais aussi soignants, éducateurs et enseignants, à apprendre en compte à mobiliser les capacités des jeunes ou des familles. Cela donne lieu à diverses tentatives d'utilisation de techniques et de dispositifs empiriques visant à développer la résilience chez les sujets. **(Anaut, 2003, p.74).**

Les applications cliniques des théories de la résilience concernent :

- Les prises en charges individuelles ou groupales (familles-communautés) des sujets en souffrance.

- L'utilisation du modèle de la résilience dans le champ de la prévention. Les interventions s'appuient sur des méthodes ou des techniques spécifiques destinées à aider les sujets à développer leurs capacités de résilience. Ces méthodes concernent trois domaines :

- Les comportements.

- L'environnement relationnel.

- L'individu (intrapyschique, personnalité). **(Anaut, 2003, p.75).**

9. Limite de la résilience

Le modèle de la résilience présente l'avantage de réconcilier différentes approches et domaines qui visent à mettre en lumière les potentiels et les mécanismes de protection d'un individu face à l'adversité. Cyrulnik et ses collègues (1998) estiment que le concept de résilience offre une possibilité d'harmoniser diverses disciplines connexes telles que la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale et la pédiatrie. Ainsi, cette approche présente également l'intérêt de constituer un modèle unificateur dont les résultats d'études convergent vers l'identification des facteurs protecteurs des individus. Ces chercheurs soutiennent que la qualité de la résilience repose sur les expériences relationnelles et la capacité à établir des liens, ce qui lui confère un caractère variable d'un individu à l'autre et au sein même d'un individu.

Boris Cyrulnik (1999) s'inscrit, quant à lui, dans la prise en compte de l'histoire du sujet en affirmant : « ce qui détermine la qualité de la résilience et la qualité du lien qui a pu se tisser avant le trauma et tout de suite après ». **(Cité par Anaut, 2005, p.78).**

Michael Rutter (1994) clarifie deux aspects de la résilience. Tout d'abord, il explique que si une personne est résiliente, elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi, il est possible d'être résilient dans certaines situations et très fragile dans d'autres. Ensuite, la résilience n'est pas une force innée ; il s'agit plutôt d'un processus dynamique fortement influencé par la présence de facteurs de protection, qui permettent au sujet de réagir face à l'adversité et de préserver sa santé mentale. **(Bouteyre,2004, p.103).**

Michael Rutter et Norman Garmezy (1996) soulignent que l'accumulation des facteurs de stress peut avoir un effet multiplicateur, et non pas seulement additionnel et que cela peut se traduire par des états de stress important pouvant conduire à des ruptures de résilience, lorsque la résilience avait été constatée dans un premier temps. **(Cité par Bouteyre, 2004, p.103).**

Synthèse

Après avoir consacré tout un chapitre à la résilience, on peut affirmer que celle-ci est la capacité à affronter les épreuves de la vie, à transformer la douleur en une force motrice pour se dépasser et en sortir renforcé. Une personne résiliente comprend qu'elle est l'architecte de sa propre joie et de son propre destin.

CHAPITRE III
METHODOLOGIE
DE RECHERCHE

Préambule

La méthodologie de recherche est le pilier de toute recherche scientifique, mener une étude de manière efficace et adaptée aux objectifs de la recherche, elle consistera tout d'abord à expliquer en détail la démarche de son travail, en montrant la méthode et les outils utilisés.

Tout d'abord, nous identifierons les limites de notre recherche, puis nous détaillerons la méthodologie que nous avons adoptée. Nous présenterons ensuite le contexte de notre étude, y compris le lieu de recherche et les critères d'inclusion et d'exclusion de notre groupe d'étude. Nous exposerons également les outils que nous avons utilisés pour recueillir les informations nécessaires et analyser les données. Ensuite, nous décrirons le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête. Enfin, nous aborderons l'approche du chercheur et les difficultés rencontrées tout au long de la recherche. Ce chapitre se conclura par une synthèse des points principaux.

1. Limites de la recherche

- Limite spatiale : La recherche s'est déroulée au niveau du Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes Ihadaden Bejaïa.
- Limite temporelle : Du 25 février 2024 au 04 avril 2024.
- Limite du groupe : L'étude s'est portée sur 07 cas.
- Outils de recherche : L'entretien clinique et l'échelle de résilience de Connor-Davidson.
- Approche : L'approche cognitivo-comportementale.

2. La méthode utilisée dans la recherche

Dans ce cadre, nous avons opté pour la démarche qualitative qui est fréquemment utilisée dans la recherche sur le terrain en sciences humaines et sociales et notamment en psychologie clinique. Néanmoins, les méthodes qualitatives possèdent un spectre d'utilisation à la fois spécifique et relativement large : elles sont mobilisées comme méthodes exploratoires. Elles permettent essentiellement de faire apparaître des dimensions qui ne sont pas directement visibles par le biais des approches quantitatives. (Alami et al., 2013, pp.8-9).

Ainsi, cette approche qualitative facilite la description, l'interprétation et l'attribution de sens aux phénomènes, car les résultats de la recherche sont intimement liés à la méthodologie choisie par le chercheur. Par conséquent, nous considérons que l'approche qualitative est particulièrement adaptée à notre étude exploratoire, nous permettant ainsi d'atteindre notre

objectif principal qui est de décrire et de comprendre la résilience chez les personnes addictes au cannabis durant la prise en charge psychologique.

3. Présentation du lieu de stage

Notre recherche s'est déroulée au sein du Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes de la wilaya de Bejaïa exactement à Ihadaden, qui est mis au service le 05/07/2011.comme première structure médicale dédiée à la prise en charge des personnes addictes aux substances psychoactive, Son rôle est d'informer, sensibiliser et d'orienter les toxicomanes vers une cure de désintoxication.

3.1 La Structure du lieu de recherche

- ❖ **L 'accueil** : A l'entrée principale avec un agent d'accueil et un agent de sécurité.
- ❖ **Salle de réunion** : Son but est la communication entre les professionnels, et l'étude de cas clinique.
- ❖ **Salle de sport** : Son but est la physiothérapie.
- ❖ **Salle internet** :Pour l'initiation informatique et réadaptation.
- ❖ **Service sociale** :Pour les conseils sociaux et juridiques.
- ❖ **Service de communication** :Afin d'organiser les activités de sensibilisation.
- ❖ **Bureaux psychologiques** : Pour un suivi psychologique.
- ❖ **Bureaux psychiatriques** : Pour un suivi psychiatrique.
- ❖ **Bureaux d'addictologie** : Pour les personne addictes (dépendantes).

4. Le groupe de recherche

Notre recherche s'est effectuée auprès des personnes addictes au cannabis. Notre groupe de recherche se compose de sept cas, sélectionnés à partir des critères de sélection présentés ci-après :

4.1 Critères d'inclusion

Nous nous sommes basés sur quelques critères pour sélectionner les sujets constituant notre groupe de recherche, ces critères sont les suivants :

- La dépendance au cannabis (diagnostic mentionné dans les dossiers au Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes).
- La consommation de ce produit daté d'au moins depuis 1an.

-Adulte.

-De sexe masculin.

4.2 Critères d'exclusion

-La dépendance aux ; prégabaline, l'alcool...etc., car notre recherche porte sur la dépendance au cannabis.

-La consommation de plusieurs produits à la fois, par exemple ; la consommation de cannabis et prégabaline au même temps.

-L'adolescence, c'est une période considérée comme à marqué.

-Le sexe féminin.

Dans le tableau qui suit, nous allons présenter les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau comporte les prénoms des cas, l'âge, la situation matrimoniale, niveau scolaire, début de la prise de cannabis et la durée de la consommation de cannabis.

TableauN°4 : Présentation du groupe de recherche

Les prénoms	L'âge	La situation matrimoniale	La profession	Début de la prise de cannabis	Durée de la consommation de cannabis
Nadir	24ans	célibataire	Coiffeur	10ans	14ans
Badis	32ans	célibataire	Chauffeur	29ans	3ans
Yacine	25ans	célibataire	Cuisiner	21ans	4ans
Lounis	27ans	célibataire	Menuisier	23ans	4ans
Kamel	30ans	célibataire	Sans emploi	25ans	5ans
Moustapha	29ans	célibataire	Plombier	27et demi	1an et demi
Ilyes	26ans	célibataire	Coiffeur	18ans	8ans

- **Remarque** : Nous avons évidemment changé les prénoms de ces participants, afin de préserver l'anonymat des sujets dans le respect des règles de l'éthique et de la déontologie de la recherche en psychologie clinique.

5. Les outils de recherche

Afin de réaliser notre recherche, nous avons utilisé deux outils, dans le but de recueillir le maximum de données concernant notre thème de recherche, ces outils sont les suivants ;

5.1 L'entretien clinique

L'entretien clinique se définit comme « une rencontre intersubjective, au cours de laquelle est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le « je » du consultant entre en relation immédiate avec le « je » du récepteur-clinicien » (**Chouvier & Attigui, 2016, p.24**).

Il existe trois types d'entretien de recherche, dont l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Notre recherche a porté sur ce dernier qui nous a permis de poser des questions directes, Précises et profondes sur chaque axe de notre guide d'entretien, afin de permettre au sujet de s'exprimer librement, ce qui a rendu possible la collecte des réponses détaillées et riches. Grâce à cela, nous avons pu obtenir un aperçu initial de la résilience des personnes addictes au cannabis.

- ❖ **L'entretien semi-directif** également, appelé (entretien guidé) est largement utilisé dans les sciences humaines et sociales. L'entretien semi-directif combine attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance (**Berthier, 2010, p78**).

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche semi-directif muni d'un guide d'entretien. En ce sens, le guide d'entretien peut être défini comme : « un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en question d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire » (**Blanchet & Gotman, 2014, p.58**).

La consigne de l'entretien était la suivante : « nous allons vous poser quelques questions sur votre addiction au cannabis afin de comprendre vos sentiments et perceptions vis-à-vis à cette situation ».

Dans ce cadre, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif, répartie en quatre axes :

En premier lieu, les 5 premières questions de notre guide d'entretien portent sur (les informations générales sur le sujet).

Ensuite, le premier axe se compose de 5 questions « informations en relation avec la vie familiale ».

-Le deuxième, se compose de 4 questions « informations en relation avec la vie sociale ».

-Le troisième, se compose de 4 questions « informations sur la consommation de cannabis ».

-Le quatrième compose de 4 questions « informations en relation avec la résilience ».

5.2 La description de l'échelle de résilience « Le CD-RISC »

Comme nous l'avons déjà mentionné, la résilience représente la capacité d'un individu ou d'un groupe à préserver sa qualité de vie ainsi qu'à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles ou de traumatismes importants (**Herrman et al., 2011, rutter, 2013**).

L'évaluation de la résilience a fait l'objet de la conception et de l'adaptation de plusieurs outils psychométriques (**Guihard, 2018, p.69**).

Nous avons choisi d'utiliser l'échelle d'évaluation de Connor-Davidson (CD-RISC) parmi les nombreuses options disponibles. Cette échelle a été retenue pour sa validité et sa performance, ainsi que sa capacité à être utilisée auprès de différentes populations culturelles. Sa simplicité de passation nous a permis d'effectuer à la fois une analyse quantitative et qualitative. et une évaluation des facteurs de protection concourant à la résilience par conséquent le CD-RISC nous a permis de répondre à la question du vécu psychologique des personnes addictes aux substances psychoactives. En évaluant les facteurs de protection liés à la résilience, cet outil nous a permis d'explorer le profil psychologique des personnes addictes aux substances psychoactives.

La CD-RISC a été élaboré à partir d'une recension d'écrits concernant les caractéristiques des personnes résilientes telles que décrites par diverses études s'étant intéressées à ce sujet, entre autres les travaux de Kobasa (1979) et de Rutter (1985).

- **La consigne**

À l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

L'échelle comporte 25 énoncés répartis en 5 catégories de facteurs :

1. la compétence personnelle, des standards élevés et la ténacité ; les items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25).
2. la confiance en ses propres intuitions, la tolérance aux affects négatifs et les effets fortifiants du stress ; qui comprend 7 items, sont :(6, 7, 14, 15, 18, 19,20).
3. l'acceptation positive du changement et les relations interpersonnelles positives ; qui comprend 5 items sont : (1, 2, 4, 5, 8).
4. le sentiment de contrôle, elle comprend 3 items qui sont (13, 21, 22).
5. la spiritualité, elle comprend 2 items sont : (3 et 9).

- **La cotation**

Cette échelle est auto administrée par le participant et chaque item est évalué sur une échelle de Likert en 5 points (0 : Pas du tout ; 1 : Rarement ; 2 : Parfois ; 3 : Souvent ; 4 : Pratiquement tout le temps) pour un total sur 100 points. Plus le score obtenu est élevé, plus le niveau de résilience est élevé (**Duchesne et al ., 2017, p.164**).

Connor-Davidson (2003) ont également rapporté que les scores du CD-RISC étaient corrélés avec des mesures de robustesse ou de capacités de résistance et à de faibles niveaux de vulnérabilité au stress perçu suggérant une validité concurrente adéquate. Selon la première étude sur l'élaboration et la validation de la CD-RISC, celle-ci présente une bonne fiabilité. Globalement, elle a produit une cohérence interne élevée ($\alpha=0,89$) et la fiabilité test-re test a révélé un CIC de 0,87 (**Patry, 2016, p.29**).

- **Interprétation**

Le score total calculé par addition, les scores plus élevés indiquent une plus forte résilience (**Mboua, 2021, p. 813**).

6. Le déroulement de la recherche

6.1 La pré-enquête

La pré-enquête permet de tester des pistes, de se familiariser avec le terrain, de s'entraîner à questionner et à écouter, de construire progressivement le guide d'entretien et de le tester. Cette étape est à la fois essentielle pour construire la problématique de la recherche, élaborer les hypothèses, et choisir les méthodes les plus appropriées à l'objet de recherche (**Sauvayre, 2013, p.48**).

Notre pré-enquête s'est effectuée à partir de mois de février au niveau du Centre Intermédiaire de Soins Aux toxicomanes de Bejaia (CIST), en parallèle avec la revue de la littérature, qui nous a permis d'avoir un bagage théorique sur notre thème de recherche et afin d'élaborer une problématique, ceci nous a permis de :

- Déterminer la substance la plus consommée qui est le cannabis.
- De cibler principalement la tranche d'âge la plus impactée par cette consommation.
- Sélectionner notre groupe de recherche.
- Vérifier nos outils de recherche (le guide d'entretien et l'échelle CD-RISC).
- Elaborer une hypothèse pour notre recherche.

Au premier lieu, nous nous sommes présentées au niveau du « Centre Intermédiaire des Soins Aux Toxicomanes Bejaïa ». Nous nous sommes présentées en tant qu'étudiantes en Psychologie clinique en fin de cycle. D'abord nous avons rencontré le chef de service qu'est aussi un médecin en Addictologie dans le centre (CIST). Nous lui avons parlé de notre thème de recherche, il a montré beaucoup d'intérêt à ce thème, il nous a fourni plusieurs informations sur notre sujet de recherche.

Puis, après avoir eu l'accord écrit du chef du service, nous avons entamé notre pré-enquête avec les personnes addictes aux cannabis au début du mois de mars, en faisant des entretiens exploratoires, semi-directifs, qui vont permettre aux participants de s'exprimer librement, et qui va nous permettre d'approcher à ce fléau vécu par nos sujets afin de le préciser notre hypothèse de recherche.

6.2 L'enquête

L'enquête est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (**Blanchet, Gotman, 2014, p.35**).

Notre enquête s'est déroulée dans le centre(CIST), nous avons commencé à rencontrer les hommes addictes au cannabis, à qui nous avons expliqué le but de notre recherche. Nous avons également insisté sur le fait que les informations qu'ils nous fourniraient resteraient confidentielles et anonymes, ainsi nous respectons la volonté de leurs choix. Finalement, nous avons réussi à recruter notre recherche (07) cas qui remplissant clairement à nos critères d'inclusion.

Nous avons d'abord commencé par la passation de l'entretien semi-directif. En ce qui concerne la langue de passation, nos entretiens et l'outil de recherche l'échelle de résilience « CD-RISC » ont été appliqués en dialecte kabyle.

Synthèse

Ce chapitre nous l'avons consacré à la méthodologie qui est nécessaire pour tout travail de recherche. Ce qui nous a servi à organiser et à harmoniser notre travail en expliquant, le déroulement de la démarche descriptive clinique choisie par l'étude de cas, ainsi que l'application des techniques à suivre telles que l'échelle de résilience CD-RISC et le guide d'entretien afin de vérifier notre hypothèse

**PRESENTATION,
ANALYSE DES
RESULTATS ET
DISCUSSION DE
L'HYPOTHESE**

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Préambule

Afin d'évaluer la résilience chez les personnes addictes au cannabis, nous avons procédé à une interprétation des données et des résultats obtenus, à partir de cela nous avons pu analyser et vérifier notre hypothèse.

I. Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle de résilience CD-RISC

I.1 Cas N°1 : « Nadir »

Nadir est âgé de 24ans, célibataire, c'est un coiffeur, son niveau d'instruction est secondaire, c'est un orphelin sa mère est décédée quand il avait 22 ans. Il a décidé de faire une consultation chez un médecin spécialiste en Addictologie pour mettre fin à sa consommation de cannabis. il a été pris en charge pendant 6 mois malheureusement il n'a pas pu réussir son sevrage. Mais n'a pas abandonné pour autant, son option de traitement.

I.1.1 L'analyse de l'entretien

Avant d'entamer l'entretien avec Nadir qui a duré 25 minutes on a remarqué qu'il était anxieux, se bougeait ses pieds de façon répétitive. Quand nous avons commencé à poser des questions, il répondait par des phrases courtes. Cependant, une fois qu'il s'est senti à l'aise, il a commencé à répondre plus facilement aux questions évoquant son addiction au cannabis.

Nadir est l'aîné il a une sœur, il est toujours en conflit avec sa famille surtout sa belle-mère. Il s'exprime en disant : « *ça ne va pas ikl wahi la famille am laamoum am lkhwal kif kif, mais mlih wahi tamtouthn baba, normalement taalmet amek wina yetaaichen tmtouth n babas, lmachakil, teheder fli yar lehdour* » « Ça ne va pas avec la famille soit du côté paternel, soit maternel c'est la même chose, mais sur tout ma belle-mère, normalement tu sais comment ça se passe la vie avec une belle-mère, que des problèmes, elle parler de moi en mal. » Quand il parlait, de sa famille il se mettait en colère, à la fin de sa conversation, des signes de tristesse sont apparus sur son visage.

Nadir est le seul dans sa famille qui consomme le cannabis, son père lui a demandé d'arrêter la consommation de ce produit. Il rapporte : « *hacha neki idifghen aka g la famille tkyifegh zetla* » « je suis le seul dans ma famille qui consomme le cannabis », aussi il nous a informé que : « *Akham aalemen, baba inayid ajith, jebded imanik g yar iberdan ami* » « à la maison, ils savent que je consomme, mon père me demande d'arrêter, et de revenir sur le bon chemin. »

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Le patient n'a pas trouvé un soutien soit un ami ou bien un proche, il s'exprime en disant : « *jamais inayid hed ahbes negh akhtok a par baba* » « personne ne m'a dit d'arrêter ou bien de réduire ma consommation à part mon père ». Ici le sujet manifeste certains signes de tristesse et de regret.

On constate d'après les propos de Nadir qu'il n'a pas une bonne relation avec les autres. Il s'exprime en disant : « *ça ne va pas d leghachi , le défaut zyi neki , nohni bien tranquille didi mi neki non diriyi ghorsen* » « ça ne va pas avec les autres personnes, le problème vient de moi , eux sont tranquilles avec moi mais moi non je ne le suis pas », selon lui c'est la mauvaise fréquentation car il dit : « *saaighara bezaf imdokal mi ikel nsen tkyifen zetla , netkyif ikel lwahi tajmaath* » « je n'ai pas beaucoup d'amis mais le peu que j'ai consommé du cannabis, d'ailleurs on consomme ensemble ».

Nadir, nous a dit qu'il a commencé à consommer le cannabis à un âge précoce, quand il avait 10 ans : « *bedigh akeyef n zetla mi ligh 10 snin, bedigh s yiwen n garo alami qelegh tkayifegh 10 n garwen i was qlegh nomeght* » « ...j'ai commencé à consommer à l'âge de 10 ans, avec un joint par jour, après j'ai augmenté à 10 joints par jour, après c'est devenu habituelle ». On a remarqué chez Nadir, quand il a énoncé l'âge du début de la consommation, un regret. Nous avons observé les expressions de son visage lorsqu'il bougeait la tête, et il n'arrivait pas à la lever.

D'après lui cette consommation a influencé sur sa vie quotidienne. Il s'exprime en disant : « *akeyef ayi ibedlyi lhayatiw ikel , qelegh thofegh lmachakil, lehqegh alami kechmegg her lehabes, ourganghara ikl, tqeliqegh, tnirvigh rapide.* » « Cette consommation m'a changé, je cherche les problèmes, j'étais prisonnier, je ne dors pas, je souffrais d'anxiété, et je m'énerve rapidement ».

Nadir insiste sur le fait qu'il doit arrêter cette consommation car il a perdu beaucoup de choses en disant : « *obligé adehbsegh , parce que vraiment twaghegh i aalmegh loukan adekmlegh adeqlegh pire* » « je suis obligé d'arrêter, sinon je serais pire que ça ».

Avec un visage trop triste et des larmes aux yeux, il nous a informé qu'il est coupable de sa consommation. Il s'exprime en disant : « *ndemegh, nedemegh mlih, anajal is kchmegg a lhebbs, midefghegh chwiya kan temouth yi ima, feqaagh f leaamriw parce que ima tmouth aken tehzen anajaliw* » « je regrette beaucoup, à cause de cette consommation j'étais prisonnier,

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

quand je suis sorti, j'ai perdu ma mère, je suis en colère contre moi-même, parce que ma mère est morte et qu'elle était triste ».

I.1.2 L'analyse de l'échelle CD-RISC

Tableau N°05 : Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC.

Sous échelles	Score moyen sur le totale d'items(%)	Etendu
Sentiment de compétence(32)	43%	14/32
Effets positifs du stress (28)	39%	11/28
Acceptation positive des changements (20)	55%	11/20
Contrôle (12)	15%	3/12
Spiritualité (8)	100%	8/8
Total	47%	47/100

Ce tableau représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Nadir a obtenu un score total avec 47%, ce qui signifie une résilience modérée.

À propos de la première sous échelle qui correspond au sentiment de compétence, Nadir a marqué un sous-score de 14/32 avec un pourcentage de 43%. En répondant sur la dimension "parfois" à l'item (10), "souvent" à l'item (11), "pas de tout" aux items (12,23,24), "presque tout le temps" aux items (16,25), "rarement" à l'item (17). D'après ses réponses, nous constatons que notre sujet est une personne qui possède une faible estime de soi, une confiance en soi insuffisante, avec une absence des compétences personnelles et des solutions face à des situations difficiles.

La deuxième sous échelle, qui représente les effets positif du stress, Nadir a enregistré un sous-score de 11/28 avec un pourcentage de 39% en répondant à la dimension "parfois" juste pour l'item (6). Cependant la dimension "pas de tout" pour aux items (7,15,19), "presque tout le temps" aux items (14,18), "rarement" à l'item (20). Ces réponses expliquent qu'il ne peut pas gérer ses situations du stress, même ses émotions négatives. Il n'arrive pas à contrôler ses émotions dans la régulation de ses problèmes.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 11/20 dont le pourcentage de 55%, en répondant sur la dimension "presque tous le temps" aux items (1,2), "rarement" aux items (4,5), et "souvent" à l'item (8). Nous déduisons que Nadir arrive à s'adapter aux changements, mais il n'a pas une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi, il possède une capacité de rebondir.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Nadir a obtenu un sous score de 3/12 dont le pourcentage de 15% en répondant à la dimension "souvent" à l'item (13), "pas du tout" aux items (21,22). D'après ces réponses Nadir sait où trouver l'aide dans ses moments difficiles. Mais il n'arrive pas à contrôler sa vie.

Dans la dernière sous échelle qui représente la spiritualité, Nadir a obtenu un sous score de 8/8 pour un pourcentage de 100%, répondant par la dimension "presque tout le temps" aux items (3,9) « Le destin ou Dieu peuvent m'aider » et « Bonne ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison ». Nous remarquons que le côté spirituel de notre cas, prend une grande importance, Il trouve souvent du réconfort dans sa croyance en soumettant toutes choses à Dieu.

I.1.3 Synthèse du cas « Nadir »

D'après l'entretien et les scores détaillés à l'échelle de résilience CD-RISC, Nadir présente un profil de résilience déséquilibré. Il possède une force majeure avec un score maximum de 100% sur la dimension spiritualité/croyances, qui lui apporte sens, espoir et soutien face à l'adversité. En contrepartie, il fait preuve de faiblesse marquée sur d'autres aspects importants comme le sentiment de contrôle (15%), la capacité à donner des effets positifs au stress (39%) et le sentiment de compétences (43%). Il possède un score total de 47%, ce qui signifie une résilience modérée.

I.2. Cas N° 2 « Badis »

Badis est âgé de 32 ans, célibataire, c'est un chauffeur, son niveau d'instruction est secondaire. Il est l'aîné et a un seul frère. Il a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 29 ans. Par conséquent, il est venu au Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes, afin de mettre fin à sa consommation.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

I.2.1 L'analyse de l'entretien

Avant de commencer l'entretien avec Badis qui a duré 25 minutes, nous avons remarqué qu'il est timide, Il n'arrive pas à maintenir le contact visuel, et anxieux il n'arrête pas à joué avec ses mains.

Badis nous a informé qu'il est toujours en conflit avec son père. Il s'exprime en disant : « *Ça ne va pas, wahi baba toujours dimenghi jamais nella am les familles iten toqaaith zeynegh henin ara didngh* » « Ça ne va pas avec mon père, on n'a jamais été comme les autres familles, il ne nous a jamais donné la tendresse ». Une colère apparaît sur son visage.

Badis n'est pas le seul à consommer du cannabis, son père en consomme aussi. Il s'exprime, en disant : « *deg la famille hacha nki d baba iykyifen zetla* » « Dans la famille, c'est seulement mon père et moi qui consommons du cannabis. » Il nous a également dit : « *yema d gema iydiqaren ahbes* » « Ma mère et mon frère me demandent d'arrêter ma consommation. » ici nous remarquons que le sujet manifeste certains signes de tristesse.

Le patient nous a dit qu'il a plusieurs personnes qui le soutiennent, comme sa mère, son frère et son ami proche. Il s'exprime en disant : « *gmi tkeyifegh ,oufigh zathi yema, agema, amdakliw ni mlih ,toujours qarniyid senqes ahbes ichat ithekyfet* » « Durant ma période de consommation, j'ai trouvé à mes côtés ma mère, mon frère et mon seul ami qui m'ont toujours demandé de réduire et d'arrêter ma consommation ».

D'après les propos de Badis, il n'a pas une bonne relation avec les autres, il est agacé et exprime son agacement, en disant : « *Thibigh ara adekhaltegh bezaf le ghachi, toujours ça ne va pas didsen, alors ouhdrghara didsen* » « je n'aime pas fréquenter beaucoup de gens, toujours ça ne va pas avec eux, alors je ne parle pas avec eux ».

Badis nous a informé qu'il a commencé à consommer du cannabis quand il avait 29 ans, c'est-à-dire il y a 3 ans. Il nous a dit : « *la première fois ikl ikyfegh zetla ligh 29 ans ligh tkyifegh 1 joint par deux jours akn après solighas à 8 joints par jours* » « La première fois, j'ai commencé à prendre du cannabis à l'âge de 29 ans, avec un joint tous les deux jours, puis j'ai augmenté jusqu'à huit joints par jour ». Cette situation engendre chez lui une réaction de honte. Il s'exprime, en disant : « *taalmet, gmi bedigh jamais hebsegh ouma d yiwn n was, maqimegh bla idrimen tedamghased i yema* » « tu sais, depuis le début de ma consommation, je ne l'ai jamais arrêté ,Si je n'ai pas d'argent, je le prends à ma mère. »

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

D'après lui, cette consommation a influencé sa vie. Il s'exprime en disant : « *Nbedalegh mlih, tsrouhyi nodem, qlegh tqeliqegh mlih, tnirvigh* ». « J'ai beaucoup changé, je ne dors pas, je souffre d'anxiété et je m'énerve rapidement ».

Avec un visage plein d'espoir, Badis nous a dit qu'il doit arrêter sa consommation car depuis qu'il a commencé, sa vie a changé. Il s'exprime en disant : « *Bghigh adehbsegh adeqlegh Badis ni n zik bien tranquille* » « Je dois arrêter, je veux retrouver le Badis, d'autre fois bien tranquille ».

Avec un visage triste, Badis nous a informés qu'il se sent coupable de sa consommation. Il s'exprime en disant : « *Mi keyfegh ikel la première fois, ligh feqaagh mlih, lokan zemreggh aderegh leweqth ni jamais adekyfegh* » « Quand j'ai pris mon premier joint, j'étais vraiment en colère, si je pouvais revenir en arrière, je ne le prendrais jamais ».

I.2.2 L'analyse des résultats de l'échelle CD-RISC

Tableau N°6 : Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC

Sous échelles	Score moyen sur le totale d'items(%)	Etendu
Sentiment de compétence(32)	53%	17/32
Effets positifs du stress(28)	50%	14/28
Acceptation positive des changement(20)	70%	14/20
Contrôle (12)	41%	5/12
Spiritualité (8)	100%	8/8
Total	58%	58/100

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Badis a obtenu un score de 58/100, ce qui signifie une résilience modérée.

À propos de la première sous échelle qui représente le sentiment de compétence, Badis a marqué un sous-score de 17/32 avec un pourcentage de 53%. En répondant sur la dimension "Presque tout le temps" aux items (11,23,25), et la dimension "parfois" aux items (16,24), à l'exception de l'item (17) Badis a répondu sur la dimension "rarement", et aux items

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

(10,12) a répondu par la dimension "pas du tout". Nous pouvons dire que Badis possède certaine confiance en soi et certaine efficacité de compétence personnelle suffisante, mais il se décourage facilement.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui correspond aux effets positifs de stress, Badis a enregistré un sous-score de 14/28 avec un pourcentage de 50%, en répondant à la dimension "presque tout le temps" aux items (6,7). Cependant, la dimension "parfois" renvoie aux items (14,15,19). En revanche aux items (18,20) Badis a répondu par la dimension "pas de tout". D'après ses réponses on peut dire qu'il possède une capacité suffisante de gestion de ses sentiments négatifs.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 14/20 dont le pourcentage estimé à 70%, en convenant sur la dimension "presque tout le temps" aux items (1,4,5). Pour l'item (2) Badis a accordé la dimension "pas du tout", et la dimension "parfois" pour l'item (8). Nous constatons que notre cas s'adapte facilement aux changements, et qu'il a une capacité de résistance face aux épreuves de la vie aussi qu'une capacité de rebondir acceptable après avoir vécu des situations délicates.

Dans la quatrième sous échelle nommée contrôle, Badis a obtenu un sous score de 5/12 pour un pourcentage estimé à 41%, en répondant par la dimension "presque tout le temps" à l'item (22), et la dimension "rarement" à l'item (13), et la dimension "pas du tout" à l'item (21). Nous pouvons dire que Badis ne sait pas où il va dans la vie, et où il va trouver l'aide, mais il arrive à gérer sa vie.

En parlant de la dernière sous échelle qui représente la spiritualité, Badis a obtenu un sous score de 8/8 pour un pourcentage de 100%. En répondant aux items (3,9) « Le destin ou Dieu peuvent m'aider » et « Bonne ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » par la dimension "presque tout le temps", d'après ces résultats nous pouvons dire que Badis donne l'importance aux pratiques et aux valeurs associés à la croyance. Nous constatons que le côté spirituel a aidé notre sujet à développer certains aspects qui ont contribué à développer le processus de résilience.

I.2.3 Synthèse du cas « Badis »

D'après l'entretien et les scores obtenus dans l'échelle de résilience CD-RISC, Badis présente un profil de résilience déséquilibré. Il possède une force majeure avec un score maximum de 100% sur la dimension spiritualité/croyance, qui lui apporte espoir et soutien face

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

à l'adversité, et d'autre aspect important acceptation positifs de changement (70%), sentiment de compétence (53%), effet positive de stress (50%), en contrepartie, il fait preuve de faiblesse sur un aspect important qui est le sentiment de contrôle avec un score (41%). Il a obtenu un score global de 58%, ce qui signifie une résilience modérée.

I.3 Cas N°3 :« Yacine »

Yacine est âgé de 25 ans, célibataire. Il est l'aîné d'une fratrie composée d'un frère et d'une sœur. Il a arrêté sa scolarité à la troisième année secondaire, il exerce le métier de cuisinier. Il est venu au Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes, pour mettre fin à sa consommation.

I.3.1 L'analyse des résultats l'entretien

L'entretien avec Yacine a duré 30 minutes. Au début, il était très calme, son humeur était triste, et son discours était clair et cohérent.

Lorsque Yacine a commencé à nous raconter des choses sur sa famille, il était au bord des larmes, car il se sent comme un étranger au sein de sa famille, il s'exprime en disant: *«uhedregh ara d uxxamnagh, jebdeghed imaniw, alors taaichegh imaniw kan, tu peux dire seaaigh un monde special daglaw. »* « Je ne parle pas avec ma famille, je me suis éloigné, alors je vis tout seul. Tu peux dire que j'ai mon monde spécial ».

Selon ses affirmations, Yacine est issu d'une famille conservatrice, ce qui fait qu'il n'y a personne dans sa famille qui consomme de la drogue a part lui, il s'exprime en disant : *« axxamnagh stricte g lehwayej ayi, tzalan ikel alors oulach hed iytkyifen , nki kan»* « Ma famille est stricte sur ces sujets, ils prient tous, alors je suis le seul. ».

Yacine nous a informé que personne n'est au courant de sa consommation a part sa mère, et qu'il est bien soutenu par sa mère dans le projet des soins. Il s'exprime en disant : *« hed ouyeealim beli tkyifegh,anagar ima iyeealmen,et netath iyiaawnen bach ousaghed gher dayi. »* « Personne ne sait que je consomme, à part ma mère. D'ailleurs, c'est elle qui m'a aidé à me soigner. ».

Yacine nous a informé qu'il était une personne sociable, qui considère toutes les personnes comme ses amis. Il pense que sa mauvaise fréquentation l'a conduit à la consommation de drogue. Il s'exprime en disant : *« achehal aya ligh sociable tkhalategh bzf, ikel hsbeghthen dimdokaliw i toura non oulach ikel la relation d leaibad jbddeghed imaniw parceque dakhalet*

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

ni iyisawten gher da » « J'étais sociable, je fréquentais beaucoup de monde et je considérais tout le monde comme mes amis, mais maintenant, je n'ai plus de relation avec les autres. Je me suis éloigné à cause de la mauvaise fréquentation qui m'a conduit à la consommation. ».

Yacine nous a parlé de sa consommation. D'après lui, il a commencé très tôt avec une petite quantité, puis il est devenu dépendant à ce produit, Il s'exprime en disant : « *la première fois mi keyfegh ligh 21 ans, syiwen n joint par jour , après salayegh azouh azouh alami wetegh a 9 joints par jour.* ». « J'ai commencé à consommer du cannabis à l'âge de 21 ans, avec un joint par jour, après j'ai augmenté jusqu'à 9 joints par jour. ». Ici nous remarquons des signes de tristesse apparaître sur son visage.

Yacine nous a informés que cette consommation a influencé sa personnalité et son comportement. Il devient rapidement en colère, ne parle pas avec sa famille, est agressif et est constamment anxieux. Il s'exprime en disant : « *vraiment machi aka iligh ,gmi tekyifegh nbedalegh ,qlegh tnirvigh rapide, axam negh senhdreghara, qlegh aggressive ,et tqliqegh bezaf* » « Je n'étais pas comme ça, mais depuis que je consomme, j'ai changé. Je m'énerve rapidement, je ne parle pas avec ma famille, je suis devenu agressif et anxieux. ».

Yacine nous a dit qu'il doit arrêter sa consommation, car dans cet état, il se sent perdu, perturbé, et s'il continue comme ça, il pourrait devenir fou. Il s'exprime, en disant : « *je suis obligé athbsegh, raagh ikel ouwfighara imaniw lokan adekmlegh aka adehblegh.* ». « Je suis obligé d'arrêter, je suis perdu. Si je continue comme ça, je pourrais devenir fou. ».

Vers la fin de l'entretien, Yacine, avec une voix brisée reflétant la douleur de sa culpabilité, nous a informés qu'il se sent coupable de sa consommation. Il s'exprime en disant : « *Ndemegh mlih iytebaan abrid ayi,sehosaygh amaken aqlin dans une chambre noir.* » « Je regrette tellement le chemin que j'ai suivi, je sens que je suis dans une chambre noire ».

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

I.3.2 L'analyse des résultats de l'échelle CD-RISC

Tableau N°7 : Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC

Sous échelles	Score moyen sur le totale d'items(%)	Etendu
Sentiment de compétence(32)	43%	14/32
Effets positifs du stress(28)	85%	24/28
Acceptation positive des changement(20)	55%	11/20
Contrôle (12)	25%	3/12
Spiritualité (8)	100%	8/8
Total	60%	60/100

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Yacine a obtenu un score de 60/100, ce qui signifie une résilience modérée.

Dans la première sous échelle qui représente le sentiment de compétence, Yacine a marqué un sous-score de 14/32 avec un pourcentage de 43%. En répondant sur la dimension "presque tout le temps" aux items (10,25), et la dimension "parfois" aux items (16,17) à l'exception des items (11,23) Yacine a répondu sur la dimension "rarement" et par la dimension "pas de tout" aux items (12,24). Au-delà nous pouvons dire que Yacine possède un manque de confiance en soi avec une faible croyance en son efficacité de compétence personnelle,

Dans la deuxième sous échelle, qui correspond aux effets positifs de stress, Yacine a enregistré un sous-score de 24/28 avec un pourcentage de 85%, en répondant à la dimension "presque tout le temps" aux items (7,14,15,18). Cependant la dimension "souvent" renvoie aux items (6,19), et la dimension "parfois" pour l'item (20). Ses réponses expliquent qu'il possède un sens de l'humour développé et sait bien gérer les émotions négatives. De plus, il démontre une capacité émotionnelle et cognitive qui lui permet de prendre des décisions difficiles dans des situations délicates, lui conférant ainsi une aptitude à résoudre les problèmes.

Dans la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 11/20 dont le pourcentage estimé à 55%, en répondant sur la dimension "presque tout le temps" pour l'item (5). Cependant pour les items (1,8) Yacine a

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

accordé la dimension "souvent". À l'exception de l'item (4) il a répondu par la dimension "rarement". Et pour l'item (2) il a répondu par la dimension pas de tout. Nous observons que Yacine montre une capacité d'adaptation aux changements et une résistance face aux difficultés de la vie. De plus, il semble avoir une forte capacité à se relever après avoir traversé des moments difficiles.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Yacine a obtenu un sous score de 3/12 pour un pourcentage estimé à 25%, en répondant à l'item (13) par la dimension "pas de tout", et par la dimension "rarement" à l'item (21), et par la dimension "parfois" à l'item (22). D'après ses réponses nous pouvons dire que Yacine ne sait pas où il va dans sa vie donc il ne peut pas contrôler sa vie, ainsi il ne maîtrise pas ses crises en trouvant les meilleures solutions.

Dans la dernière sous échelle qui représente la spiritualité, Yacine a obtenu un sous score de 8/8 points pour un pourcentage de 100%, en répondant aux items (3,9) « Le destin ou Dieu peuvent m'aider » et « Bonne ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension "presque tout le temps". Nous concluons que Yacine croit au destin et que Dieu peut l'aider. Cet aspect spirituel fait partie des éléments qui ont contribué au développement de résilience chez Yacine.

I.3.3 Synthèse du cas « Yacine »

D'après l'entretien et les scores détaillés à l'échelle de résilience CD-RISC, Yacine présente un profil de résilience déséquilibré. Il possède une force majeure avec un score maximum de 100% sur la dimension spiritualité/croyances, qui lui apporte sens, espoir et soutien face à l'adversité. Et une force avec un score de 80% sur la dimension effets positifs du stress. En contrepartie, il fait preuve de faiblesse marquée sur d'autres aspects importants comme le sentiment de contrôle (25%), et le sentiment de compétences (43%), et l'acceptation positive des changements (55%). Il a obtenu un score global de 60%, ce qui signifie une résilience modérée.

I.4 Le Cas N°4 : « Lounis »

Lounis est âgé de 27 ans, célibataire, Il a arrêté à la deuxième année secondaire, et exerce le métier de menuisier. Il est le cadet de la famille et a quatre sœurs. Il a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 23 ans. Il s'est présenté au Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes, dans le but d'arrêter sa consommation.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

I.4.1 L'analyse de l'entretien

Lors de l'entretien avec Lounis, qui a duré 30 minutes, le sujet était instable sur le plan comportemental : il n'arrêtait pas de bouger son pied et touchait souvent ses cheveux. Son discours était clair et cohérent.

Lorsqu'on a posé la question à Lounis, en ce qui concerne sa relation familiale, sa réponse était : « *normal kan, le probleme wexxam d baba adiweli isker, irewi lhala ,laayate,ixdmaghed akridi g berra,oughtajara anefrah, ikath imma même isetma ,itnaghed didi ma défondigh des fois isofoghyid g xame chaque jour d yiwth n thekayth* » « Normal, le problème, c'est mon père. Il rentre toujours ivre, il tabasse ma mère et mes sœurs. À chaque fois que je les défends, il me fait sortir de la maison. ».

Lounis nous a informé que son père est un alcool dépendant. Il s'exprime en disant : « *baba itesse cherab gmiligh damzyan* » « mon père est alcoolique, ivre, depuis que j'étais petit ».

Le sujet nous a confirmé que personne de sa famille n'est au courant de sa consommation à part quelques amis. Il s'exprime en disant : « *axam negh ouaalimenara, anagar imdokaliw bghigh adinigh weyak itkhalategh* » « Ma famille n'est pas au courant de ma consommation à part mes amis, je veux dire juste ceux que je fréquente ».

Son visage exprimait sa profonde déception. Il s'exprime en disant : « *ouwfigh ouma d yiwen ayiaawen, nagh ayinhou i waken adehbsegh, negh aydini rouh a tbib ataawnet imanik* » « Je n'ai pas trouvé quelqu'un pour me soutenir et me conseiller d'aller me soigner et d'arrêter la consommation ».

Lounis, nous a parlé aussi de ses relations avec les autres, il s'exprime en disant : « *outhibighara adekhaltegh bezaf leghachi saaigh deux kan yemdokal* » « je n'aime pas fréquenter beaucoup de gens, j'ai juste deux amis proches ».

Le sujet nous a informé que sa consommation de cannabis a débuté à l'âge de 17 ans : « *bdigh akeyef n zetla miligh 17 n sna, bdigh s yiwn n garo alami souligh a 7 ngarwen i was* » « j'ai commencé à consommer à l'âge de 17 ans, avec un joint puis j'ai augmenté à 7 joints par jour »

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Au début Lounis a trouvé cette consommation comme pansement à sa souffrance. Il s'exprime en disant : « *mi tebdigh shosegh ferhegh ,sehough ikel machakil, outkhmimghara bezaf* » « Quand j'ai commencé, je me sentais heureux, j'oubliais mes problèmes et je ne pensais pas beaucoup. ». Après quelques années, Lounis a commencé à comprendre que ce n'était pas une solution pour résoudre ses problèmes et sa souffrance, mais ça a plutôt compliqué davantage sa vie. Il s'exprime en disant : « *mi aadan kra isegasen ,bdigh thosugh ça ne va pas mlih, même ma keyfegh amken pour rien ,tqliqegh, amaken damhboul* » « Depuis quelques années, j'ai senti que quelque chose n'allait pas. Même si je prenais un joint ça ne servait à rien, je devenais morose, anxieux et déprimé. ».

Lounis nous a confié qu'il n'avait jamais essayé d'arrêter, mais maintenant il reconnaît que sa vie serait meilleure sans substances. Il s'exprime en disant : « *ouseyagh ara athbsegh, mais toura aalmegh beli lhayatiw ateqel leaalit bla akeyef* ». « Je n'avais jamais pensé à arrêter, mais maintenant je suis sûr que je me sentirai mieux si je le fais. ».

Vers la fin de l'entretien Lounis avec un visage triste reflétant la douleur de sa culpabilité. Nous a fait savoir, qu'il est coupable de sa consommation. Il s'exprime en disant : « *sehousegh beli machi d leamriw kan itelmegh mais même ima d isetma, ndemegh ikel iytebaan yar iberdan* » « Je sens que ce n'est pas juste à moi à que je fait du mal, mais aussi à ma mère et à mes sœurs. Je regrette d'avoir pris ce chemin ».

I.4.2 L'analyse du l'échelle CD-RISC

Tableau N°8 : Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC

Sous échelles	Score moyen sur le totale d'items(%)	Etendu
Sentiment de compétence(32)	53%	17/32
Effets positifs du stress(28)	50%	14/28
Acceptation positive des changement(20)	55%	11/20
Contrôle (12)	41%	5/12
Spiritualité (8)	75%	6/8
Total	53%	53/100

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Lounis a obtenu un score de 53/100, ce qui signifie une résilience modérée.

À propos de la première sous échelle qui représente le sentiment de compétence, Lounis a marqué un sous-score de 17/32 avec un pourcentage de 53%. En répondant sur la dimension "rarement" pour l'item (23), et la dimension "parfois" pour les items (12,16,17,24 ;25) et la dimension "souvent" sur les items (10,11) Au-delà nous pouvons dire que Lounis possède une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité de compétences personnelles, il dispose d'un répertoire de solutions qu'il permet de faire face aux événements stressants.

La deuxième sous échelle, qui représente les effets positifs du stress, Lounis a enregistré un sous-score de 14/28 avec un pourcentage de 50% en répondant à la dimension "parfois" aux items (14,15,19). Cependant la dimension "pas de tout" à l'item (6), "presque tout le temps" à l'item (20), "rarement" à l'item (7).et souvent à l'item (18). Ces réponses expliquent qu'il ne peut pas gérer le stress ni contrôler ses émotions négatives lorsqu'il fait face à des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 11/20 dont le pourcentage de 55%, en répondant sur la dimension "rarement" pour l'item (5), et "souvent" pour les items (2,8). Et "parfois" aux items (1,4). Nous déduisons que Lounis peut s'adapter aux changements, mais il n'a pas une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi, il possède une capacité à rebondir.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Lounis a obtenu un sous score de 5/12 dont le pourcentage de 41% en répondant à la dimension "rarement" pour l'item (13), "parfois" aux items (21,22). D'après ces réponses Lounis ne sait pas où trouver l'aide dans ses moments difficiles et n'arrive pas à contrôler sa vie.

Dans la dernière sous échelle qui représente la spiritualité, Lounis a obtenu un sous score de 6/8 pour un pourcentage de 75%, répondant par la dimension" souvent" aux items (3,9). «Le destin ou Dieu peuvent m'aider » et « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison ». Nous remarquons que le côté spirituel est l'un des aspects ayant contribué au développement du processus de résilience chez Lounis. Il trouve que les choses ne se produisent pas sans raison, et lorsqu'il n'y a pas de solution à ses problèmes, il croit que Dieu va l'aider.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

I.4.3 Synthèse du cas « Lounis »

D'après l'entretien et les scores détaillés à l'échelle de résilience CD-RISC, Lounis présente un profil de résilience déséquilibré. Il possède une force avec un score maximum de 75% sur la dimension spiritualité/croyances, qui lui apporte sens, espoir et soutien face à l'adversité. En contrepartie, il fait preuve de faiblesse marquée sur d'autres aspects importants comme le sentiment de contrôle (41%), la capacité à donner des effets positifs au stress (50%) et le sentiment de compétences (53%). Il a obtenu un score total de 53% ce qui signifie une résilience modérée.

I.5 Cas N°5 : « Kamel »

Kamel, est un jeune homme âgé de 30 ans, célibataire. Cadet de la famille, il a deux sœurs, son niveau d'instruction secondaire, il est sans emploi. Il a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 25 ans. Il s'est présenté au Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes dans le but d'arrêter sa consommation.

I.5.1 L'analyse de l'entretien

Lors de l'entretien avec Kamel, qui a duré 25 minutes, le sujet était stable sur le plan comportemental, de bonne humeur, calme, et montrait un fort caractère. Son discours était clair et cohérent.

Lorsqu'on a posé la question à kamel concernant sa relation familiale, il nous a informé que ses parents sont divorcés, depuis qu'il avait 21 ans, cette situation lui a provoqué un sentiment de détresse. Il s'exprime en disant : « *imawlaniw msebran mi ligh 21 sna, tosayid touaar ouaalimghara wahi manhou adaaichegh d yemma nagh d baba, isetma dante wahi dimma ,neki qimegh a seti* » « Mes parents sont divorcés, depuis que j'avais 21 ans, c'était un choix difficile pour moi de choisir l'un des deux, mes sœurs sont allées avec ma mère et moi je suis resté avec ma grand-mère du côté paternel ».

D'après les propos de Kamel, ce n'est pas le seul qui consomme le cannabis dans sa famille, il s'exprime en disant : « *machi dayen neki kan iykyifen ,seaaigh aami, et sin n derya aami* » « Je ne suis pas le seul à consommer du cannabis. Mon oncle et deux de mes cousins en consomment également ».

Le sujet nous a dit que personne n'est au courant de sa consommation, sauf ses amis consommateurs, d'après lui, il n'a pas bénéficié de soutien, il s'exprime en disant : « *hed*

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

ouyeaalim beli tkeyifegh zetla, anagar imdokaliw, uroufighara hed gher tamayno » « Personne n'est au courant de ma consommation de cannabis, sauf mes amis. Je n'avais personne à mes côtés pour me soutenir ».

Kamel nous a informé qu'il a une bonne relation avec les autres, il est sociable, Il s'exprime en disant : « *thibiniyi ikel leghachi, nki daghn, tqadarghithn, taawanghthn ma zemregh* » « les gens m'aiment, je les respecte et je les aide » Avec un visage souriant.

Kamel a commencé sa consommation du cannabis à l'âge de 25 ans, avec un joint puis il a augmenté la dose jusqu'à 8 joints. Il s'exprime en disant : « *abrid amenzu ikyfegh ligh 25 ans, bedigh s yiwen n joint par jour, après oufighed imaniw tkyifegh 8 joints par jour* » « j'ai commencé à prendre du cannabis à l'âge de 25 ans, avec un seul joint par jour, puis j'ai augmenté la dose ».

D'après lui cette consommation est un traitement de sa blessure mais au fil du temps elle est devenue une dépendance difficile à surmonter. Il s'exprime en disant : « *taalmet, la premier fois twalight haja n adsfaydegh mlih zegs surtout le coté ni n khemem tkhemimegh bezaf f la famille yno , amek adkemlegh donithiw , oulach akhodim... , mais wahi lweqth qlegh tqeliqegh bezaf organghara ikel , orhedrghara bezaf, ligh déjà saaigh problème deg le colon miqlegh tkeyifegh izad felli lhal* » « Tu sais, la première fois je la considérais comme un soulagement pour mes pensées, que ce soit concernant ma famille, mon avenir, le travail... Mais avec le temps, je suis devenu très anxieux, je ne dors plus, je ne parle pas beaucoup. Auparavant, j'avais un problème au colon et après ma consommation, cela s'est aggravé ».

Avec un visage empreint de détresse, Kamel nous a dit qu'il doit arrêter sa consommation : « *Dayen iweaaren ikl athebset inomit le corps yno, mi oblige fli athbsegh, juste ogadegh adeqlegh alami d le point départ* » « c'est difficile d'arrêter, mon corps s'est habitué, je suis obligé d'arrêter ,mais j'ai juste peur de rechuter c'est tout ».

Avec une lueur de tristesse dans ses yeux, il nous a informé qu'il se sent coupable de sa consommation. Il s'exprime en disant : « *Lant bezaf les solutions i lmachakeliw mais neki khetharegh abrid ayi iyisenedmen mlih* ». « Il y avait beaucoup de solutions pour mes problèmes, mais j'ai choisi ce chemin que je regrette beaucoup ».

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

I.5.2 L'analyse des résultats de l'échelle CD-RISC

Tableau N°9 : Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC

Sous échelles	Score moyen sur le totale d'items(%)	Etendu
Sentiment de compétence(32)	72%	23/32
Effets positifs du stress(28)	71%	20/28
Acceptation positive des changement(20)	70%	14/20
Contrôle (12)	33%	4/12
Spiritualité (8)	50%	4/8
Total	65%	65/100

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Kamel a obtenu un score de 65/100, ce qui signifie une résilience élevée.

À propos de la première sous échelle qui représente le sentiment de compétence, Kamel a marqué un sous-score de 23/32 avec un pourcentage de 72%. En répondant sur la dimension "pas de tout" à l'item (16), et "rarement" pour l'item (12), et la dimension "parfois" pour l'item (17) et la dimension "presque tout le temps" sur les items (10,11,23,24,25) Au-delà nous pouvons dire que Kamel possède une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité de compétences personnelles, mais il se décourage facilement face aux événements stressants.

La deuxième sous échelle, qui représente les effets positifs du stress, Kamel a enregistré un sous-score de 20/28 avec un pourcentage de 71% en répondant à la dimension "parfois" aux items (6,14,19,20). Cependant la dimension "pas de tout" à l'item (18), "presque tout le temps" aux items (7,15). Ces réponses expliquent qu'il peut gérer le stress et contrôler ses émotions négatives lorsqu'il fait face à des problèmes.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 14/20 dont le pourcentage de 70%, en répondant sur la dimension "rarement" pour l'item (1), et "souvent" pour l'item (2). Et "parfois" à l'item (8), et "presque tout le temps" aux items (4,5). Nous déduisons que Kamel ne peut pas s'adapter aux changements facilement, il possède une capacité de résistance face aux épreuves de la vie, mais il n'a pas tendance à rebondir.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Kamel a obtenu un sous score de 4/12 dont le pourcentage de 33% en répondant à la dimension "rarement" pour l'item (13), "pas de tout" à l'item (21) et "souvent" pour l'item (22). D'après ces réponses Kamel ne sait pas où trouver l'aide dans ses moments difficiles, mais il arrive à contrôler sa vie.

Dans la dernière sous échelle qui représente la spiritualité, Kamel a obtenu un sous score de 4/8 pour un pourcentage de 50%, répondant par la dimension "pas de tout" à l'item (3) « Le destin ou Dieu peuvent m'aider ». Et "presque tout le temps" pour l'item (9) « Bonne ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison ». Nous remarquons que le côté spirituel chez Kamel prend une moitié, bien qu'il ne soit pas toujours présent parmi les aspects à considérer. Il croit que les choses ne se produisent pas sans raison, mais il ne croit pas que dieu va l'aider pour résoudre ses problèmes.

I.5.3 Synthèse du cas « Kamel »

D'après l'entretien et les scores détaillés à l'échelle de résilience CD-RISC, Kamel présente un profil de résilience déséquilibré., il possède une force majeure avec un score maximum de (72%) sur la dimension sentiment de compétence, qui lui apporte une croyance en son efficacité de compétences personnelles, et un score de (71%) sur la dimension effets positifs de stress, et une acceptation positive des changement (70%), et un score de (50%) sur la dimension de spiritualité. En contrepartie, il fait preuve de faiblesse marquée sur aspect important qui est le sentiment de contrôle (33%). Il possède un score total de 65%, ce qui signifie une résilience élevée.

I.6 Cas N°6 : « Moustapha »

Moustapha, est un jeune homme âgé de 29 ans, célibataire, exerçant le métier de plombier. Il est le benjamin de la famille et a une sœur et un frère. Il a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 27 ans. Il s'est présenté au Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes, dans le but d'arrêter sa consommation.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

I.6.1 L'analyse de l'entretien

Avant d'entamer l'entretien avec Moustapha, qui a duré 35 minutes, le sujet était instable, bougeant fréquemment ses mains et ses pieds, semblant stressé et anxieux, et évitant le regard visuel.

Lorsque nous avons commencé à poser des questions à Moustapha concernant sa famille, il semblait un peu gêné. Il nous a informés que sa relation avec sa famille est superficielle et basée sur des intérêts communs : « *Nesaa la relation n lmaslaha ,nki iykhdmn fealsen,baba et gma amqran oukhdmnara,neki kan zarniyid didrimen, neki allah ghalb oulach anda aderouhgh,qimgh anajal wekham oulach anda azedghegh* » « Notre relation est basée sur l'intérêt. Je suis le seul à travailler, mon père et mon frère sont au chômage. Ils me voient comme source d'argent, mais moi, je n'ai pas ma propre maison. J'étais obligé de rester chez eux ».

Moustapha nous a informé que son père est addict au cannabis et à la prégabaline, il s'exprime en disant : « *deg la famille ikel hacha neki d baba idifghen aka ,baba itkyif zetla irnayas Lyrica, neki zetla kan imanis* » « Dans la famille, mon père et moi sommes les seuls consommateurs. Mon père consomme du cannabis et de la prégabaline, tandis que moi je ne consomme que du cannabis ».

Avec un visage triste, Moustapha nous a dit qu'il n'avait trouvé personne pour le soutenir et l'aider à arrêter cette consommation. Il s'exprime en disant : « *ouwfigh ouma d hed ayiaawene negh ayidik les conseils amek adehbsegh ,anagar laaibad ni ara akyawin gher ubrid n diri* » « Je n'ai pas trouvé quelqu'un pour m'aider, pour me donner des conseils pour arrêter, sauf pour ceux qui veulent te prendre dans le mauvais chemin ».

Moustapha nous a également parlé de ses relations avec les autres, disant qu'elles ne sont pas mauvaises : « *normal ken oulaalitara mlih mi daghen oudiritara* » « Normal, elle n'est pas parfaite mais aussi elle n'est pas mauvaise ».

Moustapha nous a informés que sa consommation de ce produit a débuté à l'âge de 27 ans, avec une petite quantité. Ensuite, il a augmenté jusqu'à l'addiction. À cause de ses responsabilités, il se sent stressé, alors la meilleure solution pour lui est de consommer pour se

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

soulager. il s'exprime en disant : « *ca fait une année et demi akn g 27 sna, bdigh s yiwn n le joint, solighas a 6 joints par jour, aseni ligh cv ne va pas ,sehosegh qelqegh , saturé la journée ni c pour ca keyfegh* » « Ça fait un an et demi, quand j'avais 27 ans. J'ai commencé avec un joint, puis j'ai augmenté à 6 joints par jour. Le jour où j'ai commencé, Je n'allais pas bien, j'étais stressé et saturé ».

Cette consommation a influencé la vie de Moustapha. Il s'exprime en disant : « *nbedalgh mlih machi aka iligh ,qlegh tqeliqegh, tnirvigh rapide, ouganghara, oulach l'appétits ,tsofrigh mlih* » « J'ai complètement changé, je souffre d'anxiété, je m'énerve rapidement, je ne dors pas, je ne mange pas ».

Moustapha insiste sur le fait qu'il doit arrêter sa consommation. Il s'exprime en disant : « *obligé adehbsegh ,mbedal lhayatiw ikel, ousnwichara adawtegh gher* » « Je suis obligé d'arrêter, ma vie a complètement changé, je ne savais pas que j'allais en arriver là ».

Avec un visage trop triste, Moustapha nous a informé qu'il se sent coupable de sa consommation. Il s'exprime en disant : « *ndemegh mlih, imirent nwichas aytheaawen adeshough lmachakiliw a zighent ternayid lmachakil akther* » « Je regrette, au début, j'ai pensé que ça allait m'aider à oublier mes problèmes, mais cela m'a conduit vers d'autres problèmes ».

6-2-L'analyse de l'échelle CD-RISC

Tableau N°10 : Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC

Sous échelles	Score moyen sur le totale d'items(%)	Etendu
Sentiment de compétence(32)	25%	8/32
Effets positifs du stress(28)	50%	14/28
Acceptation positive des changement(20)	95%	19/20
Contrôle (12)	8%	1/12
Spiritualité (8)	75%	6/8
Total	48%	48/100

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Moustapha a obtenu un score de 48/100, ce qui signifie une résilience modérée.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

À propos de la première sous échelle qui représente le sentiment de compétence, Moustapha a marqué un sous-score de 8/32 avec un pourcentage de 25%. En répondant sur la dimension "pas de tout" aux items (16,24), et par la dimension "rarement" pour les items (11,12,17,23,25) et par la dimension "souvent" pour l'item (10). D'après ses réponses, nous déduisons que Moustapha possède une faible estime de soi, une confiance en soi non suffisante et il ne croit pas à ses compétences personnelles, et une incapacité de pouvoir gérer ses problèmes.

Dans la deuxième sous échelle, qui correspond aux effets positifs de stress, Moustapha a enregistré un sous-score de 14/28 avec un pourcentage de 50% en répondant à la dimension "pas de tout" pour l'item (14) et "rarement" juste pour l'item (15). Cependant la dimension "parfois" pour les items (6,19,20), et "souvent" pour l'item (18), après pour l'item (7) Moustapha a répondu par la dimension "presque tout le temps". D'après ces réponses, nous constatons que Moustapha possède une capacité à gérer les situations de stress, mais sous pression, il n'arrive pas à rester concentré et réfléchi.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 19/20 dont le pourcentage est de 95%, en répondant sur la dimension "presque tout le temps" pour les items (1,2,4,8) et l'item (5) par la dimension "souvent". Nous constatons que notre cas arrive à s'adapter aux changements, et à gérer les situations difficiles ; de plus, il bénéficie d'un soutien familial.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Moustapha a obtenu un sous score de 1/12 dont le pourcentage de 8% en accordant aux items (13,21) la dimension "pas de tout", cependant à l'item (22) notre sujet a accordé la dimension "rarement". À ce titre nous pouvons dire que Moustapha ne sait pas où trouver sa source d'aide, et il ne présente aucun contrôle sur sa vie.

En parlant de la dernière sous échelle qui représente la spiritualité, Moustapha a obtenu un sous score de 6/8 pour un pourcentage de 75%, en répondant par la dimension presque tout le temps pour l'item (3) « Le destin ou Dieu peuvent m'aider ».et "parfois" pour l'item (9) « Bonne ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison ».Nous déduisons que le côté spirituel de Moustapha, joue un rôle partiel et n'est pas toujours un aspect central pour un développement de la résilience. Il croit que les choses ne se produisent pas sans raison, mais il ne croit pas que dieu va l'aider pour résoudre ses problèmes.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

I.6.3 Synthèse du cas « Moustapha »

D'après l'entretien et les scores détaillés à l'échelle de résilience CD-RISC, Moustapha présente un profil de résilience déséquilibré., il possède une force majeure avec un score maximum de (95%) sur la dimension acceptation positive des changements, qui lui permet de s'adapter à des nouvelles situations, il possède d'un aspect spirituel où il a obtenu un score de (75%), qui lui apporte sens, espoir et soutien face à l'adversité. Ce qui concerne les effets positifs du stress, il a obtenu un score de (50%). En contrepartie, il fait preuve de faiblesse marquée sur aspects importants comme le sentiment de compétence (25%) et le sentiment de contrôle (8%). Il possède un score total de 48%, ce qui signifie une résilience modérée.

I.7 Le Cas N° 7 : « Ilyes »

Ilyes jeune homme âgé 26 ans, célibataire, serveur dans un fast Food, son niveau d'instruction est de (2A.M) il est le benjamin d'une fratrie de 5 frères et 2 sœurs, il s'est rendu au Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes, pour arrêter sa consommation.

I.7.1 L'analyse de l'entretien

Avant d'entamer l'entretien avec Ilyes qui a duré 35 minutes, le sujet était stable sur le plan Comportemental, calme, souriant, son discours était clair et cohérent.

Lorsqu'on a posé la question à Ilyes pour ce qui est de sa relation familiale, sa réponse était : « am les familles nithen koulas amek , mais ça va illa leqder yaranegh , koull yiwen issen lhedis » « Comme les autres familles , mais ça va, y a toujours du respect entre nous , chacun de nous connaît ses limites ».

Le sujet nous a informé que son grand frère est un alcoolique Avec une expression faciale joyeuse. Il s'exprime en disant : « oui gma ameqran yetess l'alcool ar thoura mazalith, netta g aalmen abridn amenzu que tkeyifegh zetla » « Oui, mon grand frère continue de boire de l'alcool jusqu' à ce jour, et il est le premier à être au courant de ma consommation de cannabis ».

D'après lui, sa sœur et son grand frère sont les seuls au courant de sa consommation de cannabis, et c'est sa sœur qui l'a poussé à se soigner, et il a décidé de suivre ce soin et de s'en sortir, il s'exprime en disant : « anagar gma doltma g aalmen tkeyifegh zetla , doltma iyiseyfen abrid amenzu iwaken adassegh gher thayi ,après khememegh mlih doqeroyiw ofigh dwayi delhel iwakken adbeaadegh seg abrid ayi » « Sauf ma sœur et mon grand frère qui sont au

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

courant , c'est ma sœur qui m'a forcé à venir ici la première fois. Ensuite, j'ai bien réfléchi et je me suis dit que c'était la seule solution de m'en sortir de ce chemin ».

Ilyes nous a informé qu'il a trouvé un soutien de la part de sa sœur et son grand frère, il s'exprime en disant : « dayen oltma degma illan dithi aaweniyi ,yaani loukan aalmen gxam adilin yithi daghen» «Seulement ma sœur et mon grand frère m'ont soutenu , en effet , si le reste de ma famille était au courant, ils m'aiderait également ».

Le sujet nous a parlé aussi de ses relations avec les autres. En exprimant avec un affichant visage de déception :« twalaniyi un voyou alajal gmi tkhalategh laaibad n diri » « ils me considèrent comme un voyou à cause de ma mauvaise fréquentation ».

Ilyes a débuté la consommation à l'âge de 17 ans. Il s'exprime en disant :« bdigh tkeyifegh m ligh 17sna c'est l'adolescence allah ghaleb , bdigh s un joint , qlagh alami 9 à 10 joints i wass » « j'ai commencé la consommation à l'âge de 17 ans , c'était l'adolescence Allah ghaleb , j'ai Commencé avec un joint puis j'ai augmenté la dose de 9 à 10 joints par jours ».

Ilyas nous a confié qu'il avait vécu des événements marquants dans sa vie qui l'ont poussé à augmenté sa consommation de cannabis. Il s'exprime en disant : « saadigh bezaf lehwayej , mmm , ligh tefaghegh d yiwth nwright i lehlal mais thejayi thenayid otkemilghra wahi d yiwen itzetil , tssrexssiyyi mlih ,te fiancés wahi domdakliw proche , même amdakliw ayi itzetil » « J'ai vécu beaucoup de choses , mmm , j'ai aimé une fille , je voulais être avec elle ,mais elle m'a quitté , elle m'avait dit je ne vais pas continuer ma vie avec un consommateur , j'avais honte de moi , elle s'est fiancé avec un ami proche , même lui, c'est un consommateur » avec un petit sourire sur son visage.

D'après lui, au début de cette consommation c'était juste l'envie d'essayer ensuite il l'a considérée comme sa source de bonheur, la chose qui le rendait heureux et lui permettait de planer, on répondant :« abrid amenzu juste thosayid envie ni attsiyigh , après thoghaled delhaja n rtahegh mlih ghores » « Au début j'avais juste envie d'essayer mais ensuite c'est devenu quelque chose qui me procurait du bien-être ».Il dit aussi : « l wahi lweqth bdigh tqeliqegh mlih , haja rien du tout ad nirvigh , thibigh adkimegh wahdi bezaf » « Au fil du temps je suis devenu très anxieux , des petites choses me mettent rapidement en colère ,je me sens à l'aise quand je reste seul » .

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Ilyes insiste sur le fait qu'il doit mettre fin à sa consommation du cannabis. Il s'exprime en disant : « illaq felli adhebssegh iwaken ad réüssigh g donithiw, Ah oui obligé » « Je dois arrêter pour réussir dans ma vie, Ah oui obligé ».

Avec un visage exprimant le regret et la tristesse, il nous a informé qu'il est coupable de sa consommation de cannabis. Ils exprime en disant : « ndemegh mlih iytbaan abridayi ,ndemgh igkhalten bezaf lghachi n diri » « je regrette d'avoir emprunté ce chemin , d'avoir fréquenté de mauvaises personnes ».

I.7.2 L'analyse de l'échelle CD-RISC

Tableau N°11 : Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC

Sous échelles	Score moyen sur le totale d'items(%)	Etendu
Sentiment de compétence(32)	56%	18/32
Effets positifs du stress(28)	71%	20/28
Acceptation positive des changement(20)	60%	12/20
Contrôle (12)	50%	6/12
Spiritualité (8)	100%	8/8
Total	68%	68/100

Ce tableau représente les résultats de l'échelle CD-RISC, d'après ces résultats nous remarquons que Ilyes a obtenu un score total avec 68%, ce qui signifie une résilience élevée.

Dans la première sous-échelle qui représente le sentiment de compétence, Ilyes a marqué un sous-score de 18/32 avec un pourcentage de 56%. En répondant sur la dimension "presque tout le temps" aux items (11, 23, 24, 25) et sur la dimension "pas du tout" aux items (16, 17), à l'exception des items (10, 12), Ilyes a répondu sur la dimension "rarement". De ce fait, nous pouvons dire qu'Ilyes possède une confiance en soi avec une croyance en son efficacité personnelle .Mais quand il fait face aux épreuves de la vie, il se décourage facilement.

Dans la deuxième sous échelle, qui correspond aux effets positifs de stress, Ilyes a enregistré un sous-score de 20/28 avec un pourcentage de 71%, en répondant à la dimension "presque tout le temps" aux items (7,14,19). Cependant la dimension "souvent" renvoie aux

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

items (6,20), et la dimension "parfois" pour l'item (15), et la dimension "pas de tout" pour l'item (18). Ses réponses indiquent qu'il gère bien les émotions négatives, ce qui lui permet de prendre des décisions difficiles en situation de stress et lui confère une aptitude à résoudre les problèmes.

Dans la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 12/20 dont le pourcentage estimé à 60%, en répondant sur la dimension "presque tout le temps" pour les items (1,5). Cependant pour les items (4,8) Ilyes à accordé la dimension "parfois". À l'exception de l'item (2) il a répondu par la dimension "pas de tout ». Nous observons qu'Ilyes démontre une capacité d'adaptation aux changements et une résistance face aux épreuves de la vie. De plus, il a tendance à rebondir après les épreuves.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Ilyes a obtenu un sous score de 6/12 pour un pourcentage estimé à 50%, en répondant à l'item (21) par la dimension "pas de tout", et par la dimension "presque tout le temps" à l'item (13), et par la dimension "parfois" à l'item (22). D'après ses réponses, nous pouvons dire qu'Ilyes sait où chercher de l'aide, mais il ne peut pas contrôler et maîtriser sa vie.

Dans la dernière sous échelle qui représente la spiritualité, Ilyes a obtenu un sous score de 8/8 pour un pourcentage de 100%, en répondant aux items (3,9) « Le destin ou Dieu peuvent m'aider » et « Bonne ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension "presque tout le temps". Nous concluons que l'aspect spirituel de Ilyes fait partie des éléments qui ont contribué au développement de résilience chez Ilyes.

I.7.3 Synthèse de CD-RISC

D'après l'évaluation de la résilience avec l'échelle CD-RISC, et un entretien Ilyes présente un profil de résilience hétérogène. Il possède une force majeure avec un score maximum de 100% dans dimension de la spiritualité, qui lui apporte sens, espoir et soutien face à l'adversité, son score sur la dimension effets positifs de stress (71%), sur la dimension nommée Acceptation positive des changements, il a obtenu un score de (60%), et sur la compétence personnelle dont il a obtenu un score de (56%), et pour le sentiment de contrôle il a marqué un score de 50%. Il possède un score total de 68%, ce qui signifie une résilience élevée.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

II. La discussion de l'hypothèse

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos 07 cas, nous pouvons maintenant infirmer ou bien confirmer notre hypothèse. Ensuite, nous allons confronter nos résultats avec des études antérieures sur ce sujet.

Pour vérifier notre hypothèse, nous nous sommes basés sur les données obtenues à partir des deux outils de recherche que nous avons utilisés : l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle de résilience Connor-Davidson Résilience (CD-RISC) en se basant sur la théorie Cognitivo-Comportementale.

Cette recherche vise à explorer la résilience chez les personnes addictes au cannabis, afin de mesurer leur niveau de résilience et d'identifier les facteurs personnels, sociaux, et environnementaux qui y contribuent. En outre, cet outil permet une évaluation précise de leur capacité à faire face aux difficultés et à rebondir face à l'adversité.

Notre hypothèse stipulait : "Il existerait un caractère de résilience chez les personnes addictes au cannabis".

Les résultats obtenus à l'échelle CD-RISC, indiquent que deux participants de notre groupe de recherche manifestent une capacité de résilience élevé tandis que la majorité rencontrent des défis plus importants pour faire face au stress et aux difficultés. Cette variabilité souligne l'importance de comprendre les facteurs qui favorisent la résilience et de développer des interventions adaptées pour renforcer cette capacité.

La discussion commencera par la présentation du tableau qui récapitule les résultats de la recherche.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Tableau n°13 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle CD-RISC

Les cas	Score total(%)	Interprétation
Ilyes	68%	Elevé
Kamel	65%	Elevé
Yacine	60%	Modéré
Badis	58%	Modéré
Lounis	53%	Modéré
Moustapha	48%	Modéré
Nadir	47%	Modéré

Nous constatons que 2 participants sur 7 obtiennent un score de résilience élevé, ce qui représente une minorité avec des niveaux élevés de capacité à surmonter les défis et à rebondir après des épreuves. Cette observation peut indiquer que ces deux participants possèdent des compétences, des traits de personnalité ou des ressources sociales spécifiques qui favorisent une résilience renforcée.

Pour Ilyes (68%) et Kamel (65%), plusieurs facteurs peuvent contribuer à leur résilience. Tout d'abord, leur capacité à résoudre efficacement les problèmes leur permet de trouver des solutions pratiques aux difficultés rencontrées. De plus, leur capacité à maintenir un état d'esprit positif, même face à des situations stressantes, peut jouer un rôle important dans leur capacité à faire face aux épreuves. Leur réseau de soutien social, comprenant peut-être des amis, de la famille ou des collègues de confiance, pourrait également être un facteur contribuant à leur résilience. En outre, l'aspect spirituel, tel que la foi ou la pratique religieuse, peut également jouer un rôle significatif dans leur capacité à surmonter les difficultés et à trouver du réconfort dans les moments de crise.

En outre, la flexibilité mentale d'Ilyes et Kamel joue un rôle clé dans leur capacité à rebondir après des moments difficiles. Cette flexibilité leur permet de s'adapter rapidement aux changements de circonstances et de trouver de nouvelles solutions aux problèmes qui se présentent. Leur confiance en soi les soutient également, car ils croient en leur capacité à influencer positivement les résultats de leurs actions. Cette confiance en soi les motive à persévérer même lorsque les défis semblent insurmontables.

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

Enfin, leurs ressources personnelles, telles que la patience, la persévérance et la capacité à prendre du recul par rapport aux situations stressantes, complètent cet ensemble de facteurs contribuant à leur résilience. Leur patience leur permet de rester calmes et centrés face à l'adversité, tandis que leur persévérance les aide à continuer à avancer même lorsque les obstacles semblent infranchissables. De plus, leur capacité à prendre du recul leur permet de voir les situations stressantes sous un angle plus objectif, ce qui peut les aider à trouver des solutions efficaces.

En combinant ces différents aspects, Ilyes et Kamel possèdent un ensemble solide de ressources internes et externes qui les aident à surmonter les défis de la vie avec résilience et détermination.

En revanche, 5 participants sur 7 marquent un score de résilience modéré ce qui suggère qu'ils possèdent une certaine capacité à surmonter les obstacles, mais qu'ils pourraient avoir besoin de renforcer leurs compétences de résilience pour mieux faire face à des situations difficiles. Ils peuvent également profiter de l'adoption de stratégies supplémentaires pour gérer le stress et maintenir un état d'esprit positif face à l'adversité.

Yacine, avec un score de 60%, et Badis, avec 58%, montrent déjà une bonne base de résilience modérée. Ils possèdent probablement certaines compétences en résolution de problèmes qui les aident à gérer les difficultés qui pourraient inclure la capacité à analyser les situations de manière critique, à identifier des solutions potentielles et à prendre des décisions éclairées pour surmonter les obstacles.

Lounis (53%) est également dans la catégorie de résilience modérée. sa capacité à maintenir un état d'esprit positif face au stress et son réseau de soutien social, que ce soit des amis, de la famille ou des collègues, c'est un atout important.

Pour Yacine, Badis, Lounis, plusieurs facteurs peuvent contribuer à leur résilience. Tout d'abord, un état d'esprit positif face au stress et un réseau de soutien social solide, qu'il s'agisse d'amis, de famille ou de collègues, peuvent offrir un sentiment de sécurité et de connexion. Cela leur permet de se sentir soutenus et compris dans les moments difficiles. Pouvoir compter sur le soutien, les encouragements et les conseils de leurs proches les aide à surmonter les défis avec plus de confiance en eux.

Moustapha (48%) et Nadir (47%), montrent une résilience modérée, mais il est évident qu'il y a encore des opportunités d'amélioration pour renforcer leur capacité à surmonter les

PRESENTATION, ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

défis. Leur patience et leur aptitude à prendre du recul face aux situations stressantes sont des qualités louables qui peuvent les aider dans leur parcours de résilience. Cependant, il est important de reconnaître qu'ils pourraient être plus vulnérables aux rechutes ou aux difficultés persistantes lorsqu'ils sont confrontés à des défis. Leur capacité à rebondir après des épreuves semble encore insuffisante, ce qui souligne la nécessité de continuer à développer leurs compétences en gestion du stress. Pour ce faire, ils pourraient explorer des moyens pratiques pour mieux gérer le stress au quotidien. Cela inclut une compréhension approfondie des mécanismes du stress et l'adoption de stratégies adaptées pour y faire face de manière efficace. En développant ces compétences, Moustapha et Nadir peuvent renforcer leur résilience et mieux faire face aux défis futurs avec confiance et détermination.

Ces résultats confirment en grande partie notre hypothèse initiale selon laquelle il existe un caractère de résilience au sein de notre groupe de recherche. Nous pouvons souligner que certains participants ont démontré des niveaux élevés de résilience, tandis que d'autres ont montré des niveaux modérés. Ces observations soulignent l'existence de capacités variables à affronter le stress et les défis du quotidien au sein de notre groupe de participants, ce qui est cohérent avec la complexité de la résilience, influencée par divers facteurs personnels, sociaux et environnementaux.

Synthèse

La résilience désigne la capacité de l'individu à surmonter, à faire face à une situation difficile. En se référant aux résultats de l'entretien semi-directif et à l'échelle de résilience, CD-RISC, nous constatons que malgré les défis posés par l'addiction, qui est un fléau très lourd pour les individus, nos sujets présentent, quand même, un caractère résilient avec un niveau différent d'un cas à un autre. Ils possèdent un aspect spirituel qui leur permet de s'adapter et de maîtriser leurs émotions tout en gardant une attitude optimiste.

CONCLUSION

CONCLUSION

Conclusion

Il est important de noter que la résilience n'est pas un trait inné mais une compétence qui peut être développée. Les personnes résilientes sont capables de rebondir face à l'adversité grâce à une combinaison de facteurs internes, tels que l'optimisme et l'estime de soi, et externes, comme le soutien social et les ressources disponibles. Elles utilisent des stratégies positives pour gérer le stress, ce qui réduit leur risque de tomber dans des comportements addictifs.

Cette recherche a porté sur un groupe de recherche composé de sept cas des personnes addictes au cannabis. Ces cas ont été rencontrés au niveau du Centre Intermédiaire de Soins aux Toxicomanes situé à Ihadaden, dans la wilaya de Bejaïa.

Afin de mener à bien ce travail, nous nous sommes appuyés sur un guide d'entretien semi-directif, qui nous a permis d'observer directement les réactions de chaque participant pendant leur récit, et de collecter des informations auprès des personnes addictes au cannabis. De plus, nous avons utilisé l'échelle CD-RISC (Connor Davidson). Cet outil d'évaluation nous a permis, d'une part, d'évaluer et de quantifier le niveau de résilience chez les personnes addictes au cannabis, et d'autre part, d'identifier les facteurs de résilience présents chez ces individus et mesurer l'impact de la résilience sur leur capacité à gérer les défis associés à leur addiction durant la prise en charge.

Les résultats de nos entretiens et des évaluations réalisées à l'aide de l'échelle de résilience CD-RISC suggèrent que les personnes addictes au cannabis, participant à notre recherche, possèdent des traits de résilience. Cependant, il est important de noter que ces caractéristiques de résilience varient d'un individu à l'autre au sein de notre groupe de recherche. Nous avons constaté que plusieurs variables peuvent influencer sur la présence et l'intensité de cette résilience chez ces individus. Ces variables comprennent les diversités dans les parcours de vie, les stratégies d'adaptation, le réseau de soutien social, ainsi que des caractéristiques personnelles telles que la spiritualité et les aptitudes à la gestion du stress. Ces constatations confirment notre objectif de recherche ainsi que notre hypothèse.

En mettant en lumière l'importance de la résilience dans le processus de rétablissement, Nous espérons que cette recherche éclaire davantage la manière dont les personnes addictes au cannabis peuvent mieux surmonter leurs difficultés. Nous espérons ainsi que ces résultats encourageront une approche plus attentive et adaptée de la part des professionnels de la santé et des intervenants, afin d'offrir un soutien et un accompagnement mieux ciblés à ces

CONCLUSION

individus. Cette recherche souligne la nécessité d'une prise en charge holistique qui intègre des interventions visant à renforcer les ressources internes des personnes addictes au cannabis. Ce faisant, nous pouvons espérer améliorer les résultats cliniques et favoriser une meilleure qualité de vie pour ces individus.

Nous encourageons vivement les étudiants à explorer de manière approfondie le concept de résilience, car nous croyons fermement qu'il revêt une importance particulière dans le contexte de notre société contemporaine. En explorant ce thème, les étudiants peuvent contribuer à enrichir le dialogue sociétal sur la manière dont nous pouvons soutenir et renforcer la résilience individuelle et collective dans notre société en constante évolution.

Pour conclure nous proposons quelques pistes de recherche qui peuvent constituer une base solide pour traiter la problématique de l'addiction :

- Aspect psychologiques chez les femmes consommatrices aux substances psychoactives.
- Les mécanismes de résilience chez les jeunes adultes survivants d'abus sexuels.
- Impact des substances psychoactives sur l'attention et la concentration chez les adolescentes.
- Influence des comportements addictifs sur les relations conjugales et parentales

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- Académie nationale de médecine. (2024). Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Paris : Académie nationale de médecine. Récupéré sur <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=la+to1%C3%A9rance>
- Achard, A. (2016). *Addictions et comorbidités psychiatriques : Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte. Étude descriptive, multicentrique, transversale dans une population consultant en ambulatoire avec problématique addictive* [Thèse de doctorat, Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de Médecine de Nice]. Récupéré sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01375447v1/file/2016NICEM049.pdf>
- Acier, D. (2016). Les usages de substances psychoactives. Dans *Les addictions* (pp. 11-27). Le point sur... Psychologie. De Boeck Supérieur. Récupéré sur <https://www.cairn.info/les-addictions--9782807306295.htm>
- Alexander, D. (2016). Préface. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience Ressemblance dans la diversité* (pp. 7-13). Paris, France : Odile Jacob.
- Algalarrondo, O. (2014). *De la consommation au sevrage (cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne), en milieu libre ou en milieu carcéral : Prises en charge et rôle du pharmacien d'officine* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, U.F.R des Sciences Pharmaceutiques]. Récupéré sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018126v1/file/Pharmacie_2014_Algalarrondo.pdf
- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2013). *Les méthodes qualitatives*. PUF.
- Allouche, N. (2022). *Cannabis, Tetrahydrocannabinol (THC), Cannabidiol (CBD) et douleurs dentaires* [Thèse de doctorat, Université Côte d'Azur, Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice]. Récupéré sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03929948v1/file/2022NICED029.pdf>
- Anaut, M. (2003). *La résilience. Surmonter les traumatismes*. Armand Colin.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- Anaut, M. (2008). *La résilience : Surmonter les traumatismes* (2e éd.). Armand Colin.
- Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 28-39. <https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028>
- Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience* (3e éd.). Armand Colin.

- Andrad, J. C. (2009). *L'apport de l'approche psychanalytique à la compréhension des addictions : Objet primaire et avatars de la fixation archaïque* (Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal). Récupéré sur <https://archipel.uqam.ca/2385/1/M11061.pdf>
- Auriacombe, M., Serre, F., &Fatséas, M. (2016). Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? Dans P. Le Moigne (Éd.), *Traité l'addictologie* (pp. 78-83). Dunod. Récupéré sur <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-78.htm?contenu=resume>
- Auriacombe, M., Serre, F., &Fatséas, M. (2016). Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? Dans M. Reynaud, L. Karila, H.-J. Aubin, & A. Benyamina (Éds.), *Traité d'addictologie* (2e éd., pp. 78-83). Lavoisier. Récupéré sur <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-78.htm?contenu=resume>
- Berthier, N. (2010). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés* (4e éd.). Armand Colin.
- Blanchet, A., &Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2e éd.). Armand Colin.
- Blétry, M. (2016). Résilience en science des matériaux. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience Ressemblances dans la diversité* (pp. 193-214). Paris, France : Odile Jacob.
- Boteyre, E. (2004). *Résilience et réussite scolaire chez l'enfant de migrant*. Dunod.
- Bourbeau, P. (2016). La résilience en relations internationales : la côté clair et le côté obscur. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience Ressemblances dans la diversité* (pp. 283-297). Paris, France : Odile Jacob.
- Bruchon-Schweitzer, M., &Boujut, É. (2014). Les aspects protecteurs de la personnalité. Dans *Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles*.Dunod.(pp. 277-371).
- Cadet-Taïrou, A. (2023). *Les addictions comportementales : Définitions, enjeux et débats*. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxac2d7.pdf>
- Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU). (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Récupéré sur https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_Les-troubles-li%C3%A9s-%C3%A0-l'utilisation-de-substances-psychoactives-2015.pdf
- Chaumont, O. (2018). *Addiction, dépendance et drogues : Étude de la mise en place de salle de consommation à moindre risque dans le monde et en France depuis 2016* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, U.F.R. des Sciences Pharmaceutiques]. Récupéré sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas01662082v1/file/Pharmacie_2018_Chaumont.pdf

- Clause, A. (2017). *Addiction à Internet et facteurs associés chez les adolescents : Étude transversale de l'usage d'Internet parmi 579 adolescents* [Thèse de doctorat, Université de Lorraine]. Récupéré sur file:///C:/Users/ALL-INFO/Pictures/BUMED_T_2017_CLAUSE_ALEXANDRE.pdf
- Corcos, M. (2004). Conduites de dépendance à l'adolescence : Le circulaire ou les métamorphoses secrètes de l'absence. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 469-493. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2004-2-page-469.htm&wt.src=pdf>
- Cyrulnik, B. (2016). Postface. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience Ressemblances dans la diversité* (pp. 299-305). Paris, France : Odile Jacob.
- Daron, R., & Parot, F. (2013). *Dictionnaire de psychologie*. Presses Universitaires de France.
- Delage, M. (2002). Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. *Thérapie familiale*, 23(3), 269-287.
- DSM-5. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2004). *Cannabis drug profile*. Récupéré sur https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cannabis_en
- Fournier, G. (2020). *Les chimiotypes du chanvre (Cannabis sativa L.) : Intérêt pour un programme de sélection* [Thèse de doctorat, Université Paris XI, Faculté de Pharmacie, U.E.R. de Chimie thérapeutique, Laboratoire de Pharmacognosie]. Récupéré sur <https://hal.science/hal-00884310/document>
- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., ... & Room, R. (2016). Lower-risk cannabis use guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations. *American Journal of Public Health*, 107(8), e1-e12.
- Guihard, G. et Al. (2018). Evaluer la résilience des étudiants en santé en France : adaptation et mesure de l'invariance de l'échelle CD-RISC 10. *Mesure et évaluation en éducation*, 41(2), 67-96.
- Gorsane, M. A., Kebir, O., Alexandre, F., & Bellivier, F. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for substance use disorders: A meta-analysis of quantitative studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72, 352-357.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). (2006). *Drogue & dépendance : Le livre d'information - État des connaissances : mars 2006*. INPES. Récupéré sur

<https://www.info-sante-normandie.fr/media-files/livredroguet-depedance.714.pdf>

- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). (2012). *Les politiques publiques en matière de substances psychoactives : Contenu intégral des conférences présentées lors du symposium tenu à Québec le 28 septembre 2011*. Récupéré sur https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1443_polpubsubspyoactives_contenusymposiumqc28sept2011.pdf
- Ionescu, S. (2016). Introduction. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience Ressemblance dans la diversité* (pp. 15-30). Paris, France : Odile Jacob.
- Laqueille, X., &Liot, K. (2009). Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *L'Information Psychiatrique*, 85(7). <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-7-page-611.htm>
- Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie* (3e éd.). Elsevier Masson. Paris.
- Mboua, E. (2021). *Ethique du développement pour le progrès en Afrique*. L'Harmattan.
- Morel, A., &Coutron, J.-P. (2019). *Addictologie* (3e éd.). Dunod.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. (2023). *Rapport mondial sur les drogues. Résumé analytique : 4 N O D C. Research*. Récupéré sur https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_ExSum_French.pdf
- Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie. (2023). *Efforts de l'Algérie pour la réduction de l'offre de la drogue*. Récupéré sur [https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_fr/donnees_statistiques/bilan\[2023\].pdf](https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_fr/donnees_statistiques/bilan[2023].pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement - Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Masson.
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)*.
- Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B., &Vénisse, J.-L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, 31(1), 9-23. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-archives-de-politique-criminelle-2009-1-page-9.htm>
- Sauvayre , R. (2013). *Les méthodes d'entretien en science sociale*. Dunod.
- The Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2024). *Le cannabis*. Récupéré sur <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/lecannabis>

- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie*. Belin Education.
- Vermeiren, E. (2012). Analyse critique du concept de résilience. Dans R. Coutanceau, J. Smith & S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (pp. 15-22). Paris, France : Dunod.
- Viger, L. (2020). *Troubles liés à l'usage des écrans : Une revue de la littérature de l'enfant à l'adulte* [Thèse de doctorat, Université de Caen - Normandie, UFR de Santé]. Récupéré sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas03153439v1/file/VIGER%20Laura.pdf>
- Virginie, et al. (2003). La présence des personnes aidantes comme des enseignants, des soignants, des membres de la famille étendue. Dans L. Bernard (Éd.), *Le soutien social et l'autonomie* (pp. 123-145). Presses Universitaires de France.
- Volkow, N. D. (2012). Drug addiction: The neurobiology of behavior gone awry. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(11), 739-751.

ANNEXES

Annexe N°01 : Guide d'entretien

Information générales sur le sujet

- 1) Prénom
- 2) Age
- 3) Sexe
- 4) Niveau d'instruction
- 5) Situation matrimoniale
- 6) Profession

Axe N 1- Informations en relation avec la vie familiale

- 1) Avez- vous des frères et sœurs ? si oui, combien ? et quel est votre position dans la fratrie ?
- 2) Parlez-nous de vos relations familiales ?
- 3) Ya-t-il un consommateur de cannabis dans votre famille ?
- 4) Quelle est la réaction de votre famille vis-à-vis de votre consommation de ce produit ?
- 5) Des amis ou des membres de votre famille ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?

Axe N 2– Informations en relation avec la vie sociale

- 1) C'est quoi vos activités sociales préférées ?
- 2) Parlez-nous de vos relations sociales ?
- 3) Avez-vous déjà ressenti des jugements de la part de la société en raison de votre consommation de cannabis ?
- 4) Avez-vous des amis ? Si oui, est-ce que certains d'entre eux consomment également du cannabis ?

Axe N 3– Informations sur la consommation de cannabis

- 1) Depuis quand avez-vous commencé la consommation de ce produit ?
- 2) Combien de fois vous consommez ce produit par jour ?
- 3) Considérez-vous votre consommation de cannabis comme problématique ?
- 4) Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ? (Dispute, incidents,) ?

Axe N 4 –Informations en relation avec la résilience

- 1) Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de consommer le cannabis ?
- 2) Vous êtes-vous déjà senti coupable vis-à-vis de votre consommation ?
- 3) Souhaiteriez-vous réduire votre consommation de cannabis ?
- 4) Souhaiteriez-vous arrêter de consommer du cannabis ?

Annexe02 : L'échelle de résilience de Connor et Davidson « CD-RISC ».

La consigne : A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	
2) J'ai au moins une relation proche et sure qui m'aide lorsque je suis stressée.	
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes ,parfois le destin ou dieu peuvent m'aider.	
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	
6) J'essaie de voir le cote humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves.	
9) Bonnes ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	
13) En période de stress/crises, je sais ou me tourner pour trouver de l'aide.	
14) Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement.	
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e)aux défis et aux difficultés de la vie.	
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décision difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir inutilement sans savoir pourquoi.	
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	
23) J'aime les défis.	
24) je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	

ANNEXE N°03 : Tableaux tire de Lecavalier et coll., 2003. Reproduit avec l'autorisation du CRD Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec

DÉPRÉSSEURS						
Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés	Effets secondaires
ÉTHANOL	Alcool, Bière, Boisson, Cooler, Spiritueux, Vin.	Liquide	Désinfectant, Antidote du Méthanol.	Avalé.	Désinhibition, Relaxation, Impression de chaleur.	Agitation, Incoordination, Ralentissement des gestes, Somnolence, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.
BENZODIAZÉPINES	Ativan™, Dalmane™, Librium™, Halcion™, Restoril™, Rohypnol®, Serax™, Valium™, Xanax™.	Ampoules, Capsules, Comprimés.	Traitement de l'anxiété et de l'insomnie.	Avalé.	Désinhibition, Relaxation.	Ralentissement des gestes, Nausées, Constipation Rétrécissement de la pupille de l'œil.
OPIACÉS	Codéine, Dilaudid™, Héroïne, Méthadone, Morphine, Percodan™, Smack*.	Ampoules, Capsules, Comprimés, Poudre.	Soulagement de la douleur.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Désinhibition, Réduction de la douleur, Relaxation, Impression de chaleur, Retard de l'éjaculation.	Somnolence, Ralentissement des gestes, Confusion, Hallucinations, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement, Amnésie.
SOLVANT	Colle, Décapant, Essence.	Liquide (forte odeur).	Aucun.	Inhalé.	Désinhibition, Euphorie, Hallucinations.	Étourdissement, Somnolence, Nausées, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.
GHB (gamma hydroxybutyrate)	Ecstasy liquide®.	Liquide.	Aucun au Canada.	Avalé.	Euphorie, Somnolence.	Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.

DÉPRÉSSEURS (suite)					
Produits	Vitesse d'élimination (Demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
ÉTHANOL	Très rapide. L'élimination de l'éthanol se fait à un rythme constant, directement lié au temps écoulé.	Psychologique, Physique.	Insomnie, Irritabilité, Confusion, Tremblements, Psychose, Convulsions, Delirium Tremens.	Problèmes de coordination, Délire, Perte de conscience, Dépression respiratoire, Ralentissement du pouls, Coma, Mort ^c .	Le mélange d'alcool avec plusieurs drogues ou médicaments augmente les risques d'accidents de tout genre.
BENZODIAZÉPINES	Varie selon les produits de 3 h (Halcion) à 100 h (Valium).	Psychologique, Physique (Possible).	Anxiété, Insomnie, Nausée, Fièvre, Tremblements, Convulsions, Délire.	Excitation, Délire, Problèmes de coordination, Stupeur, Dépression respiratoire.	Certains de ces produits entraînent des problèmes de mémoire chez les utilisateurs. Le Rohypnol est parfois désigné par les médias comme « drogue du viol ».
OPIACÉS	Varie selon les produits, de 1,5 h (Morphine) à 30 h (Méthadone).	Psychologique, Physique.	Bâillements, Hypertension, Spasmes, Diarrhée, Frissons, Douleur, Anxiété, Irritabilité.	Problèmes de coordination, Perte de conscience, Dépression respiratoire, Troubles cardiaques, Coma, Mort.	La méthadone est un narcotique parfois utilisé dans le traitement des narcomanes.
SOLVANT	Très rapide.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Perte de conscience, Convulsions, Troubles cardiaques, Mort.	Les solvants sont associés à des risques d'incendie et d'explosion.
GHB (gamma hydroxybutyrate)	0,3 h.	Aucune.	Aucun symptôme spécifique.	Sommeil profond, Nausées, Amnésie, Vomissements, Dépression respiratoire.	Ce produit est parfois, lui aussi désigné par les médias comme « drogue du viol ».

STIMULANTS

Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés	Effets secondaires
CAFÉINE	Café, Thé, Wake-Up, Certains analgésiques ^o .	Capsules, Comprimés, Liquide.	Aucun.	Avalé.	Augmente l'éveil et la force musculaire, Réduit la fatigue.	Agitation, Anxiété, Insomnie, Irritation gastrique, Hypertension.
AMPHÉTAMINE	<i>Crystal*</i> , <i>Ice*</i> , <i>Meth*</i> , <i>Ritalin™</i> , <i>Speed*</i> , <i>Upper*</i> .	Capsules Comprimés Liquide Poudre.	Coupe-faim, Traitement du déficit d'attention chez l'enfant.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Réduction de l'appétit, Réduit la fatigue, Augmente l'éveil et la force musculaire.	Agitation, Anxiété, Insomnie, Hallucination, Paranoïa, Délire, Fièvre, Gestes répétitifs, Augmente la température corporelle.
COCAÏNE	<i>Base*</i> , <i>Coke*</i> , <i>Crack*</i> , <i>Freebase*</i> .	Cailloux Poudre.	Anesthésique topique.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté, Application sur les muqueuses.	Réduction de l'appétit, Réduit la fatigue, Augmente l'éveil et la force musculaire.	Agitation, Anxiété, Insomnie, Hallucinations, Paranoïa, Délire, Fièvre, Gestes répétitifs, Augmente la température corporelle.
NICOTINE	Cigare, Cigarette, Nicoderm™, Habitrol™, Tabac.	Feuilles séchées Gommés à mâcher Pansements.	Réduction des symptômes de sevrage chez le fumeur.	Application sur la peau, Fumé, Mastiqué.	Favorise la perte de poids, Éveil.	Toux, Nausées.

STIMULANTS (suite)

Produits	Vitesse d'élimination (Demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
CAFÉINE	3-10 h.	Psychologique, Physique.	Fatigue, Difficultés de concentration, Faiblesse, Irritabilité.	Anxiété, Convulsions, Mort ^é .	L'insomnie est une conséquence fréquente de la consommation de caféine.
AMPHÉTAMINE	4 h.	Psychologique.	Anxiété, Fatigue, Difficultés de concentration, Nausées, Augmentation de l'appétit.	Anxiété, Hallucinations, Paranoïa, Délire, Fièvre, Troubles cardiaques, Convulsions, Mort.	De fortes doses de stimulants nuisent à l'apprentissage et à la concentration.
COCAÏNE	0.5 h - 1,5 h.	Psychologique, Physique (Possible).	Anxiété, Fatigue, Difficultés de concentration, Nausées, Augmentation de l'appétit.	Vomissements, Perte de tonus respiratoire, Dépression respiratoire, Convulsions, Mort.	L'utilisation chronique de cocaïne cause l'impuissance chez certains usagers.
NICOTINE	2 h.	Psychologique, Physique.	Irritabilité, Anxiété, Difficultés de concentration, Fatigue.	Nausées, Vomissements, Diarrhée, Confusion, Troubles cardiaques, Défaillance respiratoire, Mort.	La fumée de tabac est souvent associée au cancer.

PERTURBATEURS						
Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés	Effets secondaires
CANNABIS	<i>Bag*</i> , <i>Hasc*</i> , <i>Herbe*</i> , <i>Huile de hasch*</i> , <i>Mari*</i> , <i>Pot*</i> , <i>Résine*</i>	Feuilles séchées, Huile, Petits cubes	Traitement des nausées liées à la chimiothérapie.	Fumé, Avalé.	Désinhibition, Relaxation, Réduction de l'anxiété.	Toux, Augmentation de l'appétit, Rougissement des yeux, Ralentissement de la pensée.
PHENCYCLIDINE (PCP)	<i>Acide*</i> <i>Angel dust*</i> , <i>Mescaline*</i> , <i>Mess*</i> , <i>TH*</i>	Buvards, Capsules, Comprimés, Liquide, Poudre	Usage vétérinaire uniquement.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Hallucinations.	Réduction de la sensibilité à la douleur, Crampes abdominales, Désorientation, Agressivité, Délire.
PSILOCYBINE	<i>Champignons*</i> , <i>Mush*</i> , <i>Mushrooms*</i>	Capsules, Champignons séchés, Cristaux, Poudre	Aucun.	Avalé, Injecté (rarement).	Modification de l'humeur.	Crampes abdominales.
LSD, MDA, STP ET AUTRES	<i>Acide*</i> , <i>Buvard*</i>	Buvards, Capsules, Comprimés, Liquide	Aucun.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Hallucinations.	Désorientation.
ECSTASY	<i>Dove*</i> , <i>MDMA, X*</i> , <i>XTC*</i>	Comprimés, Poudre	Aucun.	Avalé, Injecté (rarement).	Euphorie, Modification des sensations, Réduit la fatigue.	Anxiété, Augmente la température corporelle, Comportements répétitifs.
2-CB	<i>Bromo*</i> , <i>Erox*</i> , <i>Nexus*</i> , <i>Venus*</i>	Comprimés, Poudre	Aucun.	Avalé, Inhalé.	Euphorie, Modification des sensations, Réduit la fatigue.	Désorientation.
KÉTAMINE	Kétalar™, Special K*	Ampoules, Comprimés, Cristaux, Poudre	Anesthésique utilisé en chirurgie.	Avalé, Inhalé.	Hallucinations.	Désorientation, Perte de conscience.

PERTURBATEURS (suite)					
Produits	Vitesse d'élimination (Demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
CANNABIS	20 - 30 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Excitation, Anxiété, Paranoïa.	Le cannabis est la drogue illégale dont l'usage est le plus répandu.
PHENCYCLIDINE (PCP)	24 - 27 h. On rapporte des effets résiduels plusieurs semaines après une consommation.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Hypertension, Convulsions, Coma, Troubles cardiaques et respiratoires, Mort.	Plusieurs observations relient le PCP à des comportements violents chez la personne intoxiquée.
PSILOCYBINE	Données non disponibles.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion.	Il est très dangereux de consommer des champignons inconnus ramassés au hasard.
LSD, MDA, STP ET AUTRES	3 h (LSD).	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Agitation, Délire, Coma, (varie selon les produits).	Le produit vendu sous le nom de TH contient du PCP ou d'autres hallucinogènes.
ECSTASY	7,6 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Fièvre, Convulsions, Hypertension, Troubles cardiaques, Risques de décès soupçonnés	Les comprimés vendus sur le marché noir peuvent contenir du PCP ou d'autres substances.
2-CB	Données non disponibles.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion.	Parfois vendu comme étant de l'ecstasy.
KÉTAMINE	4 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Hypertension, Perte de conscience, Dépression respiratoire.	Risques de « flashback » ou de « bad-trip ».

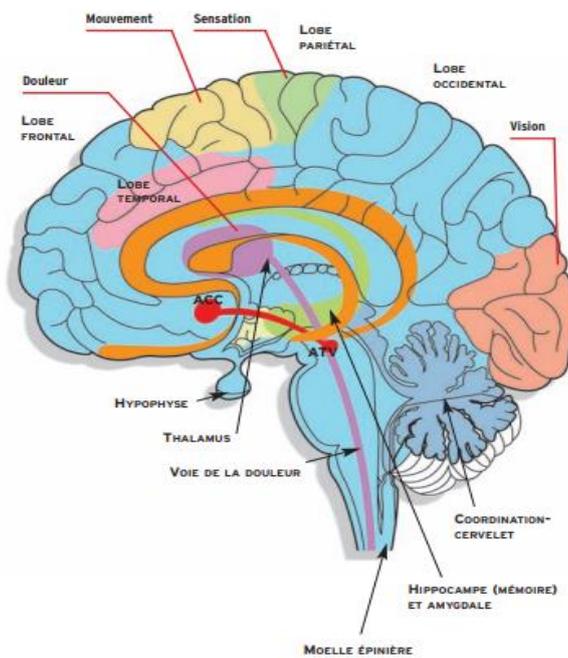


Figure 01 : CERVEAU HUMAIN, RÉGIONS CÉRÉBRALES ET CIRCUITS NEURONAUX (VOIES NERVEUSES) (INPES, 2006).

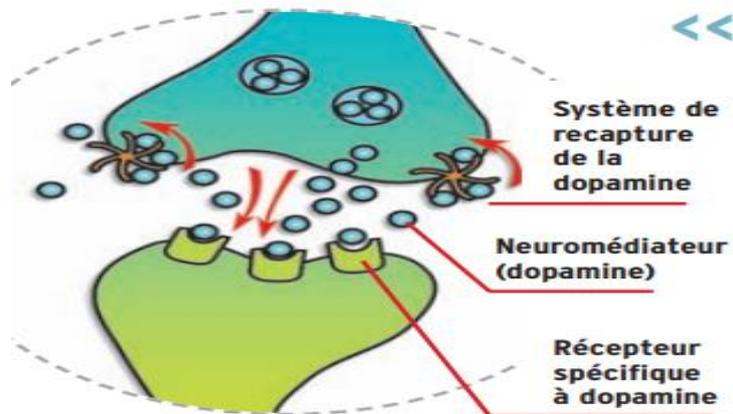


Figure 02 : Le rôle des neuromédiateurs et des synapses dans la transmission de l'influx nerveux. (INPES, 2006).

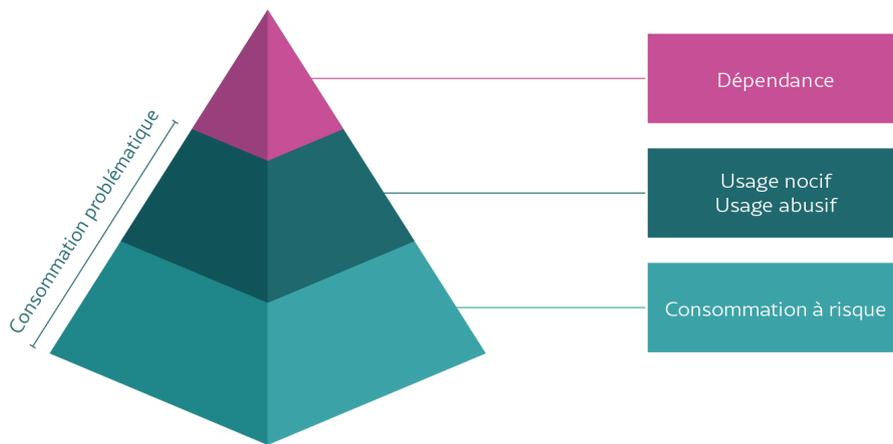


Figure 03 : les niveaux de consommation selon CIM 10



Figure 04 : Plante du Cannabis (Costentin , 2006)



Figure 05 : plante marijuana

<https://img.rts.ch/decouverte/sante-et-medecine/maladies-et-traitements/cannabis/2013/image/ql0v0b-27878604.image?m=1920>



Figure 06 : La résine

<https://www.elmoudjahid.com/storage/images/article/e88dcd4e9f055deb7355163c5ceadf.jpg>



Figure 07 : L'huile de cannabis

https://pharmacieaudigierlafarge.fr/69406-large_default/granions-huile-cbd-5-10-ml.jpg

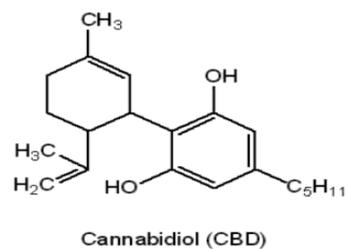
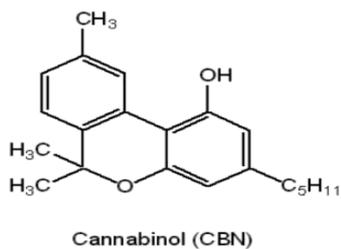
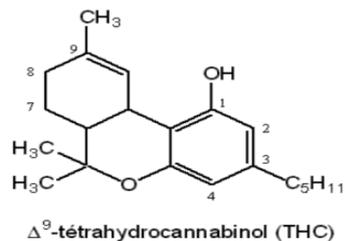


Figure 08 : Formules chimiques des principaux cannabinoïdes (Setin & al , 2000 , p.23).

Résumé

Cette recherche se concentre sur l'étude de la résilience chez les personnes addictes au cannabis durant la prise en charge. L'objectif principal est d'évaluer la résilience chez sept personnes addictes au cannabis, qui reçoivent des soins au «Centre Intermédiaire de Soins Aux Toxicomanes (CIST) », situé à Ihadaden (Bejaia).

Pour vérifier notre hypothèse, nous avons eu recours à la méthode clinique. Nous nous sommes appuyés sur un guide d'entretien semi-directif ainsi que sur l'échelle de résilience CD-RISC (Connor-Davidson RISC). Ces outils nous ont permis, d'une part, de mesurer la tonicité de la résilience et, d'autre part, d'identifier les facteurs de résilience présents chez ces individus.

Les résultats obtenus par ces outils ont mis en évidence que les sujets de notre groupe de recherche présentent un caractère résilient avec une intensité modérée.

Mots clés : addiction ; résilience ; cannabis ; jeune adulte.

Abstract

This research focuses on the study of resilience in people addicted to cannabis during treatment. The main objective is to assess the resilience of seven people addicted to cannabis, who receive care at the «Intermediate Centre For Addiction Care (CIST) », located in Ihadaden (Bejaia).

To test our hypothesis, we used the clinical method. We relied on a semi-structured interview guide as well as the CD-RISC resilience scale (Connor and Davidson RISC). These tools allowed us, on the one hand, to measure the tone of resilience and, on the other hand, to identify the resilience factors present in these individuals.

The results obtained by these tools showed that the subjects of our research group are resilient, with moderate intensity.

Keywords: Addiction; resilience; cannabis; young adult

ملخص

يركز هذا البحث على دراسة المرونة النفسية لدى الأشخاص المدمنين على القنب أثناء العلاج. وتمثل الهدف الرئيسي في تقييم المرونة النفسية لدى سبعة أشخاص مدمنين على القنب، والذين يتلقون الرعاية في «المركز الوسيط لرعاية المدمنين»، الواقع في إحدادن (بجاية).

لاختبار فرضيتنا، استخدمنا الطريقة العيادية، حيث اعتمدنا على دليل مقابلة نصف موجهة، بالإضافة إلى مقياس المرونة النفسية CD-RISC (كونور-ديفيدسون RISC). سمحت لنا هذه الأدوات، من ناحية، بقياس درجة المرونة، ومن ناحية أخرى، بتحديد عوامل المرونة النفسية الموجودة لدى هؤلاء الأفراد.

أظهرت النتائج التي حصلنا عليها من خلال هذه الأدوات أن أفراد مجموعتنا البحثية يتسمون بمرونة نفسية معتدلة.

الكلمات المفتاحية: الإدمان؛ المرونة النفسية؛ القنب؛ الشباب البالغين.