



Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie clinique

THEME

**Psychotraumatisme et addiction :
Etude qualitative chez dix sujets adultes**

Réalisé par :

BOUHAMDANI Sara

CHALLAL Yasmine

Encadré par :

Mme. BENAMSILI

Lamia

Remerciement

Nos remerciements s'adressent à notre encadrante, Co-formatrice de ce master,

L'enseignante Madame Bensamsili- Haderbbache Lamia

Pour avoir accepté de diriger ce travail. Son soutien, ses compétences et sa clairvoyance nous ont été d'une aide inestimable.

On tient à remercier sincèrement les membres du jury qui nous font le grand honneur d'évaluer ce travail. Ainsi je remercie tous les enseignants de la faculté.

Un grand remerciement adressé à tous nos sujets de recherche, que sans eux on n'a pas pu réaliser ce dernier.

On tient à remercier également le directeur du stage Dr Derguini de nous avoir accueillies dans son équipe et d'avoir accepté de diriger ce travail. Sa rigueur, sa disponibilité et ses qualités humaines nous ont profondément touchés.

Ainsi on remercie les psychologues qui nous ont encadrées Mm. SAIFI, Mm.Taouri,

Mm.Benali et Mm. Bentounes.

Et les deux psychiatres Dr. Ait Abbas et Dr. Bououn

Pour leurs soutiens et de nous avoir aidé.

Dédicace

*Je dédie ce modeste travail à celle qui m'a donné la vie, qui s'est sacrifiée pour mon bonheur
et ma réussite ma mère NOURA*

*A mon père qui a été mon ombre durant toutes les années d'études, qui a veillé à me donner
de l'aide et à m'encourager, mon père Elyazin*

Que dieu les gardes et les protèges

A mes adorables sœurs Katia, Sylia, Lydia et Ikram

A mes frères Yanis, Amirouche, et Abdelghani

A mes grands-parents Messaad, Tayakout et said

Hommage à mon grand-père Abderrahmane et à ma tante Ouerida qui nous ont quitté tôt

A mes tantes

A toutes mes cousins et cousines

A toute la famille Bouhamdani

Sans oublier mon binôme Yasmine

A mes très chers amis ;

A tous ceux qui m'aiment

A tous ceux que j'aime

Je dédie ce travail

BOUHAMDANI Sara

Dédicaces

*En premier lieu, je souhaite dédier mon modeste travail de mémoire à ma famille et à tous
eux qui étaient près de moi.*

*Un sentiment particulier de gratitude envers mes parents bien-aimés, dont les mots
d'encouragement et de ténacité résonnent à mes oreilles.*

À mon frère Billal qui ne m'a jamais quitté et qui m'a soutenu tout au long du processus.

*La famille hors du pays qui m'ont soutenu et qui n'arrêtaient pas de m'appeler plus
précisément ma cousine Zhahra et son petit-fils Anis qui me fait oublier toute la fatigue et le
stress dans cette dure période.*

*À ma grand-mère à qui je lui souhaite une longue vie qui n'a pas cessé de me soutenir et de
ne pas m'engueuler et qui m'a laissé travailler tranquillement.*

*À mon grand-père et mon oncle paix à leurs amés à qui je prie dieu qu'il les accueille dans
son vaste paradis*

*Je dédie également ce mémoire à mes nombreux amis et camarades avec qui j'ai passé les
plus belles années de ma vie.*

Sans oublié mon binôme Sara

Challal Yasmine

Liste des abréviations :

SPAs : Substances psychoactives

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

CIM : Classification internationale des maladies

OMS : Organisation mondiale de la santé

TSPT : Trouble stress post traumatique

TCC : Thérapie cognitive comportemental

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EM : Entretien motivationnel

Liste des tableaux :

N° du tableau	Titre	Page
N°01	Qualités de drogue saisies en Algérie au cours des 3 dernières années	20
N°02	Qualités de drogue saisies en Algérie au cours des 3 dernières années	20
N°03	Affaires liées à la drogue, traitées par la justice durant les 3 dernières années	21
N°04	Personnes prises en charge dans les centres de soins en addictologie	21
N°05	Caractéristiques du groupe de recherche	105

La liste des figures :

Numéro	Titre	Page
N°01	Tendances mondiales de la prévalence estimée de l'usage de drogues 2006-2013	19
N°02	Circuit récompense / punition	29
N°03	Appareil psychique	67
N°04	Le trauma	68

Liste des annexes :

Numéro	Titre
N°01	Le guide d'entretien

Remerciement

Dédicaces

Liste des abréviations

Liste des tableaux

La liste des figures

Liste des annexes

Introduction.....1

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I Addiction aux substances psychoactives

Préambule :.....6

1-Histoire de l’addiction6

1-1 Des drogues naturelles aux drogues synthétiques..... 7

1-2 L’époque « pré-moderne » : les usages de drogues naturelles.....8

1-3 Addiction et lois..... 10

2-Définitions de l’addiction aux substances psychoactives 11

2-1-Définition du concept d’addiction aux SPAS..... 11

2-2 Définition des principales SPAs 12

2-3 -Classification des SPAs 13

3- Définition des concepts clés de la recherche..... 14

3-1 -Abus..... 14

3-2 - Craving 14

3-3 - Dépendance 14

3-4 -Psychotrope 14

3-5 -Sevrage	14
3-6 -Tolérance	14
3-7 -Usage nocif	15
4- Les critères de diagnostic de l’addiction	15
4-1- Les critères de diagnostic du trouble de l’usage d’une substance selon le DSM5	15
4-2-Critères de dépendance selon la CIM 10	16
5- Le diagnostic différentiel.....	17
6 - Données épidémiologiques sur l’usage des SPAs.....	18
6-1 - Dans le monde	18
6-2-En Algérie :.....	19
7- Facteurs de risque et de vulnérabilité.....	21
7-1 -La modalité de l’usage à risques.....	22
7-1-1-Précocité des consommations	22
7-1-2-Cumul des consommations	22
7-1-3-Répétition de l’usage	22
7-2 -Facteurs de risque	22
7-2-1-Facteurs génétiques.....	23
7-2-2 -Facteurs psychologiques et comportementaux	23
7-3 -Facteurs environnementaux	23
7-3-1 -Facteurs familiaux	24
7-3-1-1-Habitudes de consommation familiale	24
7-3-1-2 -Habitudes de fonctionnement familial	24
7-3-2 -Facteurs liés aux pairs.....	25
7-3-3 Facteurs liés aux événements de vie	25
7-3-3-1-Evènements de vies familiales	26
7-3-3-2 - Événements de vie individuels.....	26

8- Les approches psychopathologiques des addictions.....	26
8-1-L'approche neurobiologique des addictions.....	27
8-1-1 -Les altérations neurobiologiques des addictions	27
8-1-1-1-Emprunt du circuit du plaisir et de gestion des émotions	27
8-1-2-Le système de récompense	27
8-1-2-1- La dopamine : neurotransmetteur.....	29
8-1-2-2- Activation anormale et répétée du système dopaminergique.....	29
8-2 -L'approche systémique.....	30
8-3- Approche psychodynamique	31
9- Troubles associés à l'addiction	32
10- Prévention de la consommation des substances et d'autres drogues en Algérie	34
10-1- Sur les plans : législatif et judiciaire.....	34
10-2- Réponse institutionnelle	34
10-2-1- L'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie	34
10-2-2- Stratégie Nationale de prévention et de lutte contre la drogue et les addictions	35
11- La prise en charge de l'addiction	35
11-1- Hospitalisation.....	35
11-1-1-L'hospitalisation psychiatrique en Algérie.....	35
11-1-2- Les centres de prise en charge des sujets addicts en Algérie.....	36
11-2-Le sevrage.....	36
11-3-Prise en charge psychologique	36
11-3-1- L'entretien motivationnel (EM)	37
11-3-2- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	38
11-3-3- La thérapie psychodynamique	38
11-4-Prise en charge médicamenteuse	39
Synthèse.....	39

Chapitre II psychotraumatisme

Préambule	42
Section 01 : Généralités sur le traumatisme psychique.....	42
1-Histoire du concept de traumatisme psychique	42
2- Définitions du traumatisme psychique	47
2-1- Origine étymologique : emprunt à la chirurgie	47
2-2- Définitions conceptuelles du traumatisme psychique	47
3-Les critères de diagnostic du stress post-traumatique.....	50
3-1- Les critères de diagnostic selon le DSM5	50
3-2- Les critères de diagnostic selon la CIM10.....	52
3-3-1- La réaction immédiate	53
3-3-1-1--La réaction immédiate adaptée	53
3-3-1-2-La réaction immédiate inadaptée.....	54
3-3-2- La réaction post-immédiate	54
3-3-3- La réaction différée.....	55
4- Diagnostic différentiel du trouble de stress post-traumatique.....	56
5- Événement et événement traumatique	57
5-1- Un Événement	58
5-2- Événement traumatique	58
6-Les types de traumatisme psychique	59
6-1- Les traumatismes de type I	59
6-2- Les traumatismes de type II.....	60
6-3- Les traumatismes de type III	60
6-4- Les traumatismes de type IV	60
6-4-1-Les traumatismes simples et complexes	60
6-4-2- Les traumatismes directs et indirects.....	60

6-4-2-1 -Les traumatismes directs	60
6-4-2-2 -Les traumatismes indirects	61
7- Étiopathogénie du traumatisme psychique	61
7-1-Facteurs tenant à l'évènement	62
7-1-1- La violence	62
7-1-2- La soudaineté	62
7-2- Facteurs tenant au sujet.....	63
7-2-1- La personnalité	63
7-2-2- La biographie	63
7-2-3- Événements de vie, antécédents personnels et familiaux ayant un rapport avec le traumatisme	64
7-2-4- Le fantasme inconscient	64
7-3- Facteurs circonstanciels	64
7-3-1- États physiologiques et psychologiques au moment de l'évènement.....	64
7-3-2- La blessure physique	65
7-3-3- La déchéance morale	65
7-3-4- Mauvais fonctionnements d'un groupe.....	65
8-Approches psychopathologiques du traumatisme psychique : Approche psychodynamique.....	66
9-Les troubles associés au traumatisme psychique.....	70
10-La prise en charge du traumatisme psychique	71
10-1-Les soins immédiats.....	71
10-2- Les soins post-immédiats.....	71
10-3-Prise en charge psychologique	72
10-3-1-Prise en charge psychodynamique.....	72
10-3-2-La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :	73
10-3-3-Prise en charge avec EMDR	73

10-4-Prise en charge médicamenteuse	74
Section 02 : La trajectoire de vie des personnes addicts	74
1-La notion de trajectoire de vie.....	75
2-Psychotraumatisme et addiction : Revue de la littérature	75
3-Psychotraumatisme et addiction: Etudes antérieures.....	78
Synthèse.....	85
Problématique et hypothèse	42

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III Méthodologie de la recherche

Préambule	97
1-Limites de la recherche	97
2- La méthode de recherche	98
3- Lieu de recherche.....	101
4- Le groupe de recherche	102
5- Les critères de sélection.....	103
6-Outils de la recherche	106
6-1- Le récit de vie	106
6-2- L'entretien de recherche	110
7- Le déroulement de la recherche	116
7-1- La pré-enquête	116
7-2- L'enquête	119
8- Déontologie de la recherche et l'attitude du clinicien	122
9- Difficultés de la recherche.....	124
Synthèse.....	124

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse	
Préambule	126
I- Présentation et analyse des résultats.	126
Cas n°1 : M. Mohammed.....	126
Cas n°02 : M. Abdelghani	134
Cas n°3 : M Youcef	140
Cas n°04: Mme. Salima	148
Cas n°05 : M.Anis	157
Cas n°06 : M. Islam.....	162
Cas n°7: M Aymen	166
Cas n°08 : M.Rida	172
Cas n°09 : M. Saber	177
Cas n°10 : Mme. Rym.....	182
II- Discussion de l'hypothèse.....	187
Synthèse.....	190
Conclusion.....	194
Liste des références	
Annexe	

Tout au long de la vie, l'être humain peut se retrouver confronté à des difficultés diverses. En effet, ces difficultés qui font le parcours de vie difficile de chaque individu, sont fréquemment le résultat d'événements de vie marquants. Par ailleurs, ces événements, notamment ceux à caractère traumatique, jouent un rôle majeur dans la genèse des troubles mentaux. Surmonter ce genre de difficultés n'est pas une mince affaire, et cela peut également mener à d'autres troubles comme les troubles addictifs. Ainsi, notre présente recherche va porter sur le « *Psychotraumatisme et addiction : étude qualitative chez dix sujets adultes* ».

Au départ, il est important de distinguer entre les conduites addictives et addiction. Car, les conduites addictives sont des consommations ou des comportements animés au départ par la recherche du plaisir, mais aboutissent rapidement à des problèmes qui sont susceptibles de mener à une addiction. En revanche, l'addiction est habituellement définie comme la dépendance à une substance psychoactive ou à un comportement, dont la personne n'a plus la capacité de gérer sa consommation ou son comportement. Dans ce cadre, il existe ainsi deux types d'addictions : les addictions aux produits (tabac, alcool, drogue, etc), et les addictions sans produits (écrans, jeux, etc). Dans notre travail, nous nous sommes intéressés à l'addiction aux produits, autrement dit à l' « addiction aux substances psychoactives ».

De ce fait, nous avons choisi de nous intéresser aux addictions aux substances psychoactives comme stratégie de faire face à la souffrance psychique. Car, durant notre stage facultatif au niveau de Frantz fanon de Bejaia, nous avons rencontré un cas addict aux substances psychoactives avec des antécédents traumatiques. Durant son entretien avec la psychiatre, le sujet a déclaré : « *j'ai commencé à utiliser les substances psychoactives, après la mort de mon frère, qui s'est fait renversé par la voiture d'un voisin* ». C'est à partir de ce récit bouleversant qu'est née cette volonté et motivation de vouloir traiter du sujet de l'addiction dans notre recherche.

Récemment, les services de sûreté de la wilaya d'Alger ont procédé à la saisie de plus de 600 kg de stupéfiants et d'importantes quantités de drogues dures et de comprimés psychotropes, lors des cinq premiers mois de l'année en cours. Selon un bilan rendu public, 28 Juin 2021, par les services de la sûreté nationale (Algerie Presse Service, 2021).

Dès lors, cette étude consiste à demander aux sujets addicts de revenir sur le parcours et les principaux événements éventuellement traumatisants, qui ont jalonné leurs développements. Et ce pour mieux évaluer l'impact du traumatisme psychique sur la ligne de

vie de nos sujets. En effet, cette étude tente de revenir sur la nécessité d'investiguer rigoureusement sur la présence d'événements traumatiques dans la trajectoire de vie de nos sujets addicts.

Dans notre recherche nous allons donner de l'intérêt au concept « *psychotraumatisme* », car c'est l'une des variables de notre thématique. En effet, le psychotraumatisme ou le traumatisme psychique, est une réaction émotionnelle persistante qui fait souvent suite à un événement extrêmement éprouvant de la vie. En outre, le psychotraumatisme est souvent dû à un événement qui survient sans avertissement, qui se caractérise par son intensité pour faire effraction dans le pare-excitation du moi, et qui provoque ensuite une large perturbation dans l'organisation psychique.

Notre objectif est de récolter du matériel concernant les différentes problématiques à l'œuvre dans cette situation inédite des « sujets addicts ». Dans ces trajectoires de vie que nous avons recueillies, il s'agit d'explorer la présence d'événements traumatisants. L'intention générale de ce travail consiste à interroger les effets des événements vécus antérieurement, souvent à l'enfance ou à l'adolescence, chez l'adulte que nous avons devant nous.

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons choisi comme lieu d'étude, la clinique de gestion du stress et de l'anxiété de Hydra, dans la wilaya d'Alger. Notre recherche a eu lieu auprès d'un groupe de sujets constitué de dix cas adultes, et ceci dans le but de tester la fiabilité de notre hypothèse. Pour la récolte des données, on a choisi le récit de vie, afin de cerner au mieux le réel, c'est-à-dire le vécu. En effet, cet outil permet de recueillir des informations particulièrement riches et de creuser dans des données très significatives. Et nous avons décidé d'étayer et de soutenir cette technique, par un guide d'entretien semi-directif pour faciliter l'approche du parcours de nos sujets, notamment sur le plan de l'itinéraire personnel.

Pour la réalisation de ce travail, nous nous sommes appuyés sur l'approche psychodynamique, vu que c'est une approche focalisée sur l'histoire, c'est-à-dire, l'expérience subjective et notamment l'enfance, qui est un élément clé pour décrypter les problèmes actuelles de sujet. Ainsi, cette approche consiste à définir et à comprendre les troubles mentaux, elle permet en outre de connaître la genèse et l'étiologie du trouble. Ce qui nous a aidés à explorer le vécu des sujets addicts, et à repérer les événements les plus

significatifs cliniquement dans leurs parcours de vie, ceux-ci ont laissé des traces de nature traumatique et peuvent permettre une compréhension des troubles addictifs.

De ce fait, après l'introduction, nous avons structuré notre travail en deux parties fondamentales, à savoir la partie théorique et la partie pratique. Nous avons divisé la première partie théorique en deux chapitres. Dans le premier chapitre qui s'intitule « *Addiction aux substances psychoactives* », nous avons présenté un historique de l'addiction, les définitions, la classification des substances psychoactives, la symptomatologie, les données épidémiologiques dans le monde et en Algérie, les différentes approches explicatives, les troubles associés, et enfin la prise en charge des troubles addictifs. Le second chapitre théorique, s'intitule « *Psychotramatisme* ». Nous l'avons divisé en deux sections. La première section est consacrée à des généralités sur le traumatisme psychique, nous y avons alors présenté l'histoire du traumatisme psychique, l'origine et les définitions, la symptomatologie, les types de traumatisme, l'étiopathogénie, le traumatisme psychique selon l'approche adoptée (psychodynamique), et enfin sa prise en charge. Dans la deuxième section, nous nous sommes intéressés à la trajectoire de vie des sujets addicts, où nous avons présenté la notion de trajectoire de vie, une revue de la littérature et des études antérieures relatives à ce sujet. Nous avons ensuite présenté la problématique et l'hypothèse, ainsi que l'opérationnalisation des concepts.

Quant à la partie pratique, nous avons présenté en premier lieu, notre démarche méthodologique, le lieu de la recherche, le groupe de recherche, les outils utilisés et leurs analyses, la déontologie de la recherche et l'attitude du clinicien chercheur, et enfin les difficultés de la recherche. Puis, et en deuxième lieu, nous avons élaboré deux parties dans ce chapitre, la première est consacrée à la présentation et l'analyse des résultats, la deuxième porte sur la discussion de l'hypothèse. Vers la fin, nous avons présenté la conclusion, la liste des références et les annexes.

PARTIE
THEORIQUE

Chapitre I

**Addiction aux substances
psychoactives**

Préambule :

Aujourd'hui, sous l'appellation « addiction », nous faisons référence à toute conduite qui entraîne une dépendance avec ou sans substance. Nous distinguons en premier lieu les addictions à une substance psychoactive (SPA), soit les substances licites (alcool, tabac, et médicaments,...), ou bien illicites (appelées drogues dures) (cocaïne, les opiacés...). L'addiction ne se limite pas aux SPAs, mais l'être humain peut aussi développer une addiction à un aliment donné (boulimie) ou à l'absence d'aliments (anorexie). Nous distinguons également une addiction à un comportement (à un jeu pathologique, dépendance à internet, aux achats pathologiques, au sport, à la sexualité...). Notre attention dans ce chapitre va être portée sur l'addiction à une SPA, car c'est justement ce type d'addiction qui caractérise nos sujets de recherche.

Dans ce premier chapitre, nous avons donc présenté en préambule le concept de l'addiction, nous allons, par la suite, exposer l'historique du concept. Par ailleurs, la notion d' « addiction » aux SPAS sera davantage développée par le rappel de différentes définitions. Puis nous allons exposer la définition des concepts clés de la recherche, les critères diagnostiques, le diagnostic différentiel, les données épidémiologiques dans le monde et en Algérie, les facteurs de risque et de vulnérabilité. Nous présenterons après les différentes approches psychopathologiques des addictions, les troubles associés, la prévention de l'addiction en Algérie, et une prise en charge de l'addiction. Nous allons conclure le chapitre par une synthèse.

1-Histoire de l'addiction

L'histoire des drogues se confond avec l'histoire des hommes. Celle de leurs rapports ambivalents aux objets de leur environnement susceptibles d'adoucir leur existence, celle de leurs connaissances et de leurs croyances. En un mot, l'histoire de leur culture (Morel, 2019).

Le terme d'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

corps (Reynaud, 2005, p.4). Puis, l'addiction apparaît initialement en psychiatrie, désignant les toxicomanies selon les pays anglo-saxons (Reynaud, 2005).

Employé de façon courante par les Anglo-Saxons (to be addicted to signifie s'adonner à), le terme d'addiction a surtout été utilisé en France dès 1990 dans le domaine de la psychopathologie, après avoir désigné aux Etats-Unis dans les années 1970 les conduites de dépendance aux SPAs (Varescon, 2005, p.16).

L'organisation Mondiale pour la Santé (l'OMS) tente de définir le terme de « toxicomanie » puis celui de « pharmacodépendance » depuis 1931. L'idée qui en ressort est l'impact, aussi bien physique et psychique, laissé par le toxique sur le sujet. Dès 1950, l'OMS souligne, dans sa définition, le besoin irrésistible de poursuivre la consommation du toxique que la personne se procure coûte que coûte et le besoin d'en prendre toujours plus (Chabert et al, 2006, p.174). Le terme de « dépendance » n'apparaît qu'en 1965. Il remplace celui de « toxicomanie » ou d'« 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, et comme un désir d'aborder périodiquement ou continuellement une substance pour en retirer du plaisir ou pour dissiper une sensation de malaise » (OMS, cité par, Corcos et al, 2003, p.27). Puis, en 1974, l'OMS adopte le terme de « pharmacodépendance ».

Dans cette histoire globale de l'addiction, il est à souligner que chacune des drogues possède une histoire particulière, mais un « regard addictologique » global nous permettra de proposer un panorama général qui mettra en évidence de nombreux points communs.

1-1 Des drogues naturelles aux drogues synthétiques

Avant l'avènement de la chimie organique du XIXe siècle qui a permis d'en isoler des principes actifs, l'humanité a utilisé des drogues trouvées dans la nature, d'abord « spontanées » (que l'on peut cueillir) puis « cultivées » (dont la production est rationalisée et développée). La première tentative de classification de ces nombreuses plantes psychotropes (environ 150) a été réalisée par Lewin au début de XXe siècle (Lewin, 1927). La seconde phase, technoscientifique, celle des alcaloïdes et des drogues de synthèse produites par la chimie moderne, voit l'apparition d'une foultitude de nouvelles molécules psychoactives qui seront souvent confiées aux médecins et aux juristes avec pour tâche de les classer, d'en dire les dangers et d'en réglementer les usages (Morel, 2019).

1-2 L'époque « pré-moderne » : les usages de drogues naturelles

Les drogues naturelles ont été très tôt utilisées dans le cadre de rites religieux et de pratiques thérapeutiques, mais aussi dans des pratiques « festives ». De l'ivresse profane à l'extase mystique, ce n'est pas l'expérience biologique qui diffère, mais l'expérience psychosociale, c'est-à-dire le sens qui lui est attribué et les pratiques dans lesquelles elles s'inscrivent. L'alcool, substance obtenue à des taux variables par fermentation naturelle du raisin ou d'autres fruits (également de céréales et d'autres végétaux), est utilisé depuis des millénaires. En Europe, cet usage est diffusé d'un côté par les Celtes et de l'autre par les Romains. Les techniques de distillation sont anciennes – Abulcasis a produit la fameuse aqua vitae, « eau-de-vie » censée procurer l'immortalité, dès le Xe siècle –, mais les boissons distillées ne se répandront qu'à partir du XIXe siècle (Verdon, 2002). Outre l'alcool, avant et pendant le Moyen-Âge, les drogues les plus utilisées en Europe furent des plantes aux effets enivrants et hallucinogènes (mais aussi toxiques) comme la mandragore, la jusquiame, la morelle noire, la belladone ou la scopolie. Leurs usages furent associés à des rites magiques et à la médecine empirique de l'époque. Ainsi, la jusquiame et le datura figuraient parmi « les herbes du diable » dont se servaient les sorcières, notamment comme « onguent aérien », leur permettant de « voler avec le démon » (Rosenzweig, 1998).

Le **cannabis** est mentionné pour la première fois autour de 2 700 avant J.-C. dans le *Traité des plantes médicinales* de l'empereur chinois Shen Nung. Le chanvre qui donne le cannabis est une plante connue de très longue date sur plusieurs continents, notamment en Asie, en Afrique du Nord et en Europe où sa culture a été encouragée au XVIIe siècle. En Inde en Afrique du Nord et en Asie Mineure, son usage fut intégré, jusqu'à sa prohibition récente, à des usages culturels, médicaux et religieux. En 2014, près de 200 millions de personnes en ont consommé au moins une fois dans les 12 derniers mois dans le monde (Morel, 2019).

Le **café**, probablement originaire d'Éthiopie, a été importé en Europe au XVIe siècle, après une grande expansion dans le monde arabo-musulman où il a suscité engouement, anathèmes et mesures d'interdiction. L'Europe connaîtra les mêmes hésitations, certains souverains confondant, lors de révoltes de leurs administrés, l'effet du lieu de rencontre et de parole qu'étaient déjà les cafés avec ceux du café lui-même. C'est aujourd'hui le deuxième bien de consommation le plus échangé dans le monde, derrière le pétrole et avant le blé et le sucre (Mauro, 2002).

Le **tabac** est originaire d'Amérique centrale où il est déjà utilisé depuis plus de 2 500 ans lorsqu'il est découvert par les compagnons de Christophe Colomb. Comme le café, il est d'abord adopté par les aristocraties européennes du XVI^e siècle pour ses vertus médicinales et devient « le médicament universel » (Nourrisson, 1999). En France, il est fourni par l'ambassadeur Jean Nicot à Catherine de Medicis pour soigner les migraines de son fils, et deviendra ainsi « l'herbe de la reine ». Richelieu instaurera les premières taxes. Cultivé dans les colonies des Empires britanniques, hollandais et français, il constitue une ressource économique croissante qui amène ces pays à confier sa distribution à des Monopoles d'État puis à de grandes sociétés privées. Plus d'un milliard de personnes en consomment actuellement dans le monde, et, chaque jour, onze milliards de cigarettes sont fumées (Morel, 2019).

Des cultures de pavot, dont on extrait l'**opium**, existaient déjà il y a 3 000 à 4 000 ans en Asie du Sud-Est et en Europe. Des textes antiques mentionnent l'utilisation de l'opium comme médicament contre des douleurs et des diarrhées ainsi que pour calmer « les enfants qui crient trop fort ». À partir du XIX^e siècle, l'opium devient un enjeu politique et économique majeur en Asie du Sud-Est. Sa production et sa consommation de masse, encouragées par les Anglais, soulèvent des problèmes sociaux et sanitaires face auxquels tentent de réagir les autorités chinoises. Plusieurs guerres dites « de l'opium » en découleront (Morel, 2019).

La consommation traditionnelle de **coca** (feuilles du cocaïer mâchées) par les peuples des Andes est attestée depuis plusieurs milliers d'années avant J.-C. La coca y a toujours été considérée comme une plante divine et médicinale. Son usage restera longtemps l'apanage des classes dirigeantes, la population n'y ayant accès qu'à l'occasion de certaines fêtes. La conquête espagnole au XVI^e accélère sa popularisation : la coca permettant d'augmenter le rendement des ouvriers-esclaves exploitant les mines des Andes, le roi d'Espagne, Philippe II la déclare « nécessaire au bien-être des Indiens ». Après un siècle d'interdiction, le Président de la Bolivie, Evo Morales, a demandé en 2014 à l'ONU que le mâchage de la feuille de coca ne soit plus prohibé, cela lui a été refusé. En effet, sur l'ensemble du globe, et plus encore en Amérique, de nombreuses populations indigènes ont développé – et pour certaines d'entre elles, continuent à le faire – des rites chamaniques impliquant l'ingestion de plantes ou de cactus hallucinogènes (Morel, 2019).

La société moderne est confrontée, comme jamais aucune autre avant elle, à une profusion de substances sans cesse plus actives et ciblées, dont les usages se banalisent, et s'inscrivent dans les modes de vie, créant ainsi des problèmes de santé publique.

1-3 Addiction et lois

Historiquement, l'interdiction des stupéfiants repose sur un avis d'experts internationaux définissant les produits dangereux : ce seront des substances dont la médecine ne peut maîtriser l'usage. Les drogues légales telles l'alcool et le tabac resteront hors de ce domaine. Avec l'addictologie, elles intègrent le champ commun de la santé publique. Cela se traduit par des mesures légales de plus en plus restrictives pour l'ensemble des substances, mais aussi des résistances de la part des lobbies des produits légaux habitués à n'avoir que la recherche du profit comme objectif. De plus, en développant une conception plus « globale » des SPAs, et en connaissant mieux leurs mécanismes d'action, l'addiction remet en cause le socle médico-juridique des politiques. Si ce sont les mêmes questions que posent l'alcool, le cannabis ou le jeu d'argent, la frontière tracée jusqu'ici entre drogues licites et drogues illicites ne trouve plus guère de validité scientifique (Morel, 2019).

En outre, une réglementation centrée non plus sur les produits mais sur les effets, sur les circonstances et conséquences d'usage, sur l'âge de consommation aussi, apparaît plus adaptée en termes de santé publique et permet de sortir des pratiques discriminatoires. Mais cette mise à niveau des mesures et des pratiques judiciaires reste encore largement à faire. Le mouvement actuel pour sortir de cette politique centrée sur le produit, et la prohibition, dite de « guerre à la drogue », prend de plus en plus d'ampleur. Il en souligne tout à la fois l'échec à contenir le développement des conduites addictives et les effets négatifs sur les usagers, notamment en retardant et limitant l'accès aux soins et en laissant une grande marge de manœuvre à la criminalité liée au trafic. Les rapports annuels rendus par la « Global commission » sur ces questions sont des documents essentiels (Global commission on drugpolicy).

Nous avons retracé l'histoire de l'addiction et énuméré les différents types de drogues, et maintenant, nous présenterons quelques définitions de l'addiction aux SPAs.

2-Définitions de l'addiction aux substances psychoactives

Nous avons divisé ce deuxième point en trois parties. Nous présenterons en premier lieu, les définitions du concept d'addiction aux SPA proposées par différents auteurs, puis, en deuxième lieu, celles des principaux types de SPA, et enfin, la classification de ces SPAs.

2-1-Définition du concept d'addiction aux SPAS

L'étymologie du mot addiction« est *ad-dicere* : « dire à » au sens d'attribuer quelqu'un à une autre personne. C'est un terme qui correspondait dans le droit romain ancien, puis au Moyen Age en Europe occidentale à un arrêt du juge : si un sujet n'était plus en état d'assumer les responsabilités contractées à l'égard d'autrui, il se voyait condamné à payer, avec son corps et par son comportement, le manque de pertinence de ses systèmes de pensée » (Bergeret, 1991).

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).

De plus, Goodman (1990) a donné une définition opératoire de l'addiction qu'il décrit 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 des conséquences négatives » (Goodman, 1990, cité par, Varescon, 2005, p.13).

D'une manière plus simple, l'addiction est une recherche de satisfaction qui amène le sujet à focaliser peu à peu son existence sur une SPA. Autrement dit, l'addiction est une pathologie qui se caractérise par la prise compulsive des SPAs. Par conséquent, elle devient une menace majeure pour la santé publique. En effet, cette consommation est nuisible pour la personne en elle-même qui commence par l'abus de ces substances pour soulager un mal-être, puis celle-ci finit par devenir plus ou moins incontrôlable, et elle est maintenue par le sujet malgré les conséquences négatives qu'elle présente.

2-2 Définition des principales SPAs

La SPA ou médicament psychotrope est un produit naturel ou synthétique qui affecte principalement l'état du système nerveux central en modifiant certains processus biochimiques et physiologiques du cerveau. Parmi les SPAs, nous pouvons citer :

- **Le tabac** qui *« est un produit psychotrope manufacturé élaboré à partir des feuilles séchées de plantes de tabac (Nicotiana), en aspirant la fumée par la bouche »*.
- **L'alcool**, selon le dictionnaire de Larousse, c' *« est un liquide contenant essentiellement de l'éthanol, obtenu par distillation des jus fermentés renfermant du glucose »*.
- **Le cannabis** *« est une plante à l'origine de nombreuses préparations, dont l'activité psychotrope est principalement induite par l'un des cannabinoïdes qu'elle contient, le tétrahydrocannabinol ou THC »* (Richard, et al, 2000, Cité par, Varescon, 2005, p.107). Le cannabis est un produit psychoactif, qualifié en France de « drogue douce », et associé le plus souvent à la convivialité et à la détente.
- **Les opiacés**, ce *« sont des produits d'origine naturelle contenus dans le latex (opium) recueilli sur une plante, le pavot, ou synthétique ayant des propriétés similaires à l'opium. Leurs effets au niveau de la cellule nerveuse sont transmis par des récepteurs spécifiques dits récepteurs aux opiacés. Leur action est agoniste ou antagoniste de celle du produit référent du groupe : la morphine »* (Richard & Senon, 1999, Cité par, Varescon, 2005, pp.110-111).
- **La cocaïne** *« est le résultat de la distillation des feuilles de cocaïer préalablement séchées. Elle se présente sous forme d'une fine poudre blanche. Elle est la plus souvent consommée par voie nasale. La ligne ou le rail de coke sont sniffés à l'aide d'une paille et l'effet est obtenu rapidement. La voie intraveineuse de cocaïne est plus rare et peut être associée à de l'héroïne (le speed-Ball) »* (Valleur & Matysiack 2002, cité par, Varescon, 2005, pp.113-114).
- **Le crack** *« est une forme spécifique de cocaïne. Il est issu d'un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et d'ammoniaque présenté sous forme de*

petits cailloux. Ceux -ci sont chauffés et le consommateur en inhale la fumée » (Varescon, 2005, p.115).

- **Les amphétamines**« *sont des psychostimulants et anorexigènes puissants, elles ont pour caractéristiques de s’opposer au sommeil, de réduire l’appétit dans certaines circonstances. Leur toxicité ainsi que la forte dépendance psychique qu’elles entraînent, expliquent que la plupart des amphétamines soient classées comme des stimulants, des activateurs du système nerveux central qu’elles mettent en tension et en alerte. Aujourd’hui, les amphétamines peuvent donner la sensation de supprimer la fatigue et l’illusion d’être invincible. Leur consommation peut entraîner des crises de tétanie et d’angoisse. Une consommation régulière peut entraîner une altération de l’état général du fait de la dénutrition et du manque de sommeil »(Biron et al, 1979, P.26).*

2-3 -Classification des SPAs

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 » (Institut national de santé publique, 2012).* En effet, les différents effets pharmacologiques des SPAs permettent de distinguer trois grandes catégories:

1. **Les stimulants** qui, par leur action sur le système nerveux central, produisent une accélération des processus normaux de l’organisme (cocaïne, amphétamines, café, tabac, boissons énergisantes, etc.) ;
2. **Les perturbateurs ou hallucinogènes** qui altèrent la perception et le jugement du consommateur (cannabis, LSD « diéthylamide de l’acide lysergique », MDA « méthylènedioxy-amphétamine », MDMA « méthylènedioxy-méthamphétamine » ;
3. **Les dépresseurs** qui entraînent une sensation de détente et une perte d’inhibition (alcool, héroïne, plusieurs médicaments dont les tranquillisants, somnifères, analgésiques, etc.)(Lecavalier, et al, 2003).

3- Définition des concepts clés de la recherche

Nous allons ici présenter les concepts importants relatifs à l'addiction. Il est à noter que la présentation se fera selon l'ordre alphabétique pour nous faciliter la tâche.

3-1 -Abus

C'est un « *mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement au plan physique, psychologique ou sociale, ou à une souffrance cliniquement significative* » (Varescon, 2005, p.49).

3-2 - Craving

C'est un « *désir irrépressible et violent d'utiliser une drogue* » (Varescon, 2005).

3-3 - Dépendance

C'est une « *relation contraignante, plus ou moins acceptée qui relève de la satisfaction d'un besoin. La dépendance prend un caractère pathologique lorsqu'elle assujettit le sujet à un objet ou à un comportement de façon contraignante, aliénante et entraîne une perte de liberté* » (Varescon, 2005, p.9).

3-4 -Psychotrope

C'est une « *substance dont l'effet principal est de modifier le psychisme* » (Varescon, 2005, p.21).

3-5 -Sevrage

C'est l'« *arrêt de la substance psychoactive, le plus souvent, le sevrage constitue la première étape de la prise en charge des sujets physiquement dépendants de substances psychoactives* » (Varescon, 2005, p.19).

3-6 -Tolérance

C'est un« *besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance* » (Karila& Levy, 2013, p.144).

3-7 -Usage nocif

C'est un « *mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. L'usage nocif est synonyme d'abus* » (Varescon, 2005, p.49).

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 substances 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-Critères de dépendance selon la CIM 10

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 des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en 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. 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 témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la 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 des 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 ces effets ;

6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (CIM-10, 2012).

5- Le diagnostic différentiel

Le trouble de l'usage d'une substance est caractérisé par un mode problématique de consommation de celle-ci, entraînant une détresse ou une altération du fonctionnement cliniquement significative. Il doit être différencié des autres troubles de l'usage d'une substance :

1. De la consommation non pathologique de cette substance : qui est caractérisée par l'usage-répété à des doses relativement faibles et peut comporter des périodes temporaires d'intoxication non suivies par des conséquences négatives. Les troubles de l'usage d'une substance sont caractérisés par une consommation forte entraînant une détresse significative et une altération du fonctionnement social. Comparer entre la consommation non pathologique normale d'une substance, et le trouble lié à l'usage de cette substance est compliqué à cause du déni fréquent de l'utilisation massive de substance et des problèmes liés à l'usage d'une substance chez les sujets poussés vers le traitement par d'autres (DSM5, 2016, p.257).

2. Des troubles mentaux induits par une substance / un médicament (y compris l'intoxication par une substance et le sevrage d'une substance) : ce sont des troubles caractérisés par des syndromes impliquant le système nerveux central qui se développent dans le contexte de l'effet de l'exposition à des drogues, des médicaments ou des toxiques. Ils sont différents des troubles de l'usage d'une substance qui sont des comportements pathologiques liés au mode d'usage d'une substance. Etant donné que la forte consommation de substances caractéristique d'un trouble de l'usage conduit souvent à l'apparition d'un trouble induit par une substance, ils coexistent couramment et les deux troubles doivent être diagnostiqués (p. ex. trouble grave d'usage de la cocaïne comorbide avec un trouble psychotique induit par la cocaïne, avec début pendant l'intoxication) (DSM5,2016, p.257).

3. Du trouble des conduites de l'enfance et de la personnalité antisociale de l'âge adulte : les troubles de l'usage d'une substance (y compris l'usage de l'alcool) sont fréquents chez ceux ayant une personnalité antisociale et un trouble des conduites préexistant. De plus, ces troubles sont associés à un début précoce du trouble de l'usage d'une substance (DSM5, 2016, p.258).

6 - Données épidémiologiques sur l'usage des SPAs

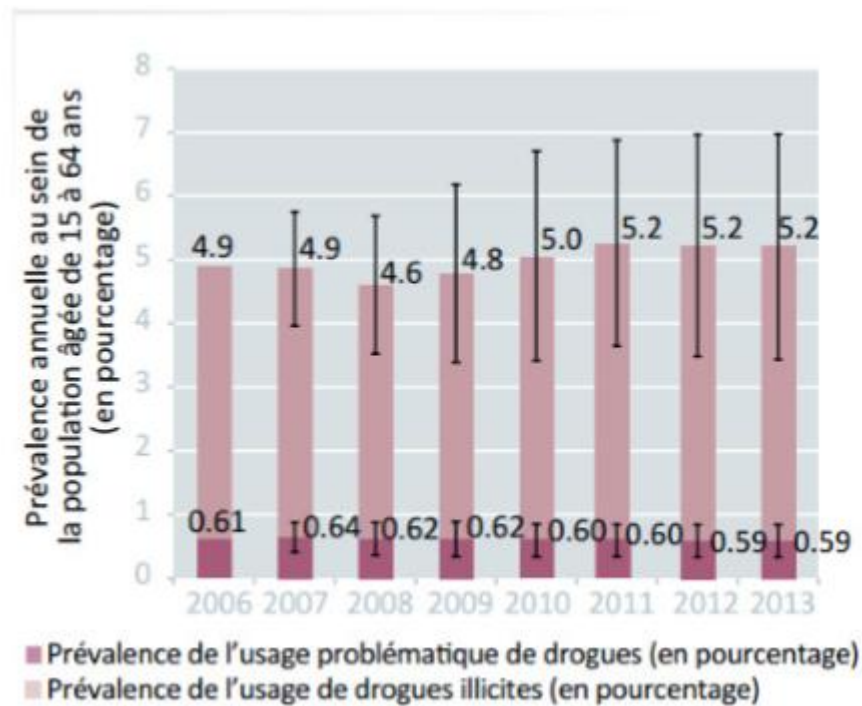
6-1 - Dans le monde

À l'échelle mondiale, on estime qu'en 2013, un total de 246 millions de personnes, soit une personne sur 20 entre 15 et 64 ans a consommé une drogue illicite - généralement une substance de type cannabis, opioïde, cocaïne ou stimulant de type amphétamine - au moins une fois au cours de l'année écoulée. Cela représente une hausse de 3 millions de personnes par rapport à l'année précédente, mais du fait de l'accroissement de la population mondiale, l'usage de drogues illicites est, en fait, resté stable (Figure 1).

Au cours de la période allant de 2006 jusqu'à la fin de 2013, la consommation illicite des SPAs dans le monde est restée stable, à un taux compris entre 4,9 et 5,2 % de la population adulte (personnes âgées de 15 à 64 ans) (Figure 2). L'ampleur du problème mondial de la drogue devient plus évidente lorsqu'on tient compte du fait que plus d'un usager de drogues sur 10 (quelques 27 millions de personnes) est un usager problématique souffrant de troubles liés à l'usage de drogues (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONU DC, 2015).

Selon les derniers chiffres publiés dans le rapport 2019 de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), l'alcool et le tabac, substances licites, demeurent les produits les plus consommés. Le tabac est moins consommé que l'alcool mais son usage est plus quotidien. 27% des adultes fument tous les jours (14 millions de personnes de 11 à 75 ans) et 10% boivent quotidiennement de l'alcool (5 millions de personnes). Donc, Le tabac est à l'origine de 73 000 décès par an. Par ailleurs, On peut noter une baisse de la mortalité attribuable à l'alcool passant de 49 000 à 41 000 décès par an. Parmi les substances illicites, le cannabis reste de très loin la substance la plus consommée avec 1,4 million de consommateurs réguliers (17 millions d'expérimentateurs). Ainsi, la cocaïne est le deuxième produit illicite le plus consommé avec 450 000 usagers dans l'année (2,2 millions

d'expérimentateurs). Elle est suivie de près par l'ecstasy (méthylènedioxyméthamphétamine ou MDMA) qui compte 400 000 usagers et 1,7 million d'expérimentateurs (OFDT, 2019).



**Figure 01 : tendances mondiales de la prévalence estimée de l'usage de drogues
2006-2013**

(Office des nations Unies contre de drogue et le crime (ONUDC), 2015)

6-2-En Algérie :

Situation du trafic de drogues en Algérie :

1. Plus vaste pays d'Afrique (85 % de désert, 6511 km de frontière terrestre et 1200 km de côte maritime).
 2. Située entre deux grandes zones de production et de consommation de cannabis.
 3. La situation géographique de l'Algérie la prédestine à être un espace de transit.
1. Instabilité politique et crises sécuritaires majeures dans plusieurs pays voisins et dans toute la zone du Sahel.

2. Connexions avérées entre réseaux criminels et crimes transnationaux organisés (terrorisme, trafic d'armes, drogues, contrebande, ...).
3. Présence sur le sol algérien d'un nombre de plus en plus important d'immigrés illégaux dont certains sont recrutés par les réseaux de trafic de drogues.
4. L'Algérie n'est pas un pays producteur de drogues (Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2018).

Quelques chiffres sur la quantité de drogues saisie en Algérie :

Tableau n° 1 : Quantités de drogues saisies en Algérie au cours des 3 dernières années

Année	2013	2014	2015	2016	2017	8mois 2018
Cannabis (tonne)	211,5	181,9	126,6	109	52,6	25 ,1

(Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2018)

Tableau n° 2 : Quantités de drogues saisies en Algérie au cours des 3 dernières années

Année	2015	2016	2017	8 mois 2018
Cocaïne (kg)	88,2	59	6,2	670,2
Héroïne (kg)	2,5	1,4	2,1	1,1
Sub.psychotropes (comprimé)	637.961	1.072.394	1.201.792	957.403

(Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2018)

Nous en déduisons donc que le cannabis et les psychotropes sont les plus consommés en Algérie.

- **Tableau n° 3 : Affaires liées à la drogue, traitées par la justice durant les 3 dernières années**

Année	2015	2016	2017
Affaires traitées	4835	5250	5635
Personnes condamnées	7185	7880	8549

(Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2018)

- **Tableau n°4 : Personnes prises en charge dans les centres de soins en addictologie**

Année	2015	2016	2017
Masculin	16520	19379	20024
Féminin	1520	2128	2420
Total	18040	21507	22444

(Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2018)

Après avoir exposé les définitions de l'addiction et les concepts clés de la recherche, les critères diagnostics, le diagnostic différentiel, et les données épidémiologiques du phénomène en question, nous allons maintenant nous pencher sur ses facteurs, les approches explicatives, ainsi que ses troubles associées.

7- Facteurs de risque et de vulnérabilité

La dépendance à une substance ou à un comportement psychoactif est définie comme un trouble caractérisé par un processus récurrent, comprenant une intoxication répétée, puis l'installation progressive d'une dépendance physiologique accompagnée de signes de tolérance et de sevrage, un désir, et un déni. Recherche/comportement malgré les risques médicaux, psychologiques et sociaux engagés et connus pour le caractère chronique, ainsi que l'évolution de la rechute, sont caractéristiques de ce trouble.

7-1 -La modalité de l'usage à risques

Certaines modalités de consommation sont fortement corrélées à un risque d'installation de dépendance ou de trouble lié à l'usage d'une substance (DSM-5, 2013).

7-1-1-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).

7-1-2-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).

7-1-3-Répétition de l'usage

L'impossibilité de ne pas pouvoir consommer et le besoin de consommer quotidiennement, massivement ou non, une SPA sont des indicateurs addictologiques importants (Ledoux, et al, 2000, cité par, Reynaud, et al, 2016). 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 (Morel & Reynaud, 2002, Cité par, Reynaud, et al, 2016).

7-2 -Facteurs de risque

Les facteurs de risque d'installation d'une addiction sont multiples. La complexité du phénomène provient des interactions entre ces différents éléments (Reynaud, et al, 2016) ; une addiction est une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences néfastes sur la santé de la personne affectée. Elle peut être favorisée par des facteurs liés à l'individu ou à l'état de l'individu.

7-2-1-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 (Hiroi&Agatsuma, 2005, p.10, cité par, Reynaud, 2016). Aussi, 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). En ce sens, le trouble addictif est dit génétique quand sa survenue est provoquée uniquement par la mutation d'un ou plusieurs gènes.

7-2-2 -Facteurs psychologiques et comportementaux

Les différents traits de personnalité peuvent être des facteurs de risque individuels d'installation d'une addiction (Chakroun, et al, 2004, p.30, Cité par, Reynaud, et al, 2016). Parmi ces facteurs, nous citerons à titre d'exemple : 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 (Reynaud, et al, 2016). De plus, les troubles du comportement précoces sont fortement corrélés à un abus, voire à l'installation d'une dépendance à des SPAs chez l'adolescent et l'adulte jeune (Reynaud, 2002, cité par, Reynaud, 2016).

7-3 -Facteurs environnementaux

Le milieu socioculturel d'origine ne se révèle pas comme un facteur de risque ayant une relation directe avec l'apparition d'un abus ou d'une dépendance. Néanmoins, il existe des facteurs favorisant une perte des repères sociaux, on en cite :ceux qui touchent l'individu et qui le conduisent vers l'addiction, comme la misère familiale ; le chômage ; les communautés de quartiers défavorisés à haute densité de population et à taux élevé de criminalité, où circulent de multiples SPAs (Reynaud, 2005, pp.37-38).

On constate alors que le facteur environnemental joue un rôle essentiel dans la vie des personnes vulnérables (adolescents, jeunes adultes), et peut, conséquemment, bouleverser la vie de ces jeunes gens en les conduisant vers cette déviance qu'est la consommation des SPAs. Parmi ces facteurs environnementaux, nous avons :

7-3-1 -Facteurs familiaux

La famille peut en effet jouer un rôle dans l'installation d'une addiction, le style de l'éducation paternel (négligence vis-à-vis des enfants), un milieu défavorable dans lequel les enfants ont grandi, les antécédents familiaux avec la dépendance aux produits stupéfiants. Nous citerons deux types de modèle du fonctionnement familial chez la famille des sujets addicts :

7-3-1-1-Habitudes de consommation familiale

La plupart des études montrent une corrélation importante entre des antécédents familiaux d'alcoolisme et de toxicomanie et un début précoce d'abus de substances durant l'enfance et l'adolescence.

De plus, La tolérance familiale quant à l'usage de l'alcool ou de drogues, de médicaments psychotropes chez les mères, par exemple, ou d'autres substances diverses par les parents, est un des facteurs de risques les plus incitateurs à l'abus de substances chez l'enfant et l'adolescent.

7-3-1-2 -Habitudes de fonctionnement familial

L'attitude des parents et les habitudes familiales ont un rôle favorisant dans le développement de la survenue d'un usage nocif des SPAs. Plus que la structure familiale, les liens familiaux ajoutent plus de poids dans ce rôle. Ainsi, on retrouve fréquemment :

1. Une ambiance familiale délétère avec des éléments de discorde et de tension relationnelle importante.
2. Des relations parents -enfants insatisfaisantes et conflictuelles en lien avec un faible niveau d'encadrement et d'autorité.
3. Des attitudes parentales coercitives injustes ou incohérentes, avec un manque d'implication et de supervision parentale.
4. Des violences intrafamiliales qui ont un rôle plus indirect, par le biais de la survenue de troubles psychopathologiques chez l'enfant (troubles affectifs, du comportement et de la personnalité).
5. Des troubles mentaux chez les parents (conduites d'alcoolisation et usage de drogues, troubles de la personnalité antisociale, troubles dépressifs et anxieux).

6. Des antécédents de deuils familiaux non résolus (Reynaud, 2005, p 40).

En revanche, qu'il ne semble pas que la famille monoparentale ait un aspect prédictif important. Donc on constate que le style de l'éducation parentale (permissif ou rejetant-négligeant) serait plus favorable pour l'émergence de consommation de SPAs (Reynaud, 2005, p 40).

Les principaux facteurs de risque sont des conséquences directes des pathologies parentales, et des interactions contribuant aux processus de dépendance : « le climat familial instable et imprévisible, le stress, les négligences, parfois, plus graves, des maltraitances voire des agressions, vont déséquilibrer l'accompagnement de l'enfant. La violence intrafamiliale influe très négativement sur la représentation que l'enfant va avoir de ses compétences (Klein, 2004, Cité par, Reynaud, 2016). En particulier sa capacité à contrôler ses comportements. Il intègre comme normal le dysfonctionnement familial qui le conduit à penser qu'il ne peut que subir les événements et non les influencer (Morale, 2019).

7-3-2 -Facteurs liés aux pairs

Ces facteurs, jouent un rôle dans l'initiation d'une consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues (Jessor, 1991, Cité par, Reynaud, 2016). Le choix du groupe d'amis, chez lesquels certaines substances sont disponibles, est un facteur renforçateur. La pression du groupe, la prédisposition de certains sujets à l'usage de drogues, la délinquance, la marginalisation et la représentation du produit par le jeune doivent être évaluée (Reynaud, et al, 2016).

Il est sans conteste que le groupe de pairs, soit par l'usage au sein du groupe, soit par la grande tolérance du groupe aux substances, joue un rôle majeur dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence, complété, par la suite, par un rôle renforçateur dans le choix de groupe de pairs dans lequel circulent des substances (Marcelli, & Braconnier, 2008). Alors, le groupe de pairs influe sans aucun doute sur les habitudes de consommation du sujet, et son exposition aux substances.

7-3-3 Facteurs liés aux événements de vie

Ces facteurs, jouent un rôle important, eux aussi, 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...). Ou de situations sociales

précaires ou défavorisées et de pathologies somatiques graves (Laqueille, &Chassagnaux, 2017).

7-3-3-1-Evènements de vies familiales

Plus que ces différents facteurs pris individuellement, c'est l'enchevêtrement des liens à l'intérieur de la famille ou la dimension transgressive du fonctionnement familial, s'articulant avec la dimension psychique individuelle, qui contribue le plus souvent à l'abus de SPAs. Dans ce contexte familial, certaines constatations sont fréquentes, comme :

- La surreprésentation des décès prématurés, surtout chez les pères ;
- Les conduites d'intoxication alcoolique chez les pères ;
- Les conduites d'intoxication médicamenteuse chez les mères, le plus souvent en lien avec la présence d'une pathologie antidépressive chez les mères.

Néanmoins, les familles « à problèmes multiples » (deuils, divorces, séparations, abandons, etc.) ne sont pas directement spécifiques d'un risque de survenue d'un abus de substances (Laqueille, &Chassagnaux, 2017).

7-3-3-2 - Événements de vie individuels

Les évènements de la vie et les expériences individuelles font aussi partie de ces facteurs de vulnérabilité, notamment : la perte et le deuil ; les grossesses non désirées ; et les histoires d'abus sexuels forcés (viols ou incestes).

On sait là encore, l'importance des conséquences addictives des PTSD, tentatives vraisemblables d'apaiser une souffrance et une angoisse répétitive, que traduisent clairement les perturbations de l'axe corticostérone. Enfin, rappelons la facilitation des rechutes par les événements traumatiques (Laqueille, &Chassagnaux, 2017).

8- Les approches psychopathologiques des addictions

L'addiction est un trouble très connu dans le monde, afin de mieux le cerner, beaucoup d'approches psychopathologiques ont tenté de l'expliquer. Parmi elles, nous avons :

8-1-L'approche neurobiologique des addictions

Rappelons que la revue science, la plus prestigieuse des revues scientifiques, titrait déjà en 1997 : Addiction is a 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 (Reynaud, 2005, p.17). Par conséquent, cette notion désigne l'énorme avantage d'objectiver le fait que le cerveau ne fonctionne pas selon la norme, lorsqu'on est addicts (cette notion a été reprise dans de nombreux éditoriaux de revues médicales). Puis cette altération des mécanismes cérébraux explique le comportement des sujets en général, et la difficulté qu'ils ont à contrôler leurs comportements de consommation en particulier. Pour cela, et selon cette approche les sujets addicts nécessitent d'être traités : leurs mécanismes de régulations intimes, neurobiologiques sont clairement réorganisés de façon pathologique (Reynaud, 2005). Donc, pour les neurobiologistes, ce qu'il faut retenir c'est que l'addiction est une maladie du cerveau.

8-1-1 -Les altérations neurobiologiques des addictions

8-1-1-1-Emprunt du circuit du plaisir et de gestion des émotions

Les altérations neurobiologiques qui sous-tendent les comportements addictifs se situent principalement sur le système de récompense dopaminergique mésocorticolimbique (dénommé aussi « système de récompense et des punitions » ou « d'approche et d'évitement » ou « du plaisir et de souffrance »). Il est défini comme le système qui gère nos désirs, nos plaisirs et nos émotions. Depuis le plus jeune âge, c'est lui qui permet d'analyser et de répondre aux difficultés des émotions positives ou négatives ressenties (Reynaud, 2005).

8-1-2-Le système de récompense

Appelé source du plaisir, selon le principe des processus opposants, proposé par Solomon dès 1980, le plaisir ne peut être séparé de son contraire, l'aversion ou la douleur.

Ce système (ou circuit) connecte les entrées sensorielles avec des structures profondes du cerveau impliquées dans les émotions et dans la mémoire (l'Aire Tegmentale Ventrale, le Noyau Accumbens, l'Amygdale), ainsi qu'avec le cortex préfrontal, lieu d'associations neuronales particulièrement riches chez l'homme où se fabrique la pensée. Ces particularités permettent de comprendre pourquoi le système de récompense joue un rôle central dans les dimensions affectives du plaisir et du déplaisir, dans la mémorisation de l'expérience,

l'apprentissage et la motivation à réitérer les comportements qui apportent de la satisfaction. (Morel, 2019).

Sa capacité à transformer des centaines de millions d'interactions neurochimiques en comportements motivés (animés par un objectif), maîtrisés et adaptés, tels que les comportements alimentaires, la marche, les comportements sexuels, les comportements sociaux (notamment l'entraide), le place au cœur de notre adaptation au monde, de notre recherche de bien-être et d'homéostasie, c'est-à-dire au cœur de la préservation de nos équilibres. (Morel, 2019).

Toutes les drogues ont la propriété d'agir directement sur le système de récompense, sans passer par les entrées sensorielles, et de stimuler plus ou moins intensément la libération d'un neuromédiateur, la dopamine (dite, un peu vite, le neuromédiateur du plaisir), déclenchant ensuite des séries d'actions et de rétroactions impliquant différents autres neuromédiateurs. Un ensemble d'effets et de contre-effets qui vont permettre un équilibre entre le besoin et la satiété, entre l'attraction et l'indifférence, voire le dégoût (Morel, 2019, P.252).

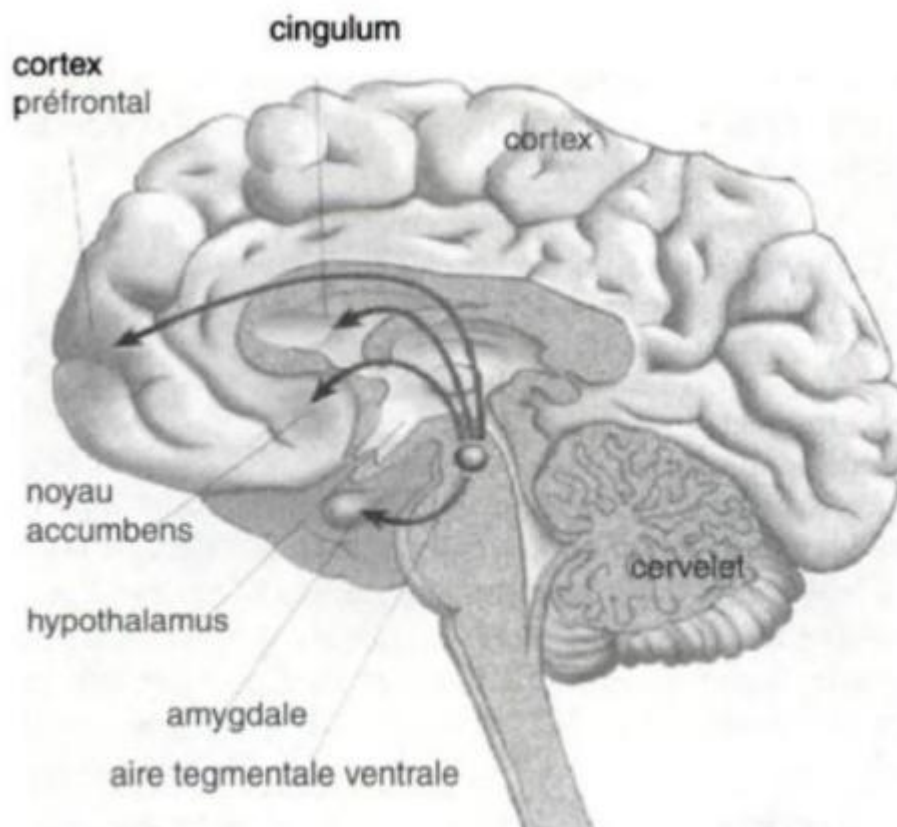


Figure n°2 : circuit récompense / punition (Reynaud, 2005)

Les effets des SPAs modifient le fonctionnement du cerveau de manière complexe et de courte durée. Sous ce type d'action, le système de récompense a la capacité d'interagir entre effet et réaction, ce qui permet aux organismes de produire à la fois du plaisir et de l'indifférence. Ces deux mécanismes relatifs s'équilibrent naturellement et spontanément.

8-1-2-1- La dopamine : neurotransmetteur

Les récompenses naturelles aux aliments, besoins, activité sexuelle et la majorité des drogues addictives modifient la transmission dopaminergique. En effet, elles en stimulent la libération par les neurones de l'ATV (aire tegmentale ventrale) dans le noyau accumbens. La littérature souligne que la notion de seuil dopaminergique varie en fonction de la récompense :

1. Il augmente dans l'anticipation, l'attente de la récompense, du plaisir ;
2. Il augmente encore lors de la récompense ;
3. Le taux de la dopamine ne retourne à son état basal qu'à l'obtention de celle-ci ;
4. Absence malgré le signal annoncé fait que l'activité dopaminergique sera en dessous de ce seuil, ce qui entrainera sur le plan clinique une sensation de mal-être, d'anxiété, d'irritabilité (Reynaud, 2005, pp 19-20).

Donc, l'activité neuronale ne dure que quelques instants dans les cas normaux. Cependant, dans les cas de dépendance, la libération de dopamine est plus longue.

8-1-2-2- Activation anormale et répétée du système dopaminergique

L'augmentation de taux de la dopamine sécrétée dans le noyau accumbens est un élément clé dans la médiation des effets de récompense ou de renforcement positif dus à la drogue. Donc cette augmentation de la sécrétion de dopamine a tout d'abord été mise en évidence dans le noyau accumbens par Dichiaro et Imperato 1988. En revanche, toute SPA susceptible d'entraîner une dépendance, notamment l'héroïne, le tétrahydrocannabinol, la cocaïne, augmente la sécrétion de dopamine dans le noyau accumbens. De plus, ce pic d'augmentation extrêmement important survient en quelques minutes et dure entre 40 et 60 minutes (Reynaud, 2005).

8-2 -L'approche systémique

L'approche systémique quant à elle s'intéresse aux rapports entre l'addiction et l'environnement du sujet, notamment sa famille. Le sujet (l'addict) est appelé « patient désigné » ou « le garent », et présente par son addiction le symptôme familial.

La famille est « un système en interaction continue et durable où les membres sont des personnes en communication avec d'autres personnes» (Watzlawick, et al, 1972, p. 120).

Les familles du sujet présentant une addiction se caractérisent généralement par un risque à développer des comportements inadaptés tels que :violences des interactions, cécité familiale, relations privilégiées entre le sujet présentant une addiction et une personne de son entourage, transgressions des règles par les parents, contradictions avec les systèmes de valeur des parents, généalogies de la dépendance, ruptures culturelles, pathologies du deuil...

La théorie des systèmes familiaux s'impose ; elle avance que chaque membre de la famille affecte et est affecté par les autres. Ainsi l'addiction est interprétée comme un symptôme d'un dysfonctionnement familial. La mère est décrite comme surprotectrice et trop permissive, le père quant à lui, est passif, indifférent, voire totalement absent de la dynamique familiale. C'est d'une manière globale une famille défailante, désunie...L'addiction vient souvent masquer les autres problèmes. Toutes les difficultés sont projetées sur la substance psychoactive. On se trouve assez souvent devant des systèmes complètement déstabilisés : les addicts étant les garants de l'équilibre du système (Angel, et al, 2000, P.145).

Pour conclure, les dynamiques familiales jouent un rôle dans l'émergence des problèmes d'addiction. Pour cela les systémiciens insistent sur le fait que toute difficulté, tout comportement ou trouble des conduites sont le résultat d'une conjonction d'éléments, conjonction dans laquelle les réactions et rétroactions de chacun des membres du système ont également leur importance. De ce fait, lorsqu'une famille est en difficulté, la recherche de qui a tort, qui a raison, qui est responsable n'a pas beaucoup de sens et n'est pas très efficace pour comprendre réellement ce qui se passe. Il est plus aidant pour la famille de percevoir le problème dans une optique systémique.

8-3- Approche psychodynamique

Les apports théoriques psychanalytiques à propos des conduites addictives sont caractérisés non pas par une dissociation absolue mais par des divergences notables, qui leur donnent certes une richesse de par leur multiplicité, mais aussi un manque d'unité.

Selon, Freud, et Ferenczi, et al, l'approche psychodynamique des addictions est passée du versant objectal distinguant les différentes figures sur les plans cliniques et psychopathologiques à leur versant narcissique commun déterminé par un trouble des processus de séparation-individuation lié à une faillite traumatique de l'environnement précoce compromettant les processus transitionnels et d'introjection jusqu'à fragiliser les assises narcissiques, l'estime de soi et le sentiment de sécurité intérieure. Dans cette configuration, le recours à l'objet addictif supporte une fonction de protection contre la menace d'effondrement psychique ou d'annihilation lié à l'insuffisante différenciation de l'objet maternel : « il permet au moi de l'addict d'obtenir un changement d'état immédiat, de retrouver un autre état, subjectif, (...), celui-là même des origines de l'appareil psychique » (Ocampo, 2007), cet état psychique de toute puissance créatrice et d'indépendance que Rado qualifiait de « dimension narcissique originelle » du Moi. Cet état prend aussi bien la forme de cette élation que procure « l'orgasme pharmacogénique » ivresse, transport, ravissement, extase, ... que celui apparemment plus ordinaire qui lui restaure suffisamment de sécurité intérieure et d'estime de soi pour permettre au sujet de « se sentir normal », « comme tout le monde » et de parvenir à vivre (Benyamina, 2014).

En outre, l'approche psychodynamique actuelle met l'accent sur les facteurs de vulnérabilité du développement et le défaut d'assises narcissiques des patients dépendants, cet intérêt pour les liens entre la mère et son bébé puis entre les figures parentales et l'enfant au cours des stades du processus de séparation individuation, est directement issu des travaux de Bowlby sur l'attachement. En effet, les types d'attachements jouent un rôle important dans la genèse du trouble addictif, notamment, l'attachement de type insécurité.

Dans le même ordre d'idées, on peut parler d'attachement insécurité ambivalent ou résistant, lorsque l'enfant manifeste de la détresse à la séparation et qu'il cherche le contact de manière ambivalente, le souhaitant et le repoussant par une réaction colérique : il n'accepte pas vraiment d'être réconforté, il exprime de cette manière sa préoccupation vis-à-vis de son monde interne. Sa capacité de régulation émotionnelle est faible. Il est en quelque

sorte débordé par ses émotions et ne sait pas de quelle manière y faire face, son ou ses parents ne sachant pas non plus comment réagir à son égard (Franjoux, 2011).

Par ailleurs, Kpelly et al (2020), dans leur étude qui vise à examiner l'influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans l'étiologie des addictions aux SPAs, ont pu montrer que les sujets développent les troubles liés à l'utilisation des SPAs disposent des styles d'attachement insécure (Kpelly, et al, 2020).

9- Troubles associés à l'addiction

La comorbidité est souvent appelée « double diagnostic ». Le double diagnostic du traitement de l'addiction correspond à l'association entre le trouble lié à l'usage de substances et le trouble psychotique. Au fil du temps, d'autres termes ont émergé, tels que « comorbidité », « simultanée », ou encore plus récemment « double pathologie ». Ainsi, diverses études ont vu le jour ces dernières années.

Selon l'OMS (1995), c'est « la co-occurrence, chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une SPA et d'un trouble psychiatrique ». Il s'agit donc de la coexistence de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité dont l'un d'eux est la consommation problématique de drogues (OMS, 1995, Cité par, Boumendjel & Benyamina, 2016). On trouve ainsi :

- Des troubles dépressifs et anxieux, qui sont les troubles concomitants les plus souvent retrouvés. Les troubles de l'humeur, plus ou moins associés à des manifestations anxieuses, ont une incidence particulièrement élevée (entre 30 % et 70 % selon les études) (Morel & Luquiens, 2019). Donc, la dépression et l'anxiété sont des affections de plus en plus courantes chez les sujets addicts, elles causent de nombreuses souffrances et de grandes perturbations dans la vie des concernés.
- Des résurgences de traumatisme psychique qui sont souvent retrouvées dans l'histoire des sujets addicts. Par ailleurs, chez les sujets ayant reçu un diagnostic de Trouble du Stress Post-Traumatique (TSPT), la prévalence d'un trouble de l'usage d'une substance (hors tabac et alcool) varie de 19 % à 35 %, et d'un trouble de l'usage de l'alcool varie de 36 % à 52 % (Roberts et al. 2016). Plusieurs travaux soulignent l'intrication du rôle d'événements traumatiques dans l'enfance et des styles

d'attachement dans la régulation émotionnelle, l'alexithymie et les troubles addictifs (Morel & Luquiens, 2019).

Nous allons largement détailler et expliquer ce point dans le second chapitre.

- Des troubles de personnalité que l'on peut retrouver dans le tableau clinique d'addiction. En effet, lorsqu'elle existe, la présence d'un tel trouble de la personnalité est généralement associée à une plus grande sévérité de la dépendance et à une moins bonne réponse au traitement (Woody *et al*, 1985). Parmi les types de personnalités, on distingue :
- La personnalité dyssociale : celle-ci est marquée par une impulsivité, une instabilité comportementale et une tendance aux passages à l'acte, une labilité de l'humeur et des difficultés importantes de socialisation. Une composante dépressive est habituelle, et parmi les principaux risques évolutifs ; figurent les addictions parallèlement aux états dépressifs majeurs et à la délinquance. Entre addiction et personnalité dyssociale, existe une sorte de renforcement : les tendances de la personnalité portant ces sujets vers l'abus de drogues et les transgressions, ces consommations ont toutes les chances d'accentuer en retour les difficultés sociales et comportementales (Morel & Luquiens, 2019).
- La personnalité limite, dite aussi *borderline* (on dit également troubles limites de la personnalité), présente des caractéristiques proches de la personnalité dyssociale (les « 3 i » : intensité, impulsivité, instabilité), mais ces sujets ont des relations à autrui qui sont de nature anaclitique (besoin constant d'étayage) et/ou abandonnique. Ils ont une forte tendance à l'angoisse et aux passages à l'acte. La dépression fait partie, là encore, des modes de décompensation, ainsi que des affections psychosomatiques graves, des maladies somatiques liées à la surconsommation (cirrhose, pancréatite, etc.), et, parfois, des troubles de type psychotique (dépersonnalisation) (Morel & Luquiens, 2019).

Les étayages psychothérapeutiques et institutionnels, partant de la relation de dépendance initiale de ces sujets pour aller progressivement vers l'autonomie, paraissent les plus pertinents (Morel & Luquiens, 2019).

Après avoir exposé et détaillé les éléments précédents, nous allons nous intéresser dans ce qui suit sur la prévention de la consommation des substances et d'autres drogues en Algérie, et nous aborderons, par la suite, la prise en charge de l'addiction.

10- Prévention de la consommation des substances et d'autres drogues en Algérie

10-1- Sur les plans : législatif et judiciaire

L'Algérie s'est dotée d'un arsenal juridique adéquat et conforme à ses obligations internationales et aux exigences politiques, économiques et sociales :

Premièrement, la loi relative à la prévention et à la répression de l'usage et de trafic de drogues. Deuxièmement, la loi relative à la prévention et à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Troisièmement, la loi relative à la prévention et à la lutte contre la corruption. Ainsi, le nouveau code de procédures pénales (Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2018).

10-2- Réponse institutionnelle

L'Algérie s'est dotée de deux instruments pour faire face au fléau de la drogue.

10-2-1- L'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie

Création en vertu du décret exécutif N° 97-212 du 09 juin 1997, modifié et complété.

Missions:

Définir la politique nationale de prévention et de lutte contre la drogue et suivre son application en collaboration avec les différents secteurs concernés. Coordonner et suivre les actions menées par les secteurs concernés par la prévention et la lutte contre la drogue. Présenter des rapports au Gouvernement sur l'action de l'Office et les résultats obtenus.

Développer, promouvoir et consolider la coopération régionale et internationale dans le domaine de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Pour l'accomplissement de sa mission, l'Office dispose d'un Comité d'évaluation et de suivi composé de représentants de 14 Ministères, 3 services de lutte et 4 associations à caractère national (Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2018).

10-2-2- Stratégie Nationale de prévention et de lutte contre la drogue et les addictions

Elaborée et mise en œuvre par l'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie, elle se décline en plans annuels d'action, de même, arrête les actions précises à mener par chaque secteur concerné.

Actuellement, elle procède à l'élaboration de la prochaine stratégie nationale après avoir réalisé l'enquête nationale sur la prévalence de la drogue en milieu scolaire « l'enquête nationale sur la prévalence de la drogue en milieu universitaire » (Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2018).

11- La prise en charge de l'addiction

La prise en charge d'une addiction est multidisciplinaire, elle repose plus souvent sur l'association d'un traitement médicamenteux, et d'une prise en charge psychologique individuelle et/ou collective et d'un accompagnement social. Il n'existe pas de recette miracle. La prise en charge est souvent longue et semée de rechutes. Le succès dépend essentiellement de la motivation du patient à se sevrer.

11-1- Hospitalisation

La motivation du patient est un élément primordial à la réussite d'une cure de sevrage, mais aussi l'acceptation de se soumettre à un règlement qui lui sera proposé et qu'il est appelé à respecter avant et durant son séjour. Donc, c'est un règlement qui a valeur d'un contrat moral, passé entre patient et médecin. Sur ce contrat, sont précisés les modalités d'entrée, de sortie, les horaires fixant les différentes activités du service, les jours de visites familiales ainsi que l'interdiction absolue d'introduire des drogues, des armes blanches ou des objets dangereux à l'intérieur du service (Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2018).

11-1-1-L'hospitalisation psychiatrique en Algérie

Il y a environ 5000 lits, organisés en 15 secteurs psychiatriques. Les hospitalisations sont gratuites et financées par deux sources, un forfait versé chaque année par la sécurité sociale à chaque établissement et une donation du ministère de la santé. A partir du mois de janvier 2005, le financement sera rigoureusement calculé en fonction de l'activité réelle par la

sécurité sociale, les collectivités locales et le ministère de la santé, le malade n'aura pas à souffrir de ce changement : pour lui, la gratuité des soins sera maintenue (Kacha, 2005).

11-1-2- Les centres de prise en charge des sujets addicts en Algérie

Les centres de soin et d'accompagnement et de prévention en addictologie, sont considérés comme étant les structures de référence dans la prise en charge médico-sociale des addictions. Il s'agit d'établissements médico-sociaux, disposant d'une équipe pluridisciplinaire qui assure une prise en charge de proximité des différents types d'addiction. C'est dans le souci d'une prise en charge efficace, que l'Algérie a œuvré pour l'ouverture de 15 nouveaux centres de désintoxication dans les CHU suivants : Alger (02), Oran, Constantine, Annaba, Sidi bel Abbes, Sétif, Tlemcen, Tizi-Ouzou et Batna. Ainsi le centre de cure et de désintoxication de Blida est considéré comme le plus ancien et le 1^{er} en Algérie qui a été créé en 1996. Et pour la première fois en Algérie : une clinique privée de gestion de stress et d'anxiété a été ouverte. Cette clinique assure des soins de qualité en compagnie de spécialistes en addictologie.

11-2-Le sevrage

Le sevrage, à côté de l'objectif visant la diminution de la consommation, s'accompagne d'un ensemble de réponses à des difficultés objectives des patients. De plus l'arrêt du produit n'arrête pas la souffrance ; d'où la nécessité d'un accompagnement après l'arrêt d'un toxique. Alors l'accompagnement doit se faire de préférence en milieu institutionnel, d'où l'importance de l'hospitalisation. Celle-ci vise à aider les sujets en difficulté à dépasser la phase de l'abstinence ou de la décroche. Cette cure est indiquée à toute personne désireuse de subir une désintoxication suffisamment motivée. La durée de la cure se fait entre 21 jours en moyenne, elle peut être écourtée à la demande du patient ou suite à la violation du règlement intérieur (office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2008).

11-3-Prise en charge psychologique

Compte tenu de la complexité bio-psychosociale de la problématique de l'addiction, il est essentiel que l'offre de soins soit précédée par une approche multimodale du statut de l'individu dépendant.

Cette première phase doit permettre d'évaluer tant les différentes dimensions associées à la problématique de dépendance, (somatique, sociale, et psychiatrique) que la motivation du patient, afin de définir des priorités dans la prise en charge qui permettent de lui proposer des interventions thérapeutiques adaptées.

11-3-1- L'entretien motivationnel (EM)

La pratique de la prise en charge de l'addictologie ne peut actuellement s'envisager sans s'appuyer sur « l'entretien motivationnel », il est considéré comme étant un élément primordial pour arriver à changer les conduites des sujets addicts.

Selon Miller et Rollnick, l'EM est une méthode directive, centrée sur la personne, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence, c'est une approche pour faciliter la communication qui fait émerger le changement naturel. En revanche, l'EM ne se substitue pas aux psychothérapies, les personnes prises avec les conduites addictives ne relèvent pas systématiquement d'une prise en charge psychothérapeutique, mais d'un minimum de soutien psychologique pour aider au changement de leurs conduites. Et pour la pratique de l'EM, il convient ainsi de comprendre les notions centrales pour la pratique de l'EM : la motivation, l'ambivalence, la résistance au changement et la balance décisionnelle (Lançon, 2013).

L'EM demeure un style relationnel très particulier, bousculant à maints égards la relation thérapeutique classique, en particulier médicale. Ses limites restent à définir et, s'il semble convenir particulièrement aux patients résistants, il est encore difficile de dire pour qui il n'est pas indiqué. En revanche, il est raisonnable de penser que sa pratique peut être partagée par des intervenants sanitaires, sociaux et judiciaires dans leurs champs respectifs, dans la rigueur d'une formation de qualité respectueuse de l'esprit le sous-tendant (Cité par, Fortini.&Daeppen ,2016).

Pour conclure, l'EM vise essentiellement à aider le sujet à identifier ses motivations propres au changement et à prendre une décision lorsqu'il est confronté à un comportement problématique.

11-3-2- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Il sera nécessaire de mobiliser les ressources de l'individu susceptibles de l'aider à accéder au changement. Les thérapies cognitivo-comportementales sont un outil essentiel pour aider le sujet addict à se passer de cannabis et à agir sur ses pensées, ses envies et les situations à risque de rechute qu'il encourt.

Les thérapies cognitivo-comportementales reposent sur le concept d'un déterminisme réciproque, qui s'appuie sur l'interdépendance entre les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux. Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour but d'aider les patients à être conscients du caractère pathologique ou tout du moins dysfonctionnel de leurs stratégies cognitives. Le thérapeute cherche à montrer à son patient comment repérer, prendre conscience, puis modifier les enchaînements cognitifs-émotionnels-comportementaux, afin de mettre en œuvre des réponses plus adaptées face aux situations à haut risque. La première étape du traitement consiste en une analyse fonctionnelle, qui vise à comprendre la prise de substances en fonction de ses antécédents et de ses conséquences. L'analyse fonctionnelle permet de mettre en lumière les situations qui déclenchent habituellement l'enchaînement cognitif-émotionnel-comportemental aboutissant à la prise de substances. Ces situations sont dites à « haut risque ». Une fois ces situations à haut risque repérées, il va falloir apprendre soit à les éviter, quand l'évitement est approprié, soit à leur « faire face » (to cope, en anglais), en utilisant les stratégies de coping les plus appropriées. La mise en œuvre des stratégies de coping en situation nécessite un apprentissage et donc un entraînement (Lejoyeux, 2013).

11-3-3- La thérapie psychodynamique

Joyce Mc Dougall (2007), indique qu'au sein du cadre analytique, les patients qui parlent de leurs addictions révèlent l'espoir de rendre supportable les difficultés ressenties, ce qu'ils cherchent aujourd'hui à réprimer leur a permis jusqu'à présent de survivre psychiquement. Par conséquent, le travail psychothérapeutique consiste à accueillir ces propos comme des stratégies défensives et à accompagner l'analyse de leurs motivations inconscientes jusqu'à ce que soit devenue caduque leur fonction de protection, le patient pouvant alors les abandonner.

De plus, Catherine Audibert (2008), souligne que le recours aux sensations fortes de nature auto-sensuelle de l'addiction permet d'éviter une discontinuité dans la sensation d'exister.

Répondant à la désorganisation générée par les moments de déréliction, les stratégies addictives visent à se sentir vivant grâce aux sensations éprouvées. Enfin, la clinique rend compte d'une incapacité d'être seul et l'anamnèse révèle des sujets souvent amenés à se conformer à ce que leur environnement proche projetait sur eux, d'où la sensation de ne pas exister par soi-même, de n'être plus qu'une image, une représentation. La tentation est forte de recourir à une identité d'emprunt pour donner le change, au risque de s'en retrouver perdant. L'espace analytique tente de réinstaurer une aire de solitude sereine, une capacité d'être seul en présence de l'autre dans un rapport de non-dépendance, libre de toute forme d'aliénation, de projection (Cité par, Contat& Couteron, 2019).

11-4-Prise en charge médicamenteuse

En complémentarité de la psychothérapie, l'utilisation de molécule spécifique est un support à la réalisation d'un sevrage. Nous allons donc énumérer quelques molécules phares utilisées dans cette indication pour des patients présentant un trouble addictif.

Le traitement va viser, d'une part, à combattre les symptômes de sevrage, et d'autre part, à prévenir les risques de rechute.

Dans la pratique, de nombreuses molécules font l'objet de prescriptions courantes chez les sujets addicts : Les neuroleptiques sédatifs (Nozinan, Largactil) : les posologies sont adaptées en fonction de l'état de chaque sujet addict, les antidépresseurs (Laroxyl, Anafranil, Déroxat, Zoloft, Prozac) en prévention d'un état dépressif post sevrage, puis Thymorégulateurs (Tégréto) cette molécule est utilisée en prévention des manifestations neuropsychiques liées au sevrage, pendant les crises convulsives, l'arrêt brusque des benzodiazépines (BZD) et des troubles de l'humeur. Les anxiolytiques notamment les BZD sont indiqués dans le sevrage alcoolique, l'insomnie et l'anxiété. Ils effectuent une régression progressive des doses pour éviter les accidents de sevrage. En cas de douleurs, les sujets addicts prennent des antalgiques et antispasmodiques, et pour les vitaminothérapies B1 et B6 en cas de sevrage aux barbituriques, aux opiacés ou à l'alcool (Mouffok&Chahmi, 2008, p.144).

Synthèse

L'addiction aux SPAs est un champ d'investigation large et complexe, ce qui le rend difficile à traiter. L'évolution de ce concept a amené l'acceptation de ce trouble en tant que

maladie qui a propulsé et accéléré la prise en charge des sujets addicts. Les troubles addictifs se caractérisent par une instabilité au niveau comportemental, et peuvent être associés à d'autres troubles liés à l'humeur et à un manque d'estime de soi, des difficultés d'adaptation à des situations diverses. Voire, pire, les sujets addicts développent parfois des conduites menant à des tentatives de suicide. En effet, ces sujets manifestent une souffrance et une détresse psychologique visibles même pour leur l'entourage.

Nous allons donc, dans le chapitre suivant, évoquer des généralités sur le psychotraumatisme, ainsi que sur la trajectoire de vie des sujets addicts. Puis, nous décrirons et tenterons d'expliquer les liens entre le traumatisme psychique et l'addiction aux SPAs.

Chapitre II

psychotraumatisme

Préambule

À divers moments de la vie d'un individu, celui-ci peut se trouver confronté à des événements soudains, violents, et menaçants pour son psychisme. Ces événements qui affectent la santé mentale des individus existent depuis la nuit des temps. Ils sont désignés par ce que nous appelons aujourd'hui « événements traumatiques », et dont la conséquence est le « psychotraumatisme ».

Nous avons divisé ce second chapitre en deux sections. La première section est consacrée à des généralités qui traitent du traumatisme psychique ; nous allons donc commencer par un aperçu historique du concept, ensuite nous présenterons les définitions qui lui sont attribuées. Et afin de mieux le comprendre, nous allons citer entre autres points les critères, le diagnostic différentiel, et la définition des différents concepts de base du trauma, puis les types et l'étiopathogénie. Par ailleurs, nous tenterons d'expliquer le traumatisme psychique selon l'approche psychodynamique, et nous allons conclure cette section par la prise en charge du traumatisme psychique. La deuxième section va exposer : la notion de trajectoire de vie des sujets addicts, et des études antérieures, algériennes et étrangères, à ce sujet. Nous terminerons ce chapitre par une synthèse.

Section 01 : Généralités sur le traumatisme psychique

Le traumatisme psychique est dû à un événement qui survient subitement, qui se caractérise par son intensité, et qui provoque ensuite une large perturbation dans l'organisation psychique.

1-Histoire du concept de traumatisme psychique

La réflexion sur le trauma est aussi ancienne que la violence des hommes et leurs interrogations face à l'irruption incompréhensible de la mort. Mais il a fallu attendre la fin du XIX^e siècle pour que l'entité « névrose traumatique » soit proposée par Herman Oppenheim. Cela étant, on peut distinguer quatre périodes dans l'histoire du trauma : les précurseurs ; les fondateurs ; les continuateurs ; les novateurs (Chidiac & Crocq, 2010).

-Les précurseurs : récits légendaires, rêves de batailles et vent de boulet :

On en trouve la trace dans nos plus vieux récits légendaires (les mythes à partir de 2200 av.J.C). À côté des récits légendaires, les récits historiques et scientifiques de l'antiquité nous livrent de véritables observations cliniques, notamment par Hérodote (450 av. JC) (le cas Epizelos) et Hippocrate (vers 400 av.J.C) (Dans son traité des songes) (Crocq, 2001, p.23).

À l'époque médiévale, la Chanson de Roland (vers 1100) présente les mêmes caractéristiques de réalisme horrifiant et de mystère face à la mort que L'Iliade, et Froissard, dans ses chroniques (1388) mentionne lui aussi des rêves de bataille, dont les cauchemars somnambuliques du chevalier Pierre de Béarn, frère de Gaston Phébus : « Dans son sommeil, croyant se battre, il se levait et brandissait son épée, risquant de blesser les siens. » (Crocq, 2012, p.177).

Quelques décennies plus tard, vers 1600, trois pièces de Shakespeare attestent que le cauchemar traumatique était chose connue à l'époque, de même que les reviviscences hallucinatoires diurnes, visuelles, auditives et même olfactives (Crocq, Bouchard, 2018, p.306). En 1655, le philosophe Pascal, a failli être versé dans la Seine avec son Carrosse par ses chevaux emballés, et il a présenté ensuite tous les symptômes qui sont décrits plus tard sous le nom de « névrose traumatique » (Crocq, 2001).

Les événements de la Révolution et les guerres de l'Empire ont fourni à Pinel une ample moisson de cas cliniques consécutifs à des frayeurs et émotions morales, qu'il classe (1808) dans sa nosographie philosophique (Crocq, 2012).

Les médecins des armées napoléoniennes Desgenettes, Larrey et Percy, qui vont dénommer « syndrome du vent du boulet » les états confuso- stuporeux des combattants épargnés de justesse mais commotionnés par un boulet qui les a frôlés (Crocq, 2001).

Par ailleurs, les guerres du milieu du XIX^e siècle sont encore plus meurtrières et vulnérantes. C'est dans cette époque, que certaines personnalités ont attirés l'attention sur les souffrances psychiques des blessés et l'étrange surprise qui saisit les combattants, au seuil de la mort et le désespoir des blessés abandonnés sur le champ de bataille (Coutanceau, Smith & Lemitre, 2012, pp.177-179).

-Les fondateurs : Charcot, Oppenheim, Janet, Freud Et quelques Autres, Ou «la Découverte De L'inconscient traumatique » :

Les cliniciens, Page en Angleterre et Charcot en France, au vu de la disproportion flagrante entre un choc minime et une sémiologie spectaculaire, et au vu de la possibilité de faire cesser ou réapparaître cette sémiologie sous hypnose, optent pour l'étiologie post-émotionnelle. C'est alors que L'Allemand Oppenheim propose (1888) d'accorder à ces tableaux cliniques l'autonomie nosologique en créant l'entité diagnostique « névrose traumatique », caractérisée par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil, les cauchemars de reviviscence, les phobies électives (dont la « sidérodromophobie » ou phobie du chemin de fer) et la labilité émotionnelle. Pour Oppenheim, cette névrose est provoquée par l'effroi (shreck), qui provoque un ébranlement psychique (seelische Erschütterung) « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable » (Crocq, 2012, pp.179-180). C'est à Kraepelin (1889), que l'on doit le terme de « névrose d'effroi » ou Schreckneurose (effroi=schreck) (Cité par, Benamsili, 2019).

En 1889, Pierre Janet aborde pour la première fois le traumatisme psychologique dans sa thèse « l'automatisme psychologique » comme des excitations secondaires à un événement violent faisant effraction dans le psychisme (Chidiac&Crocq, 2010).

Quatre ans plus tard, en 1893, dans sa communication préliminaire, Freud reprend à son compte les hypothèses de Janet concernant le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme, le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient, et désigne la souvenance brute de l'événement par le terme platonicien de « réminiscence » (terme adéquat que Janet n'avait pas su trouver). En 1921, dans son essai au-delà de principe de plaisir, Freud va exprimer clairement les aspects dynamiques de sa théorie « trauma ». Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « Pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique. Et, le rôle de cette couche superficielle est de récuser les excitations nuisibles ou de les sélectionner afin de les diminuer et les rendre supportables et assimilables (Crocq, 2014).

En 1930, Ferenczi, à la différence de Freud, va se confronter directement aux traumatismes de guerres, il va soigner les patients revenus du front qui présentent des troubles psychiques. En 1932, Ferenczi reprendra la théorie du traumatisme en réfléchissant

sur les violences sexuelles subies par les enfants de la part des adultes (adulte séducteur : une idée de Freud, qu'il abandonnerait plus tard). Pour Ferenczi, le traumatisme se caractérise par l'importance du silence, la fragmentation de la vie psychique, le rôle de la haine et l'identification de l'agresseur. Il revient ainsi sur l'étiologie des névroses et particulièrement sur les facteurs extérieurs à l'origine de ces psychopathologies (Ghiglione & Richard, 1999).

-Les continuateurs : les Deux Guerres Mondiales Et Les Guerres postcoloniales, Shell Shock, Névrose De Guerre Et Névrose De Guérilla :

Lors de la guerre des Boers (1900-1902), on signale des confusions mentales et des conversions hystériques après émotion violente éprouvée au combat. Il en est de même pour la guerre russo-japonaise (1904-1905), au sujet de laquelle l'Allemand Honigman, qui y a participé comme psychiatre volontaire de la Croix Rouge, crée (en 1908) le terme de « névrose de guerre », simple variété étiologique de la névrose traumatique d'Oppenheim. (Crocq, 2012).

Au cours de la première guerre mondiale, Milian (1915) dénomme « hypnose des batailles » les états confuso-stuporeux observés lors des durs combats du début de la guerre. De nombreux psychiatres français et allemands s'attacheront davantage à détecter les soldats simulateurs qu'à les soulager de leurs souffrances traumatiques. L'« hystérie de guerre » met ainsi en perspective la question de la volonté du patient : en Allemagne en particulier, les soldats traumatisés sont considérés comme des faibles manquant de volonté (on parle même de « maladie de la volonté »). En Allemagne, dans un entre-deux-guerres au nazisme naissant, l'état décide de ne plus accorder de compensations financières aux soldats traumatisés, estimant que cela revient à les maintenir dans cet état pathologique et que la faiblesse et la lâcheté ne doivent pas être récompensées (Crocq, 2014).

Mais très rapidement, d'autres médecins, observent que le front était stabilisé et que les soldats terrés dans leurs tranchées étaient soumis à des pilonnages d'artillerie abrutissants – à l'obusite (ou shell-shock pour les anglais, ou granatshockwirkung pour les Allemands) (Crocq, 2001).

Il faut attendre la Seconde Guerre mondiale pour que la conceptualisation du trauma opère un réel changement. Pour la première fois émergent des recherches sur les facteurs de protection au trauma comme l'entraînement, la cohésion du groupe, le leadership ou la morale. On parlera alors de « exhaustion » (épuisement), d'« anxiété flottante », de « réaction

de combat », de « combat de fatigue », de « névrose de guerre » et du « syndrome du vieux sergent » (Crocq, 2012).

La seconde guerre mondiale se termina par la découverte horrifiée des camps d'extermination nazis et les deux bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki. En France, Targowla décrivit en 1954 un syndrome asthénique des déportés (équivalent de la névrose traumatique), qu'Eitinger crut redécouvrir dix ans plus tard sous le nom de KZ syndrome (konzentrationslager syndrome) (Crocq, 2012).

Les guerres de l'après-guerre (guerre de Corée, puis guerres post-coloniales d'Indochine, d'Indonésie, d'Algérie et Angola, guerres du Moyen-Orient, guerre des Malouines, guerre d'Afghanistan) apportèrent peu d'éléments nouveaux à l'histoire du trauma, si ce n'est la fréquence des « névroses de guérilla » (Crocq, 1999).

-Les novateurs (de 1980 à aujourd'hui) :

La guerre du Viêt-Nam, menée par les Américains de 1964 à 1973, a produit à grande échelle une pathologie de faible intensité de combat, où la nostalgie interfère avec le trauma et où des conduites addictives viennent compliquer les tableaux cliniques. Le nombre élevé des post-Vietnam syndromes observés après le retour en métropole (700.000 cas sur les 3 millions d'hommes envoyés au Viêt-Nam), conduit les auteurs de la nouvelle nosographie psychiatrique américaine DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) à réintroduire la névrose traumatique dans un catalogue d'où elle avait disparu en 1968, mais en la dénommant Post Traumatic Stress Disorder, ou PTSD, car le DSM récuse le terme de névrose, entaché à ses yeux de résonance étiologique. Deux révisions successives (DSM-III-R en 1987, le DSM-IV-R en 2000, et le DSM-5 «V » en 2013), la classification internationale des maladies CIM10, dans sa 10ème édition fait état d'un syndrome en tout point semblable (Coutanceau, Smith, & Lemitre, 2012).

Après la guerre, les psychiatres français ont continué à s'intéresser à la névrose traumatique, et ont tirés des travaux des psychanalystes et leurs prédécesseurs. Citons les psychiatres militaires Crocq, Lebigot et Barrois sur les considérations, sur la confrontation avec le réel de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qui est vraiment la mort comme anéantissement et non pas cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort (Lebigot, 2006, p.7).

L'histoire du traumatisme psychique est ancienne. Il a été décrit, modifié et renommé par des grandes personnalités de l'époque jusqu'à nos jours. Il se développe avec l'existence de l'être humain et les événements de la vie, dits difficiles.

Nous terminerons par l'histoire du concept de trauma qui remonte à l'antiquité, et qui a attiré l'attention de plusieurs chercheurs. Il est classifié parmi les problématiques majeures de la psychopathologie et de la psychologie en raison de son importance et son influence sur la vie de l'être humain. Nous allons présenter dans le point suivant l'origine et les définitions du « traumatisme psychique » proposées par différents auteurs.

2- Définitions du traumatisme psychique

Nous allons commencer par les définitions des dictionnaires de psychologie, puis celles proposées par Sigmund Freud et Laplanche et Pontalis (l'approche psychanalytique), et nous terminerons par la définition proposée par Crocq, car c'est la plus proche de la théorie psychodynamique.

2-1- Origine étymologique : emprunt à la chirurgie

Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens traumatismos, signifiant action de blesser, et trauma, signifiant « blessure ». Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma (Crocq, 2014, p.10).

Au sens étymologique, un traumatisme est donc la blessure, la conséquence immédiate et à distance d'un choc physique, isolé ou répété, volontaire ou non, touchant l'intégrité corporelle (Benamsili, 2019, p.6).

2-2- Définitions conceptuelles du traumatisme psychique

Les définitions du traumatisme psychique sont diverses et dépendent des approches et des écoles qui les fondent. Chaque définition comporte : les caractéristiques d'un événement traumatique ; la symptomatologie et les explications étiopathogéniques.

Selon, le dictionnaire de psychologie, le traumatisme psychique, connu aujourd'hui sous le nom de trouble de stress post traumatique (TSPT) « est un état similaire à l'attaque

de panique, mais qui se différencie en ayant une cause bien connue : un événement traumatisant, tel qu'un viol, un accident, un désastre naturel, une guerre ou un attentat. Un exemple souvent cité est celui du soldat qui a fait la guerre et qui, une fois rentré chez lui, est toujours traumatisé par ce qu'il a vécu. Le TSPT se caractérise notamment par des retours mnésiques (flashbacks) en état d'éveil ou sous la forme de cauchemars. Lors de ces récurrences, l'individu va revivre l'événement qui l'a traumatisé avec une charge émotionnelle presque aussi intense que lors de l'événement lui-même » (Chiche & Marmion, 2020, p.15).

D'un point de vue économique, le traumatisme se définit comme « *un surcroît d'excitations pulsionnelles qui déborde la psyché et met en défaut les capacités de pare-excitation du moi. Plus qu'un événement objectivable dans la réalité externe, le traumatisme se mesure à l'intensité de la désorganisation psychique et des effets délétères (comme des troubles psycho-pathologiques) qu'il est susceptible d'entraîner chez le sujet » (Charron et al, 2020, p.304).*

Dans ce sens, le traumatisme est dû à un événement de vie exceptionnel, intense et violent. Il se caractérise par un afflux excessif d'excitation (causé par un agent extérieur : événement traumatique), pour faire effraction dans le pare-excitation. Conséquemment, ces événements traumatisants retournent au cerveau de manière involontaire, sous forme de cauchemars, provoquant ainsi une large perturbation au sein du psychisme.

Sigmund Freud, le père fondateur de la psychanalyse, définit le traumatisme psychique dans son livre « *Au-delà du principe de plaisir* » (1920) comme suit : « *nous appelons traumatique les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitation. Je crois qu'on ne saurait comprendre le concept de traumatisme sans le mettre ainsi en rapport avec la notion d'une mise à l'écart d'ordinaire efficace des excitations. Un événement comme le traumatisme extérieur provoquera à coup sûr une perturbation de grande envergure dans le fonctionnement énergétique de l'organisme » (Freud, 1920, p.71, Cité par, Benamsili, 2019).*

Laplanche et Pontalis se sont inspirés des définitions de Freud et ont considéré que le traumatisme psychique était un « *événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychiques* ». Ils complétèrent

cette définition en ajoutant que le traumatisme se caractérise « *par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité à maintenir et à élaborer psychiquement ces excitations* » (Laplanche&Pontalis, 1996/1994, p.499, Cité par, Benamsili, 2019).

Nous avons choisi la définition de Freud, du fait qu'il est le premier auteur à avoir mis en exergue le point de vue psychanalytique du trauma. Et celle de Laplanche et Pontalis, inspirée des travaux de Freud, afin de compléter cette notion de trauma selon l'approche psychanalytique. A travers ces deux définitions, le concept de traumatisme nous paraît donc relatif, et dépendant du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et de l'état-constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défenses qui les reçoit.

Crocq (2014), définit le traumatisme psychique ou trauma comme « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* » (Crocq, 2014, p.10). Dans cette pensée phénoménologique, Crocq estime que le traumatisme est la conséquence d'un choc émotionnel grave, touchant l'intégrité physique ou psychique d'un individu, issu d'une rencontre avec « le réel de la mort ». Cette confrontation se manifeste par une effraction subite des défenses du psychisme et provoque des perturbations profondes au sein de celui-ci.

Pour le point de vue de DSM5 et la CIM-10, nous y reviendrons plus loin dans ce chapitre.

Après avoir exposé les différentes définitions du traumatisme psychique, nous aborderons dans les trois prochains points les critères qui aident le clinicien à confirmer l'existence ou l'absence de ce trouble. Aussi, le diagnostic différentiel qui permet de différencier cette pathologie des autres troubles psychiques présentant des symptômes proches ou similaires. Et puisque le concept de traumatisme a toujours été lié à celui de l'événement traumatique, nous allons consacrer un point pour présenter ce qu'est un événement traumatique et dans quelle mesure peut-il devenir traumatique.

3-Les critères de diagnostic du stress post-traumatique

Un diagnostic peut permettre au clinicien de déterminer le pronostic et les stratégies de traitement...etc. Pour cela, et bien que ce travail s'inscrive dans une approche psychodynamique, les critères de diagnostic cités par l'approche athéorique(DSM5 et la CIM-10) sont indispensables pour tout clinicien, sans exception.

3-1- Les critères de diagnostic selon le DSM5

- A- Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles.
 - 1- En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
 - 2- En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autre personnes.
 - 3- En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami. Là où les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 - 4- En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.
- B- Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue de ou des événements traumatiques en cause.
 - 1- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
 - 2- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et / ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ ou les événements traumatiques.
 - 3- Réactions dissociatives (par ex. flashbacks, scènes rétrospectives) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
 - 4- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de ou des événements traumatiques en cause.

- 5- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoqués ou ressemblant à un aspect de ou des événements traumatiques (DSM-5, 2015, pp.350-351).
- C- Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques débutant après la survenue de ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
 - 1- Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées, sentiments, ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 - 2- Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques, et provoquant un sentiment de détresse.
- D- Altération négative des cognitions et de l'humeur associée à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue de ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
 - 1- Incapacité de se rappeler un aspect important de ou des événements traumatiques.
 - 2- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes, ou le monde (ex « je suis mauvais », « on peut faire confiance à personne »).
 - 3- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 - 4- Etat émotionnel négatif persistant (par ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 - 5- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 - 6- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapports aux autres.
 - 7- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou autre sentiment affectueux).

- E- Altération marquée de l'éveil et de la réactivité associée à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue de ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux ou plus des éléments suivants :
- 1- Comportement irritable ou excès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 - 2- Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 - 3- Hypervigilance.
 - 4- Réaction de sursaut exagérée (DSM-5, 2015, pp.350-351).
 - 5- Problèmes de concentration.
 - 6- Perturbation du sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu)
- F- La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) qui dure plus d'un mois.
- G- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération de fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament, alcool) ou d'autres affections médicales (DSM5, 2015, PP.350-351).

3-2- Les critères de diagnostic selon la CIM10

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la

guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (CIM10, 2012, p.246).

3-3- Les manifestations cliniques du traumatisme psychique

Le psychiatre L. Crocq a réparti ces manifestations, selon la diachronie de leur apparition, dans trois types de réaction. Nous retrouvons donc dans un premier temps les réactions dites immédiates, suivies des réactions post-immédiates, et enfin les réactions chroniques.

3-3-1- La réaction immédiate

C'est une réaction de stress qui est immédiate et éphémère, et qui ne dure, en général, qu'une dizaine de minutes, à moins que la situation menaçante ne perdure où se renouvelle. Ainsi, à chaque fois que le sujet est confronté à une situation menaçante ou dangereuse, il aura automatiquement des réactions de stress qui disparaîtront avec la disparition de l'événement déclencheur (Souki, 2002. P.35).

Donc, lorsqu'une personne subit une agression ou une menace soudaine mettant en péril sa vie, ou son intégrité physique ou mentale (c'est-à-dire une situation traumatique), elle réagit directement, sans intermédiaire. Cette réaction est généralement normale et adaptée, et va disparaître avec la disparition de l'événement déclencheur, mais elle s'avère parfois pathologique et inappropriée.

3-3-1-1--La réaction immédiate adaptée

Dénommée aussi « stress adapté », il s'agit d'une réaction d'alerte et de mobilisation (Crocq, 1999).

Cette réaction normale ne concerne pas uniquement les situations agressives et menaçantes. Mais comme l'indique H. Selye, « elle s'étend aux réponses de l'individu et à toute modification significative de l'environnement : il y a des « di-stress », en réponse à des agressions, des nuisances ou des altérations progressives de l'environnement, comme il existe des « eu-stress », en réponse à des nouvelles heureuses ou à des modifications bénéfiques des conditions d'existence telles que les mariages, les héritages...etc. » (Selye, Cité par, Crocq, 2000, p.28).

3-3-1-2-La réaction immédiate inadaptée

La réaction immédiate de *stress dépassé* est le fait de sujets psychologiquement vulnérables, ou non préparés, ou fragilisés par divers facteurs tels qu'un épuisement ou un isolement. Elle est aussi observée dans les agressions exceptionnellement violentes, trop prolongées ou répétées à de courts intervalles de temps (Crocq, 2012).

Ce type de performance apparaît surtout chez les sujets vulnérables, ou ayant subi des violences excessives ou des situations prolongées de violence, et implique quatre types de réactions :

- La réaction de sidération qui peut paraître à travers la stupéfaction intellectuelle, la stupeur affective et l'inhibition motrice qui laissent le sujet immobile devant le danger, dans un état second, incapable d'évaluer ou de raisonner.
- La réaction d'agitation qui se traduit par la gesticulation désordonnée, l'incohérence motrice et verbale, qui ne permet pas au sujet de se soustraire à la situation dangereuse.
- La fuite panique qui est impulsive, sauvage, dans le sens où il y a une lutte implacable contre tout ce qui lui fait obstacle. De même qu'elle est inconsidérée puisqu'elle ne soustrait pas le sujet au danger, mais qu'elle peut au contraire l'hypercipiter.
- La réaction d'automatisme qui est assez fréquente et fait penser à des comportements adaptatifs. Souvent ces réactions n'ont pas de buts précis mais elles ont une valeur occupationnelle dépravatrice de l'anxiété, d'après Crocq (Crocq, 1994, p.16).

Donc, nous pouvons dire que la clinique récente du traumatisme psychique est importante dans la mesure où elle permet de déterminer si le sujet a vécu l'événement en mode « stress adaptatif », ou s'il l'a vécu en mode traumatique.

3-3-2- La réaction post-immédiate

Celle-ci s'étend en principe de 2 à 30 jours (mais il existe des variantes de durée, de quelques jours à plus d'un mois), et requiert une surveillance psychologique attentive et soutenue. En effet, deux possibilités existent : soit les symptômes (neurovégétatifs et de déréalisation) de la période immédiate s'éteignent progressivement, et le sujet n'est plus obnubilé par le souvenir de l'événement ; soit ces symptômes persistent, tandis que le sujet est toujours obsédé par le souvenir de l'événement, et commence, en plus, à souffrir de

nouveaux symptômes, psychodramatiques, tels que reviviscences, troubles du sommeil et anxiété phobique, augurant de l'installation d'une pathologie psychotraumatique durable (Crocq, 2014, p.33).

Par ailleurs, dans les nosographies modernes, la 10e révision de la Classification Internationale des Maladies mentales (CIM-10, 1992) inclut implicitement cette période post-immédiate dans les états de stress post-traumatiques, transitoires ou durables. Mais le DSM (DSM-IV, 1994 et DSM-V, 2013) l'identifie sous le vocable d'« *état de stress aigu* » (*acute stress disorder*), avec des critères cliniques combinant la persistance de symptômes dissociatifs apparus dans l'immédiat et l'éclosion de symptômes d'état de stress post-traumatique, ainsi que des critères temporels d'apparition des symptômes dans les 4 semaines suivant l'événement et de persistance pendant un créneau de durée de 2 jours à 4 semaines (Crocq, 2012, p.48).

3-3-3- La réaction différée

Après la résolution des réactions de stress, l'évolution du traumatisme peut prendre différents chemins : soit la personne va reprendre le cours normal de sa vie, après un temps qui variera selon les sujets, et sans qu'il n'y ait aucun symptôme. Soit nous observerons l'apparition des troubles psychiques post-traumatiques quelques jours ou quelques mois après la phase post-immédiate (Benharkat, 2005, pp.123-124).

Pour revenir aux conséquences du traumatisme, O. Fenichel distingue trois cas de figure selon lesquels va évoluer l'état du sujet : « soit il est sain et reposé, et son pare-excitation sera capable de faire face à l'afflux d'excitations. Ou bien il est sain mais conjoncturellement épuisé, et son « pare-excitation » ne pouvant repousser ni filtrer les agressions, il fera une névrose traumatique pure ; Sinon enfin, il s'agit d'un sujet déjà névrosé et dont toute l'énergie sera toujours accaparée par la tâche de maintenir ses refoulements névrotiques, et là, il développera une névrose traumatique colorée ou compliquée par les symptômes de la névrose antérieure » (Crocq, 2000, p. 223).

De ce fait, on peut dire que certains sujets victimes de la même situation traumatisante, réagissent et évoluent de manière différente. D'une part, il y aura des sujets qui s'en sortiront sains et saufs, et sans aucune séquelle. D'autre part, il y aura des sujets qui sortiront de la situation traumatique profondément touchés et blessés, il existe alors chez ces sujets une forte probabilité de développer un trouble de stress post traumatique.

4- Diagnostic différentiel du trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble de stress aigu (TSA), sont caractérisés par l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Puis, par le développement de symptômes de reviviscence envahissants, d'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur, et d'altérations marquées de l'éveil et de la réactivité. Le trouble de stress post-traumatique et le trouble de stress aigu doivent être différenciés :

- 1- Du trouble de l'adaptation : qui est caractérisé par un facteur de stress qui peut avoir toutes sortes de niveaux de sévérité, et qui n'a pas un mode de réponse spécifique. Le diagnostic du trouble de l'adaptation est porté, quand la réponse à un facteur de stress extrême ne répond pas aux critères du TSPT ou du TSA, mais survient en réponse à un facteur de stress qui est légèrement traumatisant (p. ex. départ du conjoint, licenciement).
- 2- Du deuil complexe persistant (dans la section III du DSM-5) : qui est caractérisé par des pensées et des souvenirs intrusifs concernant le défunt, et qui persiste approximativement 12 mois après le décès. A la différence du TSPT, où les symptômes intrusifs et envahissants concernent les événements traumatiques liés à la perte, dans le deuil complexe persistant les symptômes intrusifs se focalisent sur plusieurs aspects positifs de la relation avec lui, et sur la détresse de la séparation (DSM5, 2016).
- 3- D'autres troubles mentaux pouvant survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême : ceux-ci sont caractérisés par un mode de réponse qui répond aux critères d'un autre trouble mental dans le DSM-5 (p. ex. trouble psychotique bref, trouble dépressif caractérisé).
- 4- Du trouble obsessionnel-compulsif : qui est habituellement caractérisé par des pensées intrusives récurrentes, mais ces dernières sont vécues comme inappropriées et elles ne sont pas en lien avec un événement traumatique vécu (DSM5, 2016, p.220).
- 5- Du trouble panique : qui peut être caractérisé par un hyperéréthisme et des symptômes dissociatifs, mais ceux-ci surviennent durant les attaques de panique et ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.

- 6- De l'anxiété généralisée : qui peut être caractérisée par des symptômes persistants d'irritabilité et d'anxiété, mais, à la différence du TSPT et du TSA, ces symptômes ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.
- 7- Des troubles dissociatifs : qui sont caractérisés par des symptômes dissociatifs qui ne sont pas nécessairement liés à l'exposition à un facteur de stress traumatique (mais qui le sont souvent). Des symptômes dissociatifs survenant dans le contexte d'un syndrome complet de TSPT peuvent justifier l'emploi de la spécification « avec symptômes dissociatifs ».
- 8- Des troubles psychotiques (par. ex. schizophrénie) : ils peuvent être caractérisés par des symptômes perceptuels comme des illusions ou des hallucinations. Ces symptômes doivent être distingués des flash-backs du TSPT et du TSA, qui sont caractérisés par des intrusions sensorielles reproduisant des parties de l'événement traumatique, et qui peuvent survenir avec une perte complète de la conscience de l'environnement réel. Ces épisodes sont typiquement brefs mais ils peuvent être associés à une détresse prolongée et à un hyperérétisme exacerbé. Les flash-backs ne sont généralement pas considérés comme des phénomènes psychotiques.
- 9- D'une lésion cérébrale traumatique : elle est caractérisée par des symptômes neurocognitifs qui se développent à la suite d'une lésion cérébrale traumatique. Comme ce type d'événement traumatique peut également entraîner le développement d'un TSA et d'un TSPT, ces deux diagnostics doivent aussi être envisagés.
- 10- De la simulation : qui est caractérisée par l'imitation de symptômes et doit toujours être éliminée quand des bénéfices légaux, financiers ou autres jouent un rôle (DSM5, 2016, p.221).

NB : Le TSPT et le TSA sont différenciés à partir de leur durée. La durée du mode de réponse dans le TSA est comprise entre 3 jours et 1 mois après l'exposition au facteur de stress traumatisant. Celle du TSPT est supérieure à 1 mois.

5- Événement et événement traumatique

Nous allons consacrer ce cinquième point à la définition des concepts de base nécessaires à la compréhension du traumatisme psychique, et qui sont les suivants : l'événement et l'événement traumatique.

5-1- Un Événement

Selon le Dictionnaire Larousse (2003), le mot événement vient du latin « *Evenir* » qui signifie arriver, ce qui se produit, arrive ou apparaît. En psychologie, le mot 'événement' englobe tout ce qui est capable de modifier la réalité interne d'un sujet, fait extérieur, représentation.

Un événement peut être considéré comme base concrète de temps, qui se définit comme « *l'ensemble des relations de successions et de simultanéité entre les événements* ». Et c'est un des sens retenus par la tradition phénoménologique, puisque le temps est conçu à partir de la succession des événements présents observés ou vécus. Selon Jaspers, le psychisme se présente chez chacun comme un courant unique original, indivisible d'événements qui ne se répètent jamais (Ghiglone & Richard, 1999, p.577).

Or, l'événement, selon H. Souki, peut être qualifié d'heureux, de malheureux, d'inattendu, d'exceptionnel ou de commun (Souki, 2002, p.33).

5-2- Événement traumatique

L'événement traumatique peut être défini comme étant « *un événement qui confronte le sujet à une réelle menace de mort ou à une menace pour son intégrité physique ou celle des autres. Il se caractérise par sa soudaineté, sa violence, son intensité et par l'impossibilité pour les personnes et l'institution qui s'y trouvent impliquées d'y résister* » (Romano, 2011, p.3). Il peut provoquer une réaction de stress face à l'événement stressant, et qui serait le résultat de l'accumulation de changements majeurs nécessitant un ajustement, et un travail minutieux d'identification des principaux événements (Varescon, & Sultan, 2012).

Selon Crocq (2012), l'événement traumatique est « *un événement qui implique menace de mort ou altération de l'intégrité physique ou psychique, comme par exemple : une agression individuelle, un viol, un accident grave, une embuscade, un attentat ou une catastrophe* » (Crocq, 2012, p.14).

Ces définitions nous permettront de synthétiser, et de dire que l'événement traumatique est souvent un événement exceptionnel, violent, intense, et inattendu, qui résulte d'une confrontation au « *réel de la mort* » et qui conduit à un bouleversement de l'équilibre institutionnel préalable. C'est pour cela que les survivants d'un trauma vivent avec un

événement inachevable, un événement qui n'a pas de fin, qui n'a atteint aucune conclusion et qui, par conséquent, se poursuit dans le présent des survivants.

De plus, selon le DSM5, l'exposition à un événement traumatique peut survenir d'une ou des façons suivantes : être exposé directement à l'événement, être un témoin direct de l'événement qui survient à un autre, être un témoin indirect (ex : apprendre que l'événement est arrivé à un collègue ou à un proche, ce qui veut dire qu'un événement peut être traumatique même si la personne n'est pas directement sur les lieux). Dans ce cas, l'événement doit avoir été violent ou accidentel, être exposé de manière répétée ou extrême aux détails horribles ou pénibles d'un ou plusieurs événements (DSM5, 2015).

En ce sens, après l'exposition à un événement à potentiel traumatique, il existe une multitude de réactions possibles à différents niveaux du corps. Premièrement, des réactions physiques telles que des maux de tête, douleurs, augmentation du rythme cardiaque, insomnie et fatigue. Deuxièmement, au niveau psycho-émotif, tel que se sentir dépassé, en difficulté de concentration et d'attention, perte de mémoire, tristesse, peur, humeur anxieuse et sentiment de culpabilité. Troisièmement, au niveau comportemental tel que l'isolement, l'irritabilité, des problèmes alimentaires, et plus fréquemment, la surconsommation de différents types de substances psychoactives.

Si après un événement potentiellement traumatisant, certaines personnes n'éprouvent que de déplaisantes réactions de stress ou ne manifestent qu'un éphémère désordre traumatique, d'autres souffrent, quant à elles, de troubles chroniques sous forme de symptômes sporadiques, récurrents ou fixés en névrose traumatique (Josse, 2019). Donc, habituellement, ces réactions sont de courte durée, elles peuvent s'étendre de quelques jours à quelques semaines (inférieur à un mois). Mais lorsqu'elles persistent au-delà d'un mois, elles deviennent pathologiques.

6-Les types de traumatisme psychique

Il existe quatre types de traumatisme psychique : le traumatisme de type I, II, III et IV.

6-1- Les traumatismes de type I

Le traumatisme de type I est rattaché à un événement traumatique unique, isolé, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Ce type de traumatisme est

induit par un agent stressant aigu, non abusif (par exemple : accident, catastrophe naturelle, agression physique). Enfin, le traumatisme de type I peut avoir des conséquences à long terme, elles-mêmes à l'origine d'une souffrance psychique.

6-2- Les traumatismes de type II

Lenore Terr, parle du traumatisme de type II lorsque l'événement s'est répété, ou lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se produire à tout instant durant une longue période de temps, il est induit par un agent stressant chronique ou abusif (par exemple : les faits de guerre, les abus sexuels). Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux traumatismes de type I avec celle qui souffre de traumatismes de type II (Josse, 2006, p.7).

6-3- Les traumatismes de type III

Eldra Solomon et Heide, ont spécifié une troisième catégorie de traumatismes, Elles parlent de traumatisme de type III pour désigner des événements multiples, envahissants et violents, présents durant une longue période de temps, et débutant suite à un agent stressant chronique ou abusif, comme par exemple la torture.

6-4- Les traumatismes de type IV

Certains auteurs proposent aussi une autre typologie de traumatismes. Et ce qui les différencie des types précédents (I, II et III), c'est qu'ils se poursuivent dans le présent.

6-4-1- Les traumatismes simples et complexes

Les traumatismes simples peuvent être définis comme des traumatismes de type I tel que précisé par Terr. C'est à Judith Herman, professeure à Harvard médicale school, que l'on doit la distinction entre traumatisme complexe comme le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne, ou à un groupe de personnes, les traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type III définis par Solomon and Heide (Josse, 2006).

6-4-2- Les traumatismes directs et indirects

6-4-2-1 -Les traumatismes directs

On parle de traumatisme direct lorsque la victime a été confrontée au sentiment de mort imminente (confrontée au réel de la mort) ou de l'horreur de celle-ci. Cette

confrontation peut se faire de deux manières. Soit la victime a été acteur de l'évènement traumatique, soit elle en a été le témoin.

6-4-2-2 -Les traumatismes indirects

Il est aujourd'hui admis qu'un sujet, enfant ou adulte, qui n'a pas subi de traumatisme direct, peut présenter des troubles psychosomatiques consécutifs au contact avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées. Dans ce cas, la rencontre avec la personne traumatisée constitue en elle-même l'évènement traumatique (Josse, 2006).

À partir des éléments présentés précédemment, nous avons pu déduire que le traumatisme psychique est une pathologie complexe, et qui arrive rarement seul. A cet effet, nous proposons de discuter dans les points prochains : l'éthiopathogénie, l'approche explicative du traumatisme psychique, et les troubles qui lui sont associés. Enfin, nous proposerons une prise en charge qui aidera le sujet à faire face à ce trouble.

7- Étiopathogénie du traumatisme psychique

Le traumatisme est toujours lié à un événement, il est le résultat de la réunion de l'évènement exceptionnel avec le sujet, et qui se produit dans un contexte spécifique. Il est d'usage de le dire, mais il n'y a aucune preuve pour prouver que tout le monde peut facilement devenir victime d'une invasion extérieure. Tout le monde (nous ne l'avons pas dit, mais c'est ce que cela semble impliquer) peut également développer un traumatisme psychique. En fait, cette situation est très compliquée et ne peut être appréciée que sur la base de circonstances spécifiques. L'évènement qui cause la pathologie à un sujet, ne peut pas causer la même pathologie à un autre. En d'autres termes, le même sujet qui a été traumatisé aujourd'hui n'aura pas été traumatisé par le même événement hier, et ne le sera pas demain, car cela nécessite un autre événement pour un nouveau traumatisme.

Afin de mieux appréhender l'éthiopathogénie du traumatisme psychique, nous allons présenter quelques facteurs :

7-1-Facteurs tenant à l'évènement

7-1-1- La violence

Le facteur qui se prête à une observation objective dans la majorité des cas est la violence de l'évènement. En revanche, et il est moins facile de comprendre pourquoi, dans l'armée, les soldats les plus exposés au traumatisme psychique sont ceux qui ont la tâche de mettre dans des sacs les corps de leurs camarades tués au combat. Dans ce cas, la violence de leur action résulte essentiellement de facteurs personnels (ils ont toutes les raisons de s'identifier à leurs camarades morts) et de facteurs circonstanciels (ils auraient pu être à leur place). Cet exemple montre que la violence d'un évènement ne relève pas uniquement de critères objectifs (Lebigot, 2005).

On constate que la violence est liée à l'évènement observé par le sujet. Donc, plus l'évènement observé par le sujet n'est violent, plus le risque de développer un traumatisme psychique augmente.

7-1-2- La soudaineté

Ce facteur est généralement plus facile à dégager que celui de la violence. On le retrouve dans la très grande majorité des cas, mais, parfois, il faut savoir le chercher. Par exemple un soldat tendu par l'action lors d'un assaut voit se pointer sur lui une arme de là où il ne l'attendait pas, ou un prisonnier d'un camp de concentration, qui sait toutes les horreurs qu'il s'y pratique, se trouve tout à coup pris au dépourvu par le spectacle même d'une de ces horreurs ou par une brusque menace sur lui, dont il est certain qu'elle va l'anéantir. Nous avons vu chez des otages ayant, depuis un temps déjà long, un revolver collé à la tempe, le trauma se constituer au moment où le canon s'enfonce brusquement dans la peau du crâne, signalant que, cette fois-ci, le ravisseur va tirer. On peut rapprocher ce fait de la quête passionnée de Léonard de Vinci qui courait les supplices pour surprendre le regard de ceux que la mort était en train d'emporter. Peut-être que sa fascination active le protégeait d'un effet de surprise (Lebigot, 2005).

Ce facteur est dit facile à être désigner : la soudaineté, c'est ce qui se produit brusquement, et à l'improviste.

7-2- Facteurs tenant au sujet

7-2-1- La personnalité

Il ne nous est jamais arrivé de conduire une psychothérapie longue d'une névrose traumatique sans que la personnalité du patient ne se découvre rapidement comme pathologique. La dimension narcissique apparaît comme le grand point de fragilité : ce sont des personnalités hystériques ou obsessionnelles, des états-limite ou de grands immatures, ce qui nous en dit moins que les rapports qu'entretiennent ces sujets avec leur image et avec les autres. Dans certaines professions un peu exceptionnelles, on a la surprise de découvrir que des individus, qui ont l'apparence de la force et de l'assurance, sont en fait « des colosses aux pieds d'argile ». Naturellement ce sont eux les plus surpris de ce qui leur arrive quand une névrose traumatique vient les déconstruire. Une même observation concernant des personnalités toujours pathologiques peut être faite en ce qui concerne les névroses traumatiques non traitées et qui prennent d'un seul coup, ou peu à peu, une tournure dramatique. L'inverse n'est pas vrai. Toutes sortes de personnalités se rencontrent chez ceux qui guérissent spontanément et rapidement, mais là, il faut avouer que nous les connaissons mal. Nous connaissons mieux ceux qui n'ont besoin que de quelques entretiens pour sortir de leur trauma avant même que ne s'installe une névrose traumatique. Certes, les personnalités névrotico-normales semblent dominer cette population, mais on rencontre aussi toute sorte de pathologies. Dans ces cas, ces patients semblent avoir un point commun : un authentique désir de savoir. Il est encore plus vrai que des personnalités pathologiques dans des circonstances qui ont blessé psychiquement leur camarade resteront indemnes. Là aussi, nous ne les connaissons pas, et il est bien difficile de dire pourquoi ils n'ont pas été affectés (Lebigot, 2016).

La personnalité du sujet est un facteur très important, ce facteur nous permet de distinguer tous les types de personnalités « pathologiques » en relation avec le traumatisme, et comment le traumatisme induit une pathologie liée à la personnalité.

7-2-2- La biographie

Les facteurs tenant à la biographie regroupent généralement les problèmes de personnalité, mais ce n'est pas ici ce qui est le plus intéressant. Ces patients peuvent se partager en deux catégories, ceux dont la vie est précocement marquée par la violence, violence subie dans l'enfance puis agie à l'adolescence et à l'âge adulte, et ceux qui ont

connu une succession importante de deuils (les deuils récents de personnes proches, frère ou sœur par exemple, sont les plus fragilisants) (Lebigot, 2005).

La biographie d'un sujet nous permet de mieux connaître comment le traumatisme est apparu, car le sujet va se mettre à raconter les grands moments de sa vie (enfance, adolescence, âge adulte et ses rencontres).

7-2-3- Événements de vie, antécédents personnels et familiaux ayant un rapport avec le traumatisme

Les antécédents personnels et même familiaux sont l'un des facteurs qui ont un rapport étroit avec l'événement qui a déclenché le traumatisme chez la personne, cela fait partie de l'anamnèse, qui est importante pour déterminer et diagnostiquer la pathologie.

7-2-4- Le fantasme inconscient

Les psychanalystes insistent beaucoup sur le moment où survient le choc traumatique par rapport au fantasme inconscient, un petit peu comme si, le réseau des signifiants sous la surface du pare-excitations pouvait, en fonction de ce qui le constitue, faire qu'il y ait là un point de fragilité. Ce que l'on rencontre le plus souvent dans cette fonction dont on pourrait dire qu'elle est une fonction d'appel à l'image du réel, ce sont justement des désirs de mort envers un ou plusieurs autres (Lebigot, 2005).

7-3- Facteurs circonstanciels

7-3-1- États physiologiques et psychologiques au moment de l'événement

Fenichel (1945) fait de la fatigue un des éléments les plus déterminants pour que puisse se constituer un traumatisme psychique. Selon lui, à l'époque, c'était surtout l'observation du milieu militaire qui fournissait ces constatations, il s'agissait pour lui de la fatigue physique, mais dans les armées, on constate aussi l'importance de la fatigue morale, de l'ennui, de la position passive ou défensive de la troupe. Plus généralement le stress est, bien évidemment, un facteur déterminant, depuis le stress banal et passager dû à une journée éprouvante jusqu'au stress majeur des camps de concentration ou des prises d'otage de longue durée. Les périodes dépressives sont un facteur de vulnérabilité que les intéressés savent très bien repérer après coup (Lebigot, 2016).

7-3-2- La blessure physique

Les maladies physiques ou une convalescence après une opération chirurgicale peuvent également favoriser l'advenue d'un traumatisme, de même que les blessures physiques. C'est évidemment le cas pour les soldats en période de guerre. Une blessure physique, pas forcément importante, entame leur « illusion d'immortalité ». Ils comprennent tout d'un coup que leur enveloppe corporelle ne les protège pas de grand-chose, si parfaite qu'elle leur soit un jour lointain apparue (Lebigot, 2016).

7-3-3- La déchéance morale

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, le moment traumatique a donné au sujet le sentiment puissant et amer d'être devenu un animal ou un objet. Dans certaines circonstances, ce sentiment précède le trauma et constitue un facteur de vulnérabilité. Les psychiatres des prisons connaissent bien ce phénomène dans la population carcérale. Cela s'observe aussi chez des gens en situation d'humiliation individuelle, voire de dégradation. Leur parole ne vaut plus rien et sans doute, pour cette raison, va-t-elle plus facilement les désertir en cas de menace vitale (Lebigot, 2016).

La déchéance morale est l'état de quelqu'un qui est déchu, dégradé. Et dans certaines circonstances, ce sentiment peut précéder le traumatisme et constituer un facteur de vulnérabilité chez le sujet.

7-3-4- Mauvais fonctionnements d'un groupe

Cette observation se fait particulièrement dans les armées. Lorsque dans un groupe qui est démoralisé, qui n'a pas confiance en son chef, et qui est traversé de conflits interpersonnels, les individus deviennent vulnérables. Chez « les soldats de la paix », la démoralisation est d'autant plus prompte à s'installer que la mission a perdu son sens : ces jeunes hommes venus pour protéger les victimes s'aperçoivent que les règles mêmes de leur engagement leur interdisent de faire quoi que ce soit d'efficace comme de tirer sur les agresseurs (les bourreaux) (Lebigot, 2016).

8-Approches psychopathologiques du traumatisme psychique : Approche psychodynamique

Le fait que le traumatisme psychique soit une pathologie complexe, a incité plusieurs auteurs des différentes approches à l'expliquer. Mais ici, dans notre travail, nous tenterons d'expliquer ce trouble selon l'approche que nous avons adoptée dans notre thématique de recherche (l'approche psychodynamique).

Dès les origines, la psychanalyse a mis au centre de ses recherches la question des traumas psychiques, mais d'une conception différente. Les psychanalystes estiment que ce n'est pas l'événement externe dans sa plus ou moins grande violence qui définit le trauma, mais c'est l'écho-psychique de cet événement. Pour cela, bien que l'événement ait son importance, mais c'est l'état psychique, autrement dit, la barrière de défense qui reçoit cet événement qui va déterminer l'intensité du trauma (Cyrulnik & Duval, 2006).

Freud quant à lui, a conféré au traumatisme psychique un rôle déterminant dans l'étiologie de l'hystérie. Ainsi, il développa tout d'abord en 1892 dans les « *Etudes sur L'Hystérie* » (1895), une théorie dite pan-traumatique (cité par Barrois, 1988), où névrose hystérique et névrose traumatique étaient toutes les deux déclenchées par un même mécanisme, et du point de vue de la psychopathologie, elles se confondaient : « Dans la névrose traumatique, la maladie n'est pas vraiment déterminée par une passagère blessure du corps, mais bien par une émotion : la frayeur, par un traumatisme psychique » (Freud, 1895).

Par ailleurs, Freud en 1893 dans sa communication préliminaire va reprendre à son compte les hypothèses de Janet concernant le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme, le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient, et a appelé la souvenance brute de l'événement : « réminiscence », terme adéquat que Janet n'avait pas su trouver (Chidiac & Crocq, 2010).

De plus, en 1895, Freud développe l'hypothèse suivante « le traumatisme est de nature sexuelle ». C'est la théorie de séduction ; l'enfant a subi une tentative sexuelle de la part d'un adulte dont il n'a pas pu comprendre la signification du fait de son immaturité sexuelle. (Ghiglioni & Richard, 1999, p.584). Plus tard, en 1897, il abandonne « la neurotica » et donc le traumatisme de séduction précoce par un adulte. Ce rejet lui permet de remplacer la réalité de l'événement par celle du fantasme, le danger traumatique devient essentiellement interne et

d'ordre pulsionnel, ce qui demeure par la suite sa préoccupation centrale (Samai-Haddadi, 2010).

Encore, en 1920, dans son essai « *Au-delà du principe de plaisir* », Freud va préciser les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. De même, il va utiliser une métaphore économique pour figurer ce qu'il appelle « effraction traumatique ». Il a utilisé l'image de la « vésicule vivante » système énergétique en constant remaniement protégé en surface par le « pare-excitation » tenant d'expulser, de décharger ces stimulations devenues internes (Crocq, 2014).

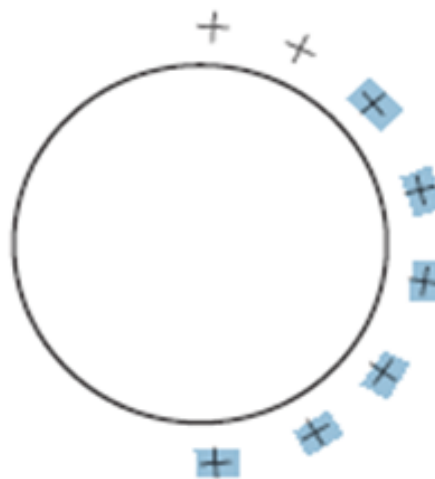


Figure 03 : Appareil psychique (Lebigot, 2005)

À l'intérieur de cette vésicule ne circulent que de petites quantités d'énergie, allant d'une représentation à l'autre dans le réseau qu'elles constituent, selon les lois du « principe de plaisir ». De grosses quantités d'énergie arrivant de l'extérieur risqueraient de perturber gravement ce fonctionnement ; aussi le « pare-excitations » est-il chargé d'énergie positive destinée à repousser les énergies en excès qui pourraient venir frapper l'appareil psychique. Cette charge positive à la surface de la vésicule est renforcée quand il y a production d'angoisse (Lebigot, 2005, p.10).

De son côté, Ferenczi (1930) pensait que la première réaction à un choc était de l'ordre d'une « psychose passagère » impliquant une rupture d'avec la réalité ; sous l'impact, il se produisait d'abord une « hallucination négative », vertige ou brève perte de conscience, immédiatement suivie d'une « compensation hallucinatoire positive » apportant l'illusion du plaisir (Crocq, 2014, p.17).

Ensuite, sous l'effet du choc, une partie de la personnalité va désormais vivre pour son compte et chercher d'autres issues que celle du symptôme psychonévrotique (Ferenczi réinvente ici la « dissociation » de Pierre Janet). Et il présente une « psychologie de la commotion psychique comme vécu d'effondrement narcissique du sentiment d'invulnérabilité et comme expérience d'anéantissement du sentiment de soi ». La conséquence immédiate du traumatisme est l'angoisse, relative à l'incapacité à éliminer ou éviter l'agression. Seule l'autodestruction de notre cohésion psychique – unique solution accessible – peut nous délivrer de l'angoisse, évitant la destruction totale et promettant une reconstitution de soi à partir des fragments (Crocq, 2012, pp. 26-27).

En outre, la psychanalyse, décrit le traumatisme comme : « événement qui, par sa violence et sa soudaineté, entraîne un afflux d'excitation suffisant à mettre en échec les mécanismes de défense habituellement efficaces, le traumatisme produit le plus souvent un état de sidération et entraîne à plus ou moins long terme une désorganisation dans la vie psychique » (Dictionnaire international de psychanalyse, sous la direction de De Mijolla, 2002). Ici, le trauma est une effraction dans l'appareil psychique, mis à mal dans son système de défense en raison de la force des stimulations générées par la situation de menace ou de danger physique ou psychique pour la personne qui la vit directement ou indirectement.

De même, et selon le schéma métaphorique du trauma : le trauma provient d'une menace vitale qui surprend le sujet quand il est en état de repos. L'élément de surprise est, pour Freud, fondamental. La charge positive à la surface du pare-excitation étant, à ce moment-là, faible, l'image qui véhicule la menace vitale va pouvoir pénétrer à l'intérieur de l'appareil psychique et s'y incruster (Lebigot, 2005, p.11).

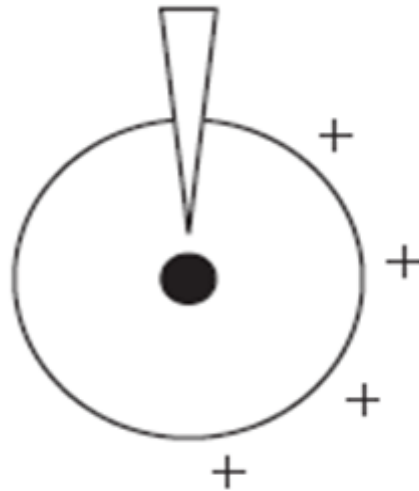


Figure 04 : Le trauma (Lebigot, 2005)

En ce sens, lorsque survient un événement traumatique, le moi se trouve brusquement confronté à un réel qu'il ne peut qualifier et auquel il ne peut donner un sens et cela se justifie par l'absence de l'angoisse ou l'impréparation du psychisme. En conséquence « un corps étranger interne » hétérogène au contenu de l'appareil psychique va désormais se trouver au cœur de la vésicule vivante.

Donc, l'angoisse est une préparation psychique contre le trauma ; le sentiment de l'irréalité de ce qui arrive est aussi un mode d'autoprotection. Ce sont à la fois des mécanismes salvateurs, une possibilité de faire momentanément face à l'événement traumatogène, et en même temps des symptômes pathologiques et invalidants (Cyrulnik & Duval, 2006, pp.213-214).

Pour conclure, dans la théorie psychanalytique freudienne, le traumatisme occupe une place fondamentale, notamment lorsqu'il s'agit d'expliquer l'étiologie de la névrose. Selon Freud, le traumatisme était expliqué par les conséquences de l'expérience délétère qui était la source des excitations (soit pulsionnelles internes « conflit » ou externes « événement ») tellement fortes que les moyens psychiques normaux et habituels ne pouvaient l'endiguer, ce qui entraînait l'apparition de troubles psychiques (Pedielli & Mariage, 2015).

9-Les troubles associés au traumatisme psychique

Les troubles associés, autrement dit comorbidités, désignent la présence en même temps, d'un ou de divers troubles secondaires s'ajoutant au trouble primaire, chez un même individu. Il existe une association fréquente entre les troubles psychotraumatiques et de nombreux troubles d'allures somatiques, dépressives, pseudo-déclarante et des troubles de conduites. On trouve ainsi :

- Des troubles somatiques avec asthénie physique et psychique, difficultés sexuelles (impuissance, frigidité...), conversions, céphalées, troubles fonctionnels digestifs, ulcères, aménorrhées, troubles psychosomatiques (asthme, ulcères, aménorrhées, eczéma, psoriasis, diabète), plaintes somatiques diverses. Ces troubles somatiques sont bien souvent au premier plan et les patients atteints sont fréquemment adressés par le corps médical.
- Des troubles névrotiques avec développement de phobies ou de rituels protecteurs vérificateurs.
- Des troubles de conduite avec anorexie, boulimie, tabagisme, alcool, drogue, conduites violentes. Les troubles de l'irritabilité sont très fréquents et peuvent se manifester par une forte agressivité avec l'entourage, ce qui complique généralement le tableau clinique.
- Des troubles dépressifs qui se manifestent au travers d'épisodes dépressifs majeurs, de deuils traumatiques ou d'idées suicidaires. La co-morbidité avec la dépression est très fréquente, elle peut voiler la spécificité du tableau psychotraumatique.
- Des délires post-traumatiques que l'on peut retrouver dans des situations très spécifiques (Chahraoui, 2014. pp. 17-18).

Selon le DSM 5 (2015), les individus souffrant d'un TSPT ont 80 % plus de risques que ceux sans TSPT d'avoir des symptômes répondant aux critères diagnostiques d'au moins un autre trouble psychique (p. ex. dépressif, bipolaire, anxieux ou de l'usage d'une substance). La comorbidité avec un trouble de l'usage d'une substance et un trouble des conduites est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Bien que la plupart des jeunes enfants souffrant d'un TSPT aient aussi au moins un autre diagnostic, les patterns de comorbidité sont différents de ceux observés chez les adultes, avec prédominance du trouble oppositionnel avec provocation et de l'anxiété de séparation. Enfin, il y a une comorbidité

considérable entre TSPT et troubles neurocognitifs majeurs avec certains symptômes qui sont communs à ces troubles (DSM 5, 2015, p.361).

10-La prise en charge du traumatisme psychique

La prise en charge d'un sujet souffrant de l'état de stress post traumatique est aujourd'hui mieux systématisée. Car, elle repose sur des mesures psychothérapeutiques susceptibles d'être complétées par la prescription de médicaments.

Les objectifs sont clairs et répondent à la souffrance exprimée par le patient : limiter l'évitement mental et comportemental qui empêche le souvenir traumatique d'être intégré et traité comme un souvenir habituel. Sur le plan médicamenteux, c'est selon les besoins du patient. Ils ont toutefois une efficacité limitée, purement symptomatique.

10-1-Les soins immédiats

C'est une intervention précoce, elle est désormais comme une intervention sur le terrain :

Les soins immédiats ou ce que les spécialistes appellent « le débriefing précoce » ou bien « le defusing » ou ce que M. Vitry traduit par « le déchoquage psychologique », se pratique sur le terrain même de l'événement pendant les premières heures. Ces actes sont assurés par des infirmiers, des psychologues et des psychiatres (Vitry, 2000, p.322).

Cette intervention vise donc à reprendre contact avec le sujet, le sortir de ce cauchemar éveillé, à lui parler simplement, à le toucher, à lui demander de s'exprimer comme le dit Lebigot (1999) « c'est lui adresser un message implicite ; revenez avec nous dans la communauté des vivants » (Lebigot, 1999, cité par De clercoq & Lebigot, 2001).

10-2- Les soins post-immédiats

Cette technique a été développée par Turnbull en 1995, qui démarre d'une séance où le sujet, doit prendre le temps nécessaire pour parler de l'événement traumatique qui va être et doit être au centre de l'entretien, il doit être revu minutieusement, au niveau des faits, des émotions, des pensées...etc. Le débriefing individuel est indiqué juste après l'événement traumatique ou bien au moment où apparaît le syndrome de répétition, ou

encore dans le cas où la névrose traumatique prend tout d'un coup un cours dramatique, après quelques années d'évolution (Lebigot, 1998, p.340).

10-3-Prise en charge psychologique

Les soins psychologiques apportent une aide afin que le patient puisse gérer sa souffrance. Les buts de la prise en charge psychologique sont d'éduquer le patient pour qu'il ait des comportements plus adaptés à sa situation de malade. Dans ce sens, la prise en charge psychologique des traumatismes psychiques, permet une meilleure compréhension des mécanismes qui favorisent la résurgence des souvenirs douloureux, et permettra, à terme, de prévenir, soulager voire guérir ces troubles.

10-3-1-Prise en charge psychodynamique

Nous discuterons maintenant de la base théorique qui permet de traiter une personnalité traumatique complexe par des méthodes psychodynamiques, puis nous utiliserons plusieurs agents de vignettage clinique pour clarifier ce point et lister les indications de ces thérapies. Ces recommandations s'appliquent également au syndrome de stress post-traumatique (TSPT).

Les thérapies psychodynamiques se réfèrent peu ou prou à la psychanalyse freudienne qui, après le renoncement de Freud à sa « neurotica », va davantage s'intéresser à la réalité psychique qu'à la réalité, notamment traumatique. La théorisation lacanienne, en revanche, retient un concept essentiel dans son élaboration théorique : la « réalité crue », laquelle n'est pas symbolisable. C'est pour éviter ces confusions que nous parlons d'événement(s) traumatique(s) et non de trauma ou traumatisme. Car la question du trauma est un point d'achoppement important qui perdure dans les discussions passionnées sur l'étiologie possiblement traumatique de certains troubles de la personnalité. (Lopez, & Kadi, 2020).

La psychothérapie débute à l'occasion de l'apparition du syndrome de répétition, donc plusieurs semaines, mois, voire années après l'événement. Dans le psychisme, l'image traumatique occupe la place de « l'objet perdu » de Freud (Lebigot, 2001).

La thérapie psychodynamique est un travail psychique du réel, de l'événement, du traumatisme vécu ici et maintenant, et où l'intervention du psychothérapeute tente de parer au refoulement, à la fixation des événements violents et traumatisants actuels, et non seulement le patient doit « liquider » son expérience traumatique dans une parole

cathartique, mais encore trouver un sens personnel à cette expérience (Simonet & Daunizeau, 2002).

10-3-2-La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :

Le travail de cette thérapie vise à mettre à jour le système habituel de croyances du sujet, puis ses croyances concernant la signification de l'événement et les attributions qu'il lui fait, de manière à l'identifier puis à le modifier (restructuration cognitive). Donc on considère que l'expérience du traumatique n'est pas le reflet pur et simple de l'évènement lui-même mais le résultat de l'interprétation (Lebigot, 2001).

Donc, elle est une méthode récente qui permet la prise en charge des sujets victimes d'un traumatisme. Les thérapies cognitives consistent à associer à la fois des méthodes de modification des pensées et des émotions, à des prescriptions d'affrontement direct des situations (Sabouraud-Séguin, 2002, p.106).

10-3-3-Prise en charge avec EMDR

Le « eye movement desensitization reprocessing » (EMDR) est une méthode thérapeutique inaugurée par Francine Shapiro en 1989 et qui consiste à utiliser les mouvements oculaires contrôlés pour décharger la conscience de ses affects pathologiques. En une dizaine d'années, l'EMDR a trouvé son indication privilégiée dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT), donnant lieu à un grand nombre d'études. Dans le domaine de la prise en charge des victimes, la thérapie EMDR bénéficie de résultats convaincants et d'études expérimentales contrôlées qui mettent en évidence son efficacité. La recherche dans les dix prochaines années devrait se centrer sur les mécanismes d'action de la thérapie EMDR et sur son application à d'autres affections que l'ESPT.

La thérapie EMDR est ainsi une méthode thérapeutique qui consiste à utiliser les mouvements oculaires associés au rappel d'événement traumatique qui permettraient une restructuration de la mémoire ; la création de nouvelles cognitions, et en conséquence une modification des affects liés au souvenir traumatique. Pour expliquer le fonctionnement de cette thérapie un parallèle est à faire avec les mouvements oculaires rapides du sommeil paradoxal, pendant lequel les expériences psychiques de la journée sont traitées. Le souvenir traumatique non « digéré » ; jusqu'alors et revenant sans cesse, est alors intégré avec une émotion plus adaptée (Tarquinio, 2007). Aujourd'hui, on considère l'EMDR comme une

méthode d'exposition et de thérapie cognitive comparable au travail effectué au cours des TCC classiques.

10-4-Prise en charge médicamenteuse

Le traitement médicamenteux du traumatisme psychique est prescrit une fois le diagnostic établi. Le traitement s'attache à traiter les symptômes spécifiques du traumatisme psychique (reviviscence et évitement, ainsi que d'autres troubles associés, notamment la dépression et l'anxiété). Donc, nous allons citer les molécules principalement utilisés pour traiter le trouble : la sérotonine (Fluoxétine, Paroxétine, Sertaline, citalapram), qui modulerait l'hyperstimulation du circuit de la peur. Puis les antidépresseurs (venlaxine, Mirtazapine), ainsi les antipsychotiques atypiques prescrits à petites doses et en association avec les antidépresseurs, ils se montrent utiles notamment pour traiter les reviviscences, l'agressivité, et les troubles du sommeil (Risperidone, Olanzapine, quétiapine). Ainsi que les thymorégulateurs (Lamotrigine, Carbamazépine, valproate, Topiramate, Grabapentin, Tiagabine, Lithicem), qui sont considérés comme des stabilisateurs de l'humeur. Enfin les benzodiazépines, dont l'utilisation est très discutée dans le cadre d'ESPT. En effet, si elles ont peu d'action sur l'état de stress aigu, elles ont encore moins d'effets sur l'ESPT (Kédia, et al, 2013).

Les généralités exposées sur le traumatisme psychique nous apprennent que ce dernier est une expérience lourde à vivre, et que chacun de nous peut subir à n'importe quel âge. Le traumatisme psychique arrive rarement seul, il est fréquemment accompagné de troubles addictifs, notamment aux substances psychoactives (Les troubles addictifs sont le deuxième trouble associé à le TSPT après la dépression).

Section 02 : La trajectoire de vie des personnes addicts

Le but de cette section est de revenir sur le lien entre le psychotraumatisme et les addictions. En effet, les événements de vie difficiles, notamment ceux à caractère traumatique et vécus durant l'enfance ou l'adolescence interviennent souvent dans les addictions présentés par les patients.

L'étude des parcours de vie (trajectoire de vie) porte sur les événements, étapes et transitions vécus par les personnes dans les différents domaines de la vie. Pour cela et afin de mieux connaître leurs impacts sur le recours à l'addiction, nous allons consacrer cette

deuxième section à la présentation de la revue de littérature, qui sera argumentée par des études qui ont déjà été faites par plusieurs chercheurs sur le sujet addict et son histoire de vie difficile. Mais avant cela, nous présenterons la notion de trajectoire de vie.

1-La notion de trajectoire de vie

Il s'agit d'une notion récente dans la société occidentale contemporaine. La trajectoire de vie est l'étude multidisciplinaire et interdisciplinaire du déroulement des vies individuelles (Cité par, De Montigni & De Montigni, 2014).

Selon Dannefer (2003), l'expression de « parcours de vie » (life course) est utilisée tant pour définir un paradigme scientifique multidisciplinaire qui étudie le déroulement de la vie humaine dans son existence temporelle et dans son cadrage socio-historique, qu'un concept sociologique (Dannefer, 2003, cité par, Cavali, 2007).

En outre, la trajectoire peut être narrative, c'est-à-dire que la subjectivité de l'individu dans la construction de son parcours de vie est centrale (Bertaux, 2010). Selon Kohli (1986), une biographique est une histoire racontée en temps réel sur des événements du passé d'une personne et de sa vision de l'avenir. En effet, les trajectoires narratives mettent en lumière la perception des acteurs des points tournants et des transitions de leur parcours de vie (Cité par, De Montigni & De Montigni, 2014).

Enfin, la trajectoire de vie c'est l'étude de la ligne de vie d'un individu, qui est caractérisée par une série d'événements vécus et qui renvoie à un changement chez celui-ci.

2-Psychotraumatisme et addiction : Revue de la littérature

« Si vous pensez à un événement traumatique en fumant votre cigarette, vous pouvez y penser encore mieux » (Beckham, 2009). Cette déclaration du Dr Beckham, spécialiste de l'ESPT, pointe le lien significatif existant entre ESPT et addiction (Cité par, Tarquinio&Montel, 2014, p.119). .

Le syndrome de stress post traumatique est caractérisé par des réactions intenses, désagréables, et dysfonctionnelles qui apparaissent après un événement traumatisant accablant. Cet événement mettant la vie en danger, ou entraînant une blessure grave, peut causer une souffrance durable et intense. En ce sens, la personne affectée peut revivre

l'événement, et faire des cauchemars. Et pour éviter ou diminuer cette souffrance, le sujet cherche des stratégies qui vont lui permettre de faire face à cette situation difficile.

De ce fait, le syndrome de stress post-traumatique (ESPT) se traduit par des reviviscences de situations vécues comme traumatisantes dans le passé, de l'anxiété, de l'irritabilité ou encore des insomnies. Fréquemment, les patients essaient d'amoindrir ces troubles par une addiction quelle qu'en soit la forme. En effet, on estime que jusqu'à 60 % des personnes souffrant d'une addiction ont également un syndrome de stress post-traumatique (Tarquinio&Montel, 2014, p.119).

De même, la psychiatre et psychothérapeute Muriel Salmonanous donne une définition plus synthétique : *«Ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique. Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge, ils entraînent une grande souffrance morale liée à des réminiscences (mémoire traumatique) avec la mise en place de conduites d'évitement (pour y échapper : phobies, retrait), des conduites d'hypervigilance pour tenter de les contrôler et des conduites dissociantes pour tenter de les auto-traiter (conduites à risque et conduites addictives anesthésiantes) »*(Cité par, Morel, 2019, p.271).

Cette définition proposée par Salmona nous permet de conclure que L'ESPT est un trouble psychique dû à un événement traumatique, ayant mis l'intégrité physique et/ou psychique d'un individu en danger. Cet événement peut revenir en mémoire de façon incontrôlée, avec la mise en place de différentes conduites notamment les conduites dissociantes par le patient telles que les conduites addictives, et cela dans le but d'auto-traiter son état de stress post traumatique.

Encore, au niveau phénoménologique et épidémiologique, le lien entre traumatisme et addiction est étudié depuis la guerre du Vietnam, le trauma apparaissant souvent antérieurement à l'addiction (Bremner *et al.*, 1996, Cité par, Sinanian, et al, 2014). De même, l'ESPT apparaît rarement de façon isolé. Les données révèlent que 80 % des patients souffrant de l'ESPT souffrent également d'un trouble mental concomitant. Les plus fréquents sont les troubles dépressifs majeurs, les troubles anxieux et l'abus ainsi que la dépendance à l'alcool (Kessler *et al.*, 1995, Cité par, Tarquinio&Montel, 2014).

De plus, La co-occurrence du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et des addictions est très fréquente. L'objectif des sujets atteints de cette comorbidité est clair et commun : oublier ou trouver une panacée à la douleur mentale par les substances psychoactives. C'est pour cela que : plus cette douleur associée au traumatisme psychique est insupportable, plus le risque de développer des troubles addictifs augmente.

Également, des maltraitements infantiles, des événements marquants tels que le viol, abus sexuel, etc., sont des événements qui laissent des séquelles, et qui affectent le psychisme de l'individu qui en est touché. Ces événements de vie difficiles, peuvent se reproduire à différents moments de la vie et conduire à l'apparition d'une souffrance psychique extrême. Pallier cette souffrance renforce encore l'idée de comment une personne qui souffre d'ESPT traverse le chemin vers les addictions, et en particulier à la surconsommation des différents types de substances psychoactives.

En ce sens, de nombreux auteurs ont démontré la fréquence des troubles de type abus et dépendance à une substance chez les sujets ayant été soumis à un événement traumatique prolongé, comme la guerre ou les agressions sexuelles répétées dans l'enfance ou à l'adolescence (Bremner, 1996 ; Schulte, 1995. Cité par, Kédia, & Sabouraud-Séguin, 2020).

D'après la revue de littérature, les différentes théories psychodynamiques et neurobiologiques tentent de rendre compte des mécanismes par lesquels l'exposition au stress conduit à des troubles addictifs, en particulier lorsque le trauma est vécu à des étapes clés du développement de la personne (Morel, 2019, p.273).

En outre, Les liens entre abus de drogues et psychotraumatismes sont aussi intenses que complexes, et les deux pathologies s'intriquent au point de constituer un tableau global notamment dans le cadre de personnalités limites ayant subi des traumatismes. Les interactions et les conséquences sont multiples : structurelles, pathologiques, comportementales, et cognitives (Morel, 2019).

Par ailleurs, certaines expériences traumatiques avec des substances peuvent également aggraver et entretenir le stress. Des substances peuvent en effet déclencher des expériences particulièrement intenses désignées couramment sous le vocable de *bad trip* et qui constituent de véritables traumatismes psychiques lorsqu'elles associent une angoisse d'effondrement

psychique à une alexithymie rendant difficile le débriefing de telles expériences (Morel, 2019).

Pour conclure, la comorbidité entre l'ESPT et les troubles addictifs peut être vue sous deux angles différents ; du point de vue du sujet qui souffre, et qui considère que les substances psychoactives sont une solution « miracle » pour oublier la souffrance. De l'autre côté, il y a le point de vue du thérapeute, qui estime que les troubles addictifs viennent compliquer et aggraver encore plus la situation du traumatisme et rendent sa prise en charge difficile.

3-Psychotraumatisme et addiction: Etudes antérieures

Depuis toujours, les addictions sont considérées comme l'une des problématiques majeures qui touchent la santé publique, ce qui a poussé de nombreux auteurs à réaliser des recherches sur les sujets addicts. Parmi ces recherches, nous en proposons les suivantes :

Levin et al (2021), est une étude menée sur « l'association entre le type de traumatisme, le niveau d'exposition et la dépendance ». L'objectif de cette recherche est d'explorer les associations entre les traumatismes interpersonnels et le risque de comportements addictifs, stratifiés par type de traumatisme (physique, arme, agression sexuelle et combat), et le niveau d'exposition (direct, indirect). Les chercheurs se sont concentrés sur un large éventail de substances et de comportements. Les données de cette recherche ont été recueillies à partir d'un échantillon représentatif en ligne de 4015 répondants, y compris la liste de vérification des événements de la vie (LEC-5), les troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues, et les mesures des dépendances comportementales, ainsi que les données sociodémographiques. Les résultats ont démontré qu'il y a une différence substantielle entre les types de traumatismes et le risque de dépendance. Parmi les personnes exposées à l'agression sexuelle, le risque de trouble lié à la consommation d'alcool s'est révélé de 15,4 %, IC à 95 % [14,4-16,4 %], comparativement à 12,1 %, IC à 95 % [11,3-12,8] chez les personnes exposées à des traumatismes liés au combat. L'exposition directe et indirecte au trauma s'est trouvée sensiblement liée au risque de dépendance. Bien que l'exposition directe ait été le plus fortement associée aux dépendances dans plusieurs types de traumatismes, dans le cas des traumatismes liés au combat, l'exposition indirecte était plus fortement associée à la dépendance à l'alcool et à la pornographie (14,5 %, IC à 95 % [13,2 à 15,8 %] et à 10,0 %, IC à 95 % [6,3-15,0 %],

respectivement) comparativement à l'exposition directe (10,7 %, IC à 9,9-11,6 %) et 7,4 %, IC à 95 % [4,7 à 11,6 %], respectivement). Ces résultats mettent l'accent sur la forte association entre le type de traumatisme, le niveau d'exposition et la dépendance. À partir de ces résultats les chercheurs ont pu conclure qu'il y a une forte association entre tous les types de traumatisme et le risque de plusieurs dépendances spécifiques à la substance et au comportement. Et plus précisément, le rôle de l'exposition indirecte aux traumatismes est mis en évidence.

A partir de cette étude, on peut dire qu'il existe un lien étroit entre le type de traumatisme, le niveau d'exposition, et les troubles addictifs. L'exposition directe à l'agression sexuelle par exemple (traumatisme de type I) augmente plus le risque de développer le TSPT que dans le cas d'une exposition indirecte. A l'inverse, dans le cas de combat (toujours dans le même type), c'est l'exposition indirecte qui augmente le risque de développer le TSPT.

Une autre étude réalisée par, Eli Kpelly et al, en 2020, en France, intitulée « L'influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues ». Cette étude vise à examiner l'influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans l'étiologie des addictions aux substances psychoactives. La recherche a été portée sur 120 participants, dont 60 sujets dépendants aux drogues (âge moyen = 33,67 ans et écart type = 13,47) et 60 de leurs frères et/ ou sœurs (âge moyen = 25,37 ans et écart type = 5,79) sans antécédents addictifs, y compris les addictions sans drogues. Les résultats démontrent que les sujets qui développent les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives disposent des styles d'attachement insécures et désorganisés. En outre, le nombre élevé de psychotraumatismes semble influencer la consommation de drogues (autre que le tabac et l'alcool).

Dans la même année, Stéphanie Laconi, et Henri Chabrol ont étudié « Événements traumatogènes, âge de survenue, symptômes anxio-dépressifs et comportements addictifs ». L'objectif principal de cette étude était d'examiner la répartition des événements traumatogènes auprès d'un échantillon de jeunes adultes ainsi que d'étudier leurs liens avec les conduites addictives, les symptômes dépressifs et certains troubles anxieux. Cette recherche a été effectuée sur un échantillon de 735 participants, âgés de 18 à 35 ans (M = 22,6 ; DS = 4) qui ont répondu à un questionnaire diffusé sur Internet. Des sous-groupes ont été définis en fonction du type d'événement afin d'identifier les groupes à risque. Les chercheurs ont pu montrer que plus de 90 des répondants avaient vécu au moins un

événement traumatogène au cours de leur vie et 20% d'entre eux présentaient un état de stress post-traumatique possible. Il y avait donc une corrélation importante entre événement traumatogène, les symptômes anxieux et dépressifs, et les comportements addictifs.

Ces études ont été faites dans la même année, sur le parcours de vie des sujets addicts, mais sur des thématiques différentes, ce qui prouve que l'histoire de vie des addicts est difficile. Nous retiendrons de la première étude que le type d'attachement joue un rôle essentiel dans le développement des comportements addictifs, notamment l'attachement de type insécure. De la deuxième, nous retiendrons aussi que les sujets addicts ont vécu au moins un événement traumatique au cours de leur vie.

En 2019, Achelli, dans sa thèse de doctorat, effectuée en France, a étudié « Dépendance aux opiacés et stress post traumatique ». L'objectif de cette thèse était d'étudier les facteurs de risque post-traumatiques auprès de patients héroïnodépendants sous traitement de substitution à travers 2 études transversales. Les deux études ont concerné un ensemble de 100 patients héroïnodépendants sous TSO durant leur traitement dans des CSAPA de la région francilienne (Étude 1 n=30, Étude 2 n=70). Le chercheur a posé l'hypothèse que, « la dépendance aux opiacés est corrélée aux événements traumatiques, à des troubles psychiatriques et à des déterminants sociodémographiques ». Les patients ont répondu à des entretiens structurés et à un dossier de questionnaires validés pour évaluer les caractéristiques sociodémographiques, le vécu traumatique et ses conséquences psychopathologiques. La première étude montre que la dépendance aux opiacés est positivement corrélée à la situation sociale, aux symptômes dissociatifs actuels et d'hyperréactivité du TSPT. La seconde étude souligne des corrélations positives entre la dépendance aux opiacés et la situation sociale, les symptômes du trouble panique vie entière, trouble dissociation péri-traumatique et du TSPT. Ainsi chercheur a pu à la fin confirmer son hypothèse.

Encore, une étude réalisée en Algérie (CHU de Bejaïa), par Bodebza, Abassi, Taliba et Adja, intitulée « Psychotrauma, addiction et voie vers la résilience ». L'objectif de cette étude était que le sujet puisse apprivoiser son trouble pour se reconstruire, découvrir d'autres sources de plaisir sans recourir à la drogue. Les chercheurs estiment jusqu'à 60% de comorbidité entre PTSD et addiction. Il s'agit d'une étude prospective descriptive de patients suivis au centre intermédiaire de soins de l'addictologie (CISA), souffrants de cette comorbidité sur une période de 18 mois (février 2018 - aout 2019). Les résultats ont démontré que ce travail a permis aux chercheurs d'atteindre leur objectif et de constituer un microprojet

comprenant des tâches et des activités spécifiques et générales élaborées avec les patients, on en citera par exemple : initiation au secourisme, randonnées, self défense en plein air. Les chercheurs ont constaté l'implication de tous les participants, ainsi qu'un changement de vie pour certains dont déménagement, sevrage et mariage.

Dans cette étude algérienne, on peut dire que concevoir une résilience à l'addiction présuppose qu'il y a un traumatisme intérieur à la consommation. Nous sommes d'accord avec l'idée proposée par les chercheurs qui dit que les sujets addicts peuvent découvrir une autre source de plaisir sans forcément recourir à la drogue. Mais, il est également possible qu'ils rechutent à un moment ou à un autre de leur vie.

De plus, en 2018, C. Hingady et al, ont mis en place une étude sur l' « Impact du traumatisme sur le profil de la toxicomanie et de la psychopathologie chez les femmes dépendantes de l'alcool ». Cette recherche vise la description du type de traumatisme chez les femmes dépendantes, son objectif principal était de comparer deux groupes de femmes dépendantes de l'alcool, avec et sans antécédents de traumatisme (en terme de dépendance et de caractéristiques psychopathologiques). Les chercheurs estiment que les traumatismes subis tout au long de la vie augmentent le risque de dépendance à l'alcool, en particulier chez les femmes. Pour vérifier cette hypothèse, les chercheurs ont évalué la dépendance (durée de la dépendance, quantité d'alcool consommée, toute dépendance associée), et les caractéristiques psychopathologiques (antécédents de traumatismes, comorbidités psychiatriques, score de dépression, score d'anxiété, dissociation et alexithymie), par « entrevue semi-structurée et échelles normalisées ». Les résultats ont montré que les femmes traumatisées consommaient beaucoup plus d'alcool (18 verres contre 12 verres, $P=0,04$) et préféraient l'alcool plus fort (hypothèse confirmée). (79% du groupe traumatisé buvait quotidiennement et surtout des spiritueux forts contre 42% dans le groupe non traumatisé « $p=0,02$ »). Les femmes traumatisées ressentaient une prévalence significativement plus élevée, de maladies mentales (1,80 maladies mentales contre 0,92, $p=0,05$), en particulier les troubles anxieux. Les deux groupes ont présenté une tendance alexithymic élevée. Les femmes traumatisées avaient une tendance dissociative plus élevée avec et sans alcool, elles présentaient plus de dissociation pathologique sous l'influence de l'alcool que les femmes non traumatisées (56% des femmes traumatisées contre 15% des femmes non traumatisées, $p=0,025$). Cette différence n'était pas significative en l'absence d'alcool (19% Contre 0%, $p=0,01$).

Dans la même année, Shaidili et al, en France, ont étudié « Psychotraumatisme, fonctionnement limite et addiction à l'adolescence : réévaluation de la notion de « comorbidité » pour l'hypothèse d'un « complexe » symptomatique et une nouvelle explication des perspectives thérapeutiques ». L'objectif principal est de revenir sur le concept de comorbidité et les entraves que cela peut constituer dans la prise en charge du sujet. Dans le cadre d'une démarche évaluative, les chercheurs ont étudié un symptôme comorbide en référence au moment où il survient, à l'état psychopathologique où il s'intègre, à sa fonction dans celui-ci, et aux propriétés qu'il acquiert du fait de la place qu'il y prend. Les résultats démontrent que les conduites addictives sont considérées comme une tentative de « guérison » d'un trauma, une tentative d'échapper au retour de la reviviscence, même si cela ne représente pas toutes les expériences addictives. Plus largement, le fonctionnement limite se conçoit comme manifestations symptomatiques post-traumatiques où le trauma est d'emprise générationnelle.

S.Bouskine (2016), dans sa recherche effectuée en Algérie, sur l'étude de « la problématique de la personnalité toxicomane et le besoin d'un objet d'anaclitique extérieur approche psychanalytique ». Dont l'objectif principal était de montrer l'importance des premières phases de développement psychique chez l'enfant dans la détermination du type de fonctionnement psychique à l'âge adulte et sa relation avec la tendance vers une quête d'un appui extérieur qui n'est autre que la drogue, qui va prendre par la suite un caractère addictif. Des études à travers les tests projectifs ont montré qu'il n'y a pas un fonctionnement préétabli chez les personnes toxicomanes et qui peut conduire à tomber dans l'addiction, Et que la personnalité toxicomane peut survenir sur quelconque structure psychique. Par contre, la productivité projective montre qu'il y a une fragilité dans les assises narcissiques et qui peut être derrière ce besoin d'un étayage extérieur qui est la drogue ; et ce dernier va jouer le rôle d'un pansement psychique qui va substituer la relation objectale perdue, ce qui laisse le toxicomane se détourner des relations et des liens sociaux qu'il va remplacer par l'autosatisfaction à travers le sentiment d'extase et de plaisir que lui procure l'effet de la drogue.

Dans une étude faite en France, par Marianne Daudin, et Jean-Philippe Rondier, en 2014, portée sur « le traumatisme de guerre, conduites addictives : une illustration du concept lacanien de jouissance ». L'objectif de cette étude est d'expliquer que les conduites addictives ne sont pas toujours à lire comme une complication directe du traumatisme psychique. Les

chercheurs ont formulé l'hypothèse suivante « les conduites addictives sans et ou avec substances psychoactives compliqueraient fréquemment les états de stress post traumatiques ». La recherche a été réalisée à travers une observation clinique de l'étude de cas (Stéphane 24ans, l'ainé de trois frères, tireur d'élite dans un régiment d'infanterie), au niveau du Service de psychiatrie de l'Hôpital d'instruction des Armées Percy. Les résultats ont confirmé que les comorbidités addictives compliquant l'état de stress post traumatique ne sont pas toujours à lire comme une complication directe du traumatisme psychique, mais elles peuvent s'inscrire dans une dynamique complexe.

Une thèse de doctorat en psychologie, inscrite dans une approche psychodynamique, présentée par Alexander Sinanian, en 2014, sur les « Addictions et traumatismes, de l'évitement à la répétition élaborative : le recours à l'objet d'addiction comme recherche d'élaboration des expériences traumatiques précoces et actuelles », dont le but était d'explorer le sens de la répétition compulsive addictive sous l'angle du traumatisme psychique. La recherche a été réalisée à partir d'une méthodologie croisée à dominante qualitative composée d'outils standardisés (MINI et TAS-20), d'épreuves projectives (Rorschach et TAT) et d'entretiens non-directifs de recherche, et d'un échantillon de 6 sujets hospitalisés pour sevrage de leur addiction aux substances psychoactives, ainsi que pour leurs troubles psychotraumatiques. Les résultats ont montré que les formes d'addictions traumatiques représentent également une tentative de retournement passif-actif par l'emprise, cherchant paradoxalement à soigner le mal en s'infligeant un autre mal « contrôlé », soit d'avoir le sentiment d'être acteur de son existence, quand bien même c'est au prix de l'autoconservation. Elles sont notamment porteuses d'un message adressé à l'objet, et révélatrices des traumatismes en attente de contenance et d'interprétation. Les traumas narcissiques risquent, si l'expérience ne peut s'historiser, de continuer inlassablement à se répéter corporellement si personne ne se prête à entendre la recherche insistante de figuration et de symbolisation contenue dans les mises en acte addictives.

Également, Peggy Bayart, et Stéphane Rusinek (2012), dans une étude dénommée « Etude des biais d'interprétation émotionnelles dans l'évaluation des situations futures chez le sujet alcoolodépendant ». L'objectif de cette étude est de comprendre comment un sujet alcoolodépendant, en début de prise en charge, évalue émotionnellement son futur. Le matériel utilisé est une liste de 15 mots déterminés comme favorisant l'évocation d'événements de vie. Pour chaque mot, les chercheurs ont demandé aux participants

d'imaginer un événement futur leur arrivant et de l'évaluer selon quatre variables qui sont : la valence émotionnelle, l'intensité émotionnelle, la probabilité que cet événement se produise et sa netteté. Les résultats montrent que le patient alcoolodépendant imagine moins de situations positives que le sujet non dépendant et autant de souvenirs négatifs. De plus, le patient alcoolodépendant évalue ses situations positives imaginées comme plus intenses et les négatives comme moins intenses par rapport au sujet non dépendant. Ces résultats démontrent qu'il existe un biais d'interprétation des événements de vie futurs. Jusqu'à présent, les chercheurs ont tendance à évaluer le sujet face au stimulus « alcool » et avaient basé la prise en charge en thérapies cognitivo-comportementales (TCC) autour de stimulus alcool, et étant donné que leur matériel n'évoque pas l'alcool, leurs résultats démontrent que le traitement cognitif du sujet alcoolodépendant biaise de façon générale son jugement sur ses événements de vie futurs.

En 2010, Bounet et al, en France, ont effectué une recherche sur la « Dépendance physiologique et fonctionnement émotionnel chez les jeunes adultes : affectivité, intensité émotionnelle et alexithymie dans la consommation de substances psychoactives ». L'objectif de cette étude est de décrire le fonctionnement émotionnel des personnes dépendantes aux SAPs, et de vérifier que les sujets dépendants sont plus sensibles aux dimensions émotionnelles et aux variables considérées comme des sujets non dépendants. Les chercheurs ont recruté 268 sujets étudiants, et ils ont utilisé un protocole permettant d'évaluer leur dépendance physiologique (tabac, alcool, cannabis), sur quatre échelles : l'auto-évaluation de la dépression, l'affectivité, l'intensité émotionnelle, et la lexithymie. Les résultats de cette recherche ont montré que les sujets dépendants ont des scores plus importants pour le H A D (questionnaire : The Hospital Anxiety Depression) que les non dépendants. La dépression a été considérée comme un facteur de confusion. Après avoir contrôlé cette variable, ils sont plus sensibles émotionnellement, plus sensibles à l'intensité émotionnelle et l'alexithymie plus que les non dépendants. Donc, l'activation et l'intensité émotionnelle semblent être des variables dites positionnelles pouvant jouer un rôle central dans le traitement émotionnel chez les sujets dépendants, associées à l'alexithymie. Alors qu'ils pourraient être situés en amont du traitement de l'émotion, ils expliqueraient la grossière appréhension ressentie par le sujet, conduisant secondairement à la représentation de l'émotion. Ils constatent que la proportion de sujets alexithymiques est de 44,9% dans le groupe des sujets étudiés. Par contre, seulement 13,6% parmi les sujets non-dépendants ont plus de difficulté à identifier les émotions. Cela soutient l'idée de l'existence d'un déficit émotionnel chez les personnes dépendantes aux

substances psychoactives. Pour conclure, l'alexithymie semble être un fonctionnement émotionnel variable central chez les sujets dépendants, indépendamment de sa relation avec la dépression, il pourrait correspondre au mode de traitement émotionnel préféré par les sujets dépendants.

Ces deux derniers points nous permettent de synthétiser, et de dire que le sujet addict est sensible sur le plan émotionnel, ce qui renforce encore l'idée de la trajectoire de vie des personnes addicts qui est jugée lourde et difficile.

Synthèse

A travers ce chapitre, nous avons vu que le psychotraumatisme est une réaction à un événement inattendu. Il reste ainsi l'un des sujets les plus complexes et nécessite une intervention interdisciplinaire pour être mieux cerné.

Par ailleurs, les événements traumatiques vécus, influencent et impactent l'organisation psychique de l'homme, et lui laissent généralement des effets durables et pathologiques (symptômes de reviviscence, insomnie, irritabilité, anxiété,...etc.). Il est fréquent alors que les sujets essaient d'amoindrir ces troubles par une addiction (notamment aux SPAs). C'est pour cela qu'aujourd'hui la question de l'évaluation, du diagnostic ainsi que du pronostic de ce trouble complexe associe psychotraumatisme et addiction.

Avec ce chapitre, nous terminons notre partie théorique, et nous passons à la partie pratique qui est, elle-même, divisée en deux chapitres, un chapitre méthodologique et un chapitre de présentation, d'analyse et de discussion de l'hypothèse. Mais avant, on va présenter la problématique et l'hypothèse.

Problématique

Et hypothèse

L'homme, au cours de son existence, subit de nombreux changements, qui le renforcent soit positivement pour être dans un état agréable, ou inversement, ces changements l'affecteront négativement et lui laisseront des effets néfastes, et seront source d'une souffrance psychique. Donc, la souffrance psychique peut apparaître dans diverses circonstances de la vie, elle est présentée avec une intensité variable selon la personne. Car la plupart des personnes qui connaissent un ou des événements bouleversants dans leurs vies, peuvent se rétablir ou apprendre à vivre avec, d'autant-plus si elles reçoivent de l'aide rapidement. Comme il est également possible de retrouver des personnes en conflits psychiques ou en situation menaçante, qui trouvent alors dans les troubles addictifs une solution pour palier leurs souffrances, notamment le recours aux substances psychoactives (SPAs).

Dans ce cadre, la question de l'addiction aux SPAs qui commence généralement à l'adolescence, est devenue aujourd'hui une question centrale et d'actualité qui touche la santé publique, et une réalité clinique vaste dans le champ de la recherche. En outre, l'addiction aux SAPs est une pathologie qui repose sur la consommation répétée d'un produit (par exemple : tabac, alcool, drogue...). Il agit sur le cerveau d'une façon très particulière et qui fait qu'en générale il procure du plaisir. Conséquemment, plus la personne en consomme, plus elle en demande davantage. Le sujet accro ne peut plus alors s'en passer et il est difficile de s'arrêter, ce qui procure une sorte de force aux SPAs, malgré leurs conséquences néfastes.

Ainsi, Goodman (1990) décrit l'addiction comme le processus d'exécution d'un comportement, et qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et d'atténuer l'inconfort interne. Il se caractérise par des échecs répétés dans son contrôle, et malgré les conséquences négatives, il continue d'exister.

Selon les dernières estimations de l'OMS pour l'année 2015, la consommation des substances psychoactives est responsable de plus de 450 000 décès par an. La charge de morbidité imputable à la consommation de drogues représente 1,50 % de la charge mondiale de morbidité (OMS, 2017).

De ce fait, les troubles addictifs sont un phénomène mondial qui ne peut pas ne pas concerner l'Algérie. Du fait de sa situation géographique et de ces frontières, notre pays constitue une plaque tournante idéale pour inonder le marché européen mais aussi, et cela est plus dangereux, une opportunité pour susciter et développer une consommation locale. De

plus, les échanges réguliers de notre émigration avec le pays d'origine constituent aussi un facteur de risque important (Boudaren, 2017). La pathologie addictive prend alors de plus en plus d'ampleur dans le monde entier et l'Algérie ne fait pas l'exception.

Par ailleurs, dans une enquête épidémiologique nationale réalisée en 2010 par le cenep (centre national d'étude et d'analyse pour la population et le développement), dont l'objectif est de mesurer le taux de prévalence de l'usage de la drogue en Algérie en fonction du sexe, des tranches d'âge et période. L'enquête a permis de déterminer que l'utilisation de substances psychoactives est plus élevée chez le sexe masculin (1,69%) que le sexe féminin (0,67%). La tranche d'âge ayant consommée le plus est respectivement celle des 20-39 ans (1,48%) suivie des 40 ans et plus (1,11 %) puis dès 16-19 ans (0,85%) et enfin les 12-15 ans (0,12%). L'enquête révèle que dans la vie, c'est les hommes qui consomment le plus en matière de substances que les femmes. Elle a aussi révélé que ces hommes ont consommé plus d'une à plusieurs substances psychoactives durant les 12 derniers mois et les 30 derniers jours. Finalement, les résultats de cette enquête, ont montré qu'il y aurait en Algérie près de 340000 usagers réguliers et permanents de la drogue (Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie, 2010).

Les prévalences élevées de ce trouble addictif ont permis de prendre conscience des mécanismes sous-jacents de cette addiction. A cet effet, nous nous concentrerons sur l'objectif du sujet addict, qui est généralement de ne pas penser et de ne pas sentir.

Selon Jeamment et Lamas (2006), les conduites addictives constitueraient une réponse adaptative à une souffrance psychique irréprésentable ou des anomalies de la régulation des éprouvés émotionnels et corporels, de l'estime et de la conscience de soi, et des relations interpersonnelles. C'est la réduction de la détresse psychique, impossible à surmonter, qui est recherchée par le sujet, dans une tentative de réparation marquée par un sentiment de puissance illusoire et un contrôle apparent de ses états affectifs (Jeamment& al, 2006). Donc, l'addiction est un processus adaptatif déclenché par des situations traumatisantes. En effet, le sujet addict considère alors les substances psychoactives comme une stratégie de réduction de sa détresse psychique.

Ainsi, la plupart des cliniciens se rejoignent pour considérer que les émotions et les difficultés de leur gestion sont au centre de la psychopathologie addictive et traumatique (Aderhold, 2013, cité par Morel, 2019). Autrement dit, les cliniciens sont d'accord pour dire

que la difficulté liée à la gestion des émotions se trouve au centre de la psychopathologie addictive et traumatique.

En ce sens, une étude a été réalisée en France en 2010 sur la dépendance physiologique, et le fonctionnement émotionnel. L'objectif de cette étude est de décrire le fonctionnement émotionnel des personnes dépendantes aux SPAs, et de vérifier que les sujets dépendants sont plus sensibles aux dimensions émotionnelles que des sujets non dépendants. Les résultats de cette recherche ont montré que les sujets dépendants ont des scores plus importants pour le H A D (questionnaire : The Hospital Anxiety Depression) que les non dépendants. La dépression a été considérée comme un facteur de confusion. Après avoir contrôlé cette variable, ils sont plus sensibles émotionnellement, plus sensibles à l'intensité émotionnelle et à l'alexithymie plus que les non dépendants. Donc, l'activation et l'intensité émotionnelles semblent être des variables dites positionnelles qui peuvent jouer un rôle central dans le traitement émotionnel des sujets dépendants, associés à l'alexithymie. Ils constatent que la proportion de sujets alexithymics est 44,9% dans le groupe de sujets étudiés. Par contre, seulement 13,6% parmi les sujets non-dépendants ont plus de difficulté à identifier les émotions. Cela soutient l'idée de l'existence d'un déficit émotionnel chez les personnes dépendantes aux substances psychoactives. Pour conclure, l'alexithymie semble être un fonctionnement émotionnel variable central des sujets dépendants, indépendamment de sa relation avec la dépression, il pourrait correspondre au mode de traitement émotionnel préféré par les sujets dépendants (Bounet, et al, 2011).

De ce fait, le sujet addict est sensible sur le plan émotionnel, et puisque la consommation des substances psychoactives conduit à une modification de l'équilibre émotionnel, la prise de ces produits apparaît donc comme une tentative visant à ressentir de nouvelles sensations.

En outre, la majorité des recherches met en lumière la trajectoire de vie des sujets addicts. Selon ces recherches, « le cycle de l'addiction » montre comment d'une façon générale, le recours répété à des drogues constitue une stratégie, immédiatement efficace, pour pallier les perturbations psychiques et psychosociales déclenchées par une expérience stressante intense et répétée (Morel et al, 2019). Dans ce sens, les addictions peuvent survenir à tout âge, en fonction de la vie, des souffrances existentielles communes aux humains (souffrance psychique telle que le traumatisme psychique), et à chaque fois que le sujet ne parvient pas à utiliser sa capacité à mentaliser pour gérer les aléas de la vie. Ces aléas qui

viennent menacer le moi du sujet et mettre en péril ses mécanismes de défenses, notamment ceux qui résultent des événements à potentiel traumatique. De cela, on conclut que, le sujet addict se détruit dans le but de se soigner, et pour essayer d'exclure sa douleur ou sa souffrance et atteindre le plaisir.

D'ailleurs, le DSM5 considère qu'un événement est traumatique lorsqu'une personne est exposée à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Cette exposition peut survenir d'une ou des façons suivantes : être exposé directement à l'événement, être un témoin direct de l'événement qui survient à un autre, être témoin indirect (ex : apprendre que l'évènement est arrivé à un collègue ou à un proche, ce qui veut dire qu'un événement peut être traumatique même si vous n'êtes pas directement sur les lieux). Dans ce cas, l'événement doit avoir été violent ou accidentel, être exposé de manière répétée ou extrême aux détails horribles ou pénibles d'un ou plusieurs événements (DSM-5, 2015). Autrement dit, le traumatisme est souvent la conséquence d'une expérience vécue, intense et extrême. Ensuite, ces événements peuvent revenir à la mémoire d'une façon involontaire et entraîner une souffrance psychique durable, avec l'apparition de symptômes gênants tels que les symptômes de reviviscence, de l'anxiété, de l'irritabilité ou encore des insomnies. Fréquemment, les sujets essaient de diminuer ces symptômes par une addiction, notamment aux substances psychoactives.

De son côté, l'approche psychodynamique a proposé une théorie cohérente du traumatisme et de ses différents effets qui reste une référence majeure aujourd'hui pour comprendre ces syndromes. Les « syndromes psychotraumatiques » désignent l'ensemble des états séquellaires consécutifs à un traumatisme psychique (Barrois, 1988 ; Crocq, 1998, Cité par, Chahraoui, 2014).

Selon l'approche psychodynamique, le traumatisme est sans doute l'une des notions les plus indécises de la psychanalyse, voire des plus équivoques, et sans doute des plus énigmatiques. Ceci est dû à l'ambiguïté de ses confluences internes et externes, ses dynamiques d'excès, de rupture et de perte, ses fonctions d'alarme et de protection, et son pouvoir intrusif. En tant qu'agent d'une réalité dont la puissance et la source sont encore incertaines, le traumatisme est l'occasion de voir le comportement selon l'œuvre de Freud « au-delà du principe de plaisir » et ses principes ; il est évidemment cruel, comme une disparition aléatoire c'est-à-dire qu'il fascine depuis qu'il est apparu dans le corpus analytique, avant même que celui-ci ne se constitue. Ce trouble apparaît rarement seul de

manière isolée, mais parfois le traumatisme psychique s'accompagne avec des conduites addictives. En conséquent, le traumatisme psychique est fréquent chez les sujets addicts.

De plus, la psychanalyse a pris son temps pour s'intéresser au phénomène d'addiction. Pour le psychanalyste, dans la description clinique classique des addictions (répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation recherchée et consommée avec « avidité »), plusieurs concepts retiennent l'attention à cause des mécanismes qu'ils impliquent et de la logique, éloignée de la sémiologie classique, qu'ils dessinent : acte, répétition, avidité, dépendance. La parenté avec le circuit pulsionnel décrit par Freud (1915) est patente : l'addiction fonctionne comme une pulsion partielle. Par conséquent, la répétition est un concept clef de la psychanalyse, puisque Freud (1920) en a fait l'agent de la liaison (la compulsion de répétition tente d'associer une représentation et un affect pour que celui-ci soit déchargé), mais aussi un mécanisme qui vise plus la jouissance que le plaisir (réduction de tension). Or, la répétition inscrite dans l'addiction est, pour le psychanalyste, à interroger : réitération à l'identique par recherche d'un état antérieur ou bien reproduction d'un comportement provoqué par l'existence d'une dépendance (physiologique et/ou psychologique). Alors, le problème devient plus délicat encore si l'on songe que le processus addictif n'est pas né de la répétition, mais qu'il existe peut-être d'emblée, dès la première rencontre avec l'objet ou la situation. Ce ne serait plus la répétition qui ferait l'addiction, mais l'addiction qui déterminerait la répétition, tentative de restauration d'un état antérieur (Pedielli & Bonnet, 2008).

Selon Hachet (2007), qui se réfère aux travaux d'Abraham et Torok, les sujets souffrent d'un trouble lié à l'usage de substances du fait d'une incapacité (ou plutôt d'une impossibilité) à élaborer psychologiquement une expérience vécue comme traumatisante. De cette impossible élaboration se crée un clivage au sein du Moi que les auteurs nomment une « crypte ». Le(s) trauma(s) ainsi « encryptés » dans le Moi sont indicibles, par peur et par honte. Par indicible, il faut comprendre que le trauma constitue une forme de « secret » que l'individu ne peut révéler et qu'il porte donc en lui. Le clivage du Moi est normal lorsqu'il est transitoire mais il devient pathologique lorsqu'il est définitif : il est alors nommé clivage verrouillé ou crypte. Selon Hachet, les individus toxicomanes consommeraient donc le « toxique » par substitut de cette impossible élaboration. En effet, selon l'auteur, l'addiction vise à conserver l'imperméabilité entre la crypte et le Moi et, dans une autre mesure, à

recupérer une sensorialité mise au tombeau par l'effet de la crypte dans le Moi. En effet, cette crypte ayant pour effet d'appauvrir le Moi de l'individu et donc son élan vital, celui-ci compense ainsi par le toxique sa capacité à ressentir et à désirer.

Ainsi, l'approche psychodynamique met l'accent sur les facteurs de vulnérabilité du développement et des défauts d'assises narcissiques des sujets dépendants. Cet intérêt pour les liens entre la mère et son bébé, puis entre les figures parentales, mais aussi à toute personnes qui va se tenir vis-à-vis de lui dans une position similaire en vue de satisfaire ses besoins primaires et secondaires, reposent sur la prise en compte des événements et des facteurs qui perturbent ces processus. D'après Mary Ainsworth à travers l'expérience de la « situation étrange » a pu mettre l'accent sur le type d'attachement sécure et insécure. L'attachement insécure favorise l'exploration et donc le développement de l'autonomie, tandis qu'un attachement insécure peut l'entraver. L'objectif de l'attachement c'est de se sentir en sécurité et protégé et d'être confiant. C'est la capacité d'établir un lien entre plusieurs personnes, parfois ces liens ont une influence sur lui. Donc, les risques sociaux induits par la consommation de SAPs peuvent être ponctuels ou durables selon la quantité consommée et le niveau de dépendance. Les SPAs constituent une forme de régression vers un mode de plaisir, et l'usage problématique de SPAs est comme une réponse à la détresse psychologique

Dans un même contexte, une étude réalisée France en 2020 sur l'influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues, L'objectif principal de cette étude vise à examiner l'influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans l'étiologie des addictions aux substances psychoactives. En conséquence, les chercheurs ont pu montrer que les sujets qui développent les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives disposent des styles d'attachement insécure évitant et désorganisé. En outre, le nombre élevé de psychotraumatismes semble influencer la consommation de drogues (autres que le tabac et l'alcool) (Kpelly, et al, 2020).

Dans ce même ordre d'idées, Laconi et Chabrol (2020) ont étudié l'événement traumatogène, son âge de survenue, ses symptômes anxio-dépressifs et comportements addictifs. L'objectif principal de cette étude était d'examiner la répartition des événements traumatogènes auprès d'un échantillon de jeunes adultes ainsi que d'étudier leurs liens avec les conduites addictives, les symptômes dépressifs et certains troubles anxieux. Les chercheurs ont pu montrer que plus de 90 des répondants avaient vécu au moins un événement traumatogène au cours de leur vie et 20% d'entre eux présentaient un état de

stress post-traumatique possible. Il y avait une corrélation importante entre événement traumatogène, les symptômes anxieux et dépressifs, et les comportements addictifs (Laconi & Chabrol, 2020).

Une autre étude empirique menée par Acheli (2019) en France s'intitule « Dépendance aux opiacés et stress post-traumatique ». Dont l'objectif était d'étudier les facteurs de risque post-traumatique auprès des patients héroïnodépendants. Le chercheur a émis l'hypothèse suivante : « la dépendance aux opiacés est corrélée aux événements traumatiques, à des troubles psychiatriques et à des déterminants sociodémographiques. Enfin la recherche souligne des corrélations positives entre la dépendance aux opiacés et la situation sociale, les troubles de dissociations péri-traumatiques et du TSPT. Donc le chercheur a pu confirmer son hypothèse.

Pour la réalisation de notre recherche nous avons opté pour l'approche psychodynamique. Parce qu'il s'agit d'une approche qui s'intéresse au sujet en souffrance, elle vise à décrire les conflits internes, et elle explore les événements difficiles vécus pendant l'enfance ou bien pendant la période de la vie adulte. Et permet de reconnaître l'influence de ces événements de vie dans la genèse ou l'éthologie des addictions.

Afin d'explorer la présence éventuelle d'évènements traumatiques chez les sujets addicts aux substances psychoactives, ainsi que pour vérifier notre hypothèse de recherche, nous avons choisi d'adopter le récit de vie étayé sur un guide d'entretien, pour collecter des données significatives. Cet outil nous permet de mieux appréhender l'anamnèse du sujet, et de comprendre et d'expliquer comment le sujet a pris le chemin des conduites addictives.

A la suite de toute cette articulation menée autour du thème intitulé « *Psychotraumatisme et addiction* », notre question et notre hypothèse sont formulées de la manière suivante :

Question

Existe-il un événement traumatique au moins dans le récit de vie des sujets addicts ?

Hypothèse

Oui, il existerait un événement traumatique au moins dans le récit de vie des sujets addicts.

Opérationnalisation des concepts clés

Evènement traumatique

Un événement traumatique est un événement de la vie qui se caractérise par sa soudaineté (survient sans avertissement), sa violence, son intensité, sa gravité, sa massivité, son incontrôlabilité, et qui produit une réaction intense de peur et d'impuissance chez la personne.

Sujet addict

C'est une personne qui s'adonne à la consommation des SPAs, comme le tabac, alcool, cocaïne... etc. Ces substances agissent directement sur le cerveau, en modifiant le comportement et l'activité mentale. Le sujet addict est une personne qui ne peut plus gérer, contrôler, ou arrêter sa consommation malgré les conséquences nuisibles sur sa santé. Ce sujet présente : une forte variation d'humeur, un isolement social et familial, des maux de tête, des insomnies, de la culpabilité, de l'angoisse ou de la solitude, des troubles de la mémoire et de la concentration, mais aussi, de l'ennui et du désespoir.

Psychotraumatisme

Le psychotraumatisme est souvent dû à un événement traumatique, il se caractérise par un choc, une peur intense, une perturbation émotionnelle, une souffrance psychique, difficulté d'endormissement, des cauchemars, des flash-backs, ainsi que par des réactions physiologiques, telles que : tachycardie, difficultés respiratoires.

Le récit de vie

C'est l'histoire de vie d'un individu, racontée par lui-même. Cette histoire est constituée d'un enchaînement des événements vécus au cours de la vie d'une personne, notamment ceux à caractère marquant et difficile.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule

La question du traumatisme est une question accompagnée d'émotions extrêmes, et qui peut réveiller chez les personnes atteintes de nombreuses blessures. Pour cela, il est primordial de réfléchir sur une approche méthodologique adaptée qui permettra au chercheur de repérer le contenu psychique en lien avec le traumatisme. De ce fait, le choix d'une méthode constitue la première étape pour tout projet de recherche. Il est également important de choisir une méthode en adéquation avec les dispositions du chercheur (le temps, la faisabilité, le type d'étude...etc.). En outre, le choix de la méthode de recherche est crucial pour les conclusions possibles à propos d'un thème de recherche. Cette dernière ne peut être effectuée qu'en se basant sur un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation qui vont permettre au chercheur de contrôler la qualité de son étude et ainsi répondre aux objectifs qu'il s'est fixé.

Dans ce présent chapitre, nous allons présenter la méthode que nous avons utilisée pour mener à bien notre travail de recherche. Nous allons en premier lieu exposer les limites rencontrées au long de la recherche, puis nous définirons la méthode utilisée. Nous allons ensuite présenter le lieu et le groupe sur lequel s'est fait notre étude, puis nous mettrons en avant : l'outil de recherche et son analyse. Aussi, nous évoquerons le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête en elle-même, l'attitude du chercheur, et enfin nous terminerons par les difficultés de la recherche, suivie d'une synthèse du chapitre.

1-Limites de la recherche

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée à la clinique de gestion du stress et de l'anxiété d'Alger(Hydra).
- Limite temporelle : du mois d'avril 2021 au mois de juin 2021.
- Limite du groupe : l'étude s'est portée sur dix personnes adultes qui souffrent d'un trouble addictif (aux substances psychoactives).
- Outil de recherche : un récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif.
- Approche : psychodynamique.

2- La méthode de recherche

Le choix de la méthode de recherche est important dans la mesure où les conclusions obtenues à propos d'un phénomène étudié ont un rôle décisif dans le choix du traitement à adopter pour soigner ledit phénomène. Mais il est également important de choisir une méthode de recherche en adéquation avec les dispositions du chercheur : le temps qu'il lui est attribué, la faisabilité du projet, les objectifs formulés et visés dans son étude, etc.

Dans ce qui suit, nous allons présenter donc notre démarche méthodologique à savoir les modalités et les techniques utilisées pour recueillir les informations nécessaires de la manière la plus fiable.

Nous avons opté pour la démarche qualitative, car elle nous permet de mieux comprendre le phénomène étudié, à savoir ici : l'addiction. Et aussi de saisir le vécu expérientiel de nos sujets.

Selon, Ionesco et Blacnhet (2013), la démarche qualitative « *est basée un matériel non métrique et s'appuie sur une démarche inductive* » (Ionesco & Blacnhet, 2013, p.9).

Nous avons adopté la méthode clinique car nous nous intéressons ici à un phénomène humain. Ce fait humain, qualitatif par essence, nécessite alors d'emblée ce type de méthode.

Dans le même ordre d'idées, Grawitz (1993) définit une méthode « *comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontrer, les vérifier. La méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité* » (Grawitz, 2001, p.358).

De plus, choisir une méthode de recherche, c'est en effet privilégier une certaine conception de l'objet d'investigation, c'est choisir un certain mode d'approche et d'interrogation plutôt qu'un autre, tout en sachant que ce choix de nature méthodologique est en fait un choix plus large : toute méthode de recherche incorpore en effet une certaine représentation de ce qu'est le monde et de ce qu'est la recherche. Ce choix va dès lors, de facto, participer à la définition d'un espace à la fois spécifique et limité de données potentiellement pertinentes qu'il s'agira d'appréhender (Albarelo, 2011).

Dans le but de vérifier notre hypothèse de recherche, nous nous sommes basées sur la méthode clinique, car elle nous semble être la plus adéquate à notre sujet de recherche intitulé « *Psychotraumatisme et addiction : étude qualitative chez dix sujets adultes* », et la raison est que cette méthode peut permettre une étude approfondie auprès des individus. Elle peut alors nous aider à décrire le parcours de vie de nos sujets addicts (enfance, adolescence, et adulte). Comme, elle va aussi nous permettre de comprendre, et d'appréhender la conduite de nos sujets, qui font l'objet de cette recherche, de les étudier de manière singulière, et de repérer les éventuels événements traumatisants qu'ils auraient vécus. De ce fait, elle nous servira pour analyser l'histoire de vie de nos sujets, notamment celles qui sont plus difficiles que d'autres, et leur impact sur le recours à l'addiction.

En ce sens, la méthode clinique « *est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à répondre à la question, pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. Et l'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à nos sujets* » (Fernandez & Pardinielli, 2006, p.43).

Dans ce contexte, au cours de notre enquête, et en utilisant cette méthode clinique, nous avons pu recueillir des informations historiques et actuelles sur les sujets étudiés, ce sont des informations qui concernent leur enfance, leur adolescence, et leur âge adulte.

Dans le cas de la recherche sur le terrain en sciences humaines et sociales, le recours aux méthodes qualitatives est très fréquent, du fait de leurs atouts. En effet, ces sciences font beaucoup appel aux matériaux discursifs (discours) et aux approches qualitatives pour tenter de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale. Dans ce sens, nous avons choisi la démarche qualitative pour notre recherche, car la recherche en science humaines et sociales requiert des expériences humaines et des interactions sociales qui se conduisent tout naturellement de manière qualitative. C'est ainsi que la recherche qualitative s'efforce de mettre en valeur le monde tel qu'il est vécu par ses acteurs. La méthode qualitative se caractérise donc par le recours à des technique et des approches directes afin de saisir le sens des phénomènes humains et sociaux sans le passage par la mesure et la quantification (Paillé, 2006, p.5).

Encore, les méthodes qualitatives visent d'abord à comprendre le phénomène à l'étude. Il s'agit d'établir le sens de propos recueillis ou de comportements observé (Deslauriers, 1991, p.142). Et dans le cadre de notre travail de recherche, la méthodologie qualitative est particulièrement pertinente parce qu'elle permet de comprendre le parcours de vie de nos sujets addicts, saisir et décrire leurs histoires, notamment les événements de vie difficiles et leurs conséquences.

D'une part, les méthodes de recherche fondées surtout sur l'observation, l'étude de cas, l'analyse de documents et la recherche d'explications des conduites sociales, c'est-à-dire les méthodes de recherches qui ne font pas appel à des dénombrements ou à des mesures, sont des méthodes qualitatives (Ouellet, et al, 2009).

D'autre part, et d'après, Pedinielli, « *la psychologie clinique se fonde sur des méthodes cliniques parmi lesquelles l'étude de cas, l'observation des comportements et l'analyse des discours, sans recours à l'expérimentation* » (Pedinielli, 1994, P.20). Dans ce sens, l'étude de cas est l'une des principales méthodes de la psychologie clinique. Elle est au cœur de la pratique clinique, mais elle est également utilisée dans le domaine de la recherche scientifique notamment dans les études qualitatives et exploratoires. Dans notre recherche nous sommes appuyées sur la méthode de l'étude de cas qui nous a permis d'étudier de manière approfondie nos sujets, et de recueillir le maximum d'informations sur notre thématique .

Ainsi, l'étude de cas vise « *non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes* » (Huber, 1987, Cité par, Fernandez, 2012, p.2).

De plus, « *L'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignage de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre ce qui a conduit à telle ou telle difficultés de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas est donc d'élaborer des hypothèses* » (Chahraoui&Bénony, 2003, p.126).

Nous avons recouru à l'étude de cas, car c'est la technique la plus appropriée pour notre thème qui s'intéresse au comment et au pourquoi des addictions de nos sujets. Elle nous a permis de retracer dans le temps et de manière diachronique les faits relatifs aux histoires de vie des sujets étudiés. En effet, « *l'étude de cas permet à une recherche de saisir les caractéristiques globales et signifiantes des événements de la vie réelle, comme les cycles de vie individuels, les processus organisationnels, etc.* » (Mucchielli, 2009, p.143).

Par ailleurs, et puisque nous étudions les liens entre psychotrauma et addiction, nous avons estimé que ces liens étant trop complexes pour des stratégies d'enquêtes expérimentales ou statistiques, doivent être approchés avec l'étude de cas.

En outre, l'étude de cas « *est une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. L'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque. Elle fait plus souvent appel à des méthodes qualitatives, dont l'entrevue (entretien) semi-dirigé. Cependant, il n'est pas rare que les informations soient recueillies par différents types d'instruments, y compris par des outils quantitatifs* » (Gauthier, 2009, pp.199-200).

En somme, la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants, et elle doit se centrer sur le cas, elle s'appuie sur des techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la recherche. Dans notre travail de recherche, elle nous a permis de recueillir des informations approfondies et exhaustives de cas singuliers. Elle nous a également permis de vérifier la valeur explicative de la théorie psychodynamique quant aux addictions après un trauma.

3- Lieu de recherche

Nous avons effectué notre recherche à la Clinique de Gestion du Stress et de L'anxiété (CGSA) d'Alger (Hydra), plus particulièrement au niveau du service des addictions qui se situe au quatrième étage pour les hommes, et au septième étage pour les femmes.

La CGSA est la première clinique de psychiatrie privée en Algérie, elle assure des soins de qualité, pris en charge par une équipe de psychiatres et de psychologues spécialisés dans le traitement de l'anxiété, de la dépression, et de l'addiction.

La clinique se compose de huit étages, et dispose d'un équipement haut de gamme, des chambres « single et doubles », dotées de salle de bain privative, d'air conditionné, de TV satellite et de connexion wifi. Ainsi qu'un directeur général, directrice adjointe, comptable, des médecins psychiatres, des médecins généralistes, des psychologues, des infirmières, des agents de sécurité, et des chauffeurs.

D'après la fiche technique de la clinique de gestion du stress et de l'anxiété, imprimée par le comptable de la clinique, le quatrième et septième étages sont pris en charge par un professeur spécialisé en addictologie, deux psychiatres, deux psychologues, infirmiers, agents de sécurité. Et ils comportent des bureaux et des sorties de secours. Pour ce qui est des chambres d'hospitalisation, le quatrième étage possède six chambres d'hospitalisations : quatre doubles (huit lits), et deux individuelles (deux lits). Le septième étage possède cinq chambres d'hospitalisations : cinq doubles (dix lits).

Activité principale

L'activité principale du service est d'accueillir des usagers présentant des troubles addictifs plus ou moins associés à des comorbidités psychiatriques, dans le but de les prendre en charge par différentes thérapies. Incluant même L'RTMS (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation ; la première clinique en Afrique qui applique cette thérapie), et sans oublier le traitement médicamenteux.

4- Le groupe de recherche

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des sujets addicts au niveau de la Clinique de Gestion du Stress et de l'Anxiété (CGSA) d'Alger (Hydra). Nos sujets sont compris dans la catégorie d'âge adulte entre 18ans et 65ans (comme précisé par l'OMS). Nous avons effectué alors notre étude auprès de dix cas, dont deux femmes, et huit hommes âgés de 19 ans à 42 ans. Tous les noms ont été modifiés pour se conformer au droit d'anonymat des patients.

En se référant aux règles éthiques du code déontologique, nous avons obtenu le consentement du sujet. « *Un consentement éclairé implique que le participant doit être informé des buts de la recherche, des risques qu'il encoure (les désagréments possibles)* » (Pardinielli&Fantini, 2009, p.387).

Dans la présentation des cas étudiés, nous nous sommes intéressés à la biographie du patient et son parcours de vie (l'enfance, l'adolescence, et l'âge adulte), ce qui nous permettra de décrire le profil du sujet. Sans toutefois, rappelons-le, oublier les obligations déontologiques à l'égard de la confidentialité et à l'anonymat sur l'identité des enquêtés.

5- Les critères de sélection

Les critères sur lesquels nous nous sommes basées pour la sélection des cas constituant notre groupe de recherche sont les suivants :

- **Critère d'inclusion**

1- Ce sont tous des sujets addicts, dont le diagnostic a été formellement posé par un professionnel de la santé mentale (dans notre recherche, le diagnostic est posé par, Dr Derguini, Dr Bououn, et Dr Ait Abbas). .

2- Ce sont tous des personnes adultes. Est considéré comme adulte un sujet dont l'âge se situe entre 18ans et 65ans (selon l'OMS). C'est celui ou celle qui parvient au terme de sa croissance, à son plein développement. .

3- Ce sont tous des sujets addicts aux différents types de substances psychoactives (Nous n'avons pas retenu un type particulier d'addiction aux substances).

4- Sujet jugé cliniquement apte par le médecin traitant à participer à un entretien de recherche.

5- Consentement informé et libre du sujet.

- **Critères d'exclusion**

1- Les sujets ayant moins de 18ans, parce que selon l'OMS, ils ne sont pas considérés comme adultes.

2- Des addictions non liées à des SPAs telles que : dépendance au travail, aux jeux, à internet, au téléphone...etc.

3- Personne s'étant opposé au traitement de leurs données (sujet n'ayant pas formulé de consentement).

Il est à noter que dans cette recherche, nous n'avons pas pris en considération le sexe du sujet, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, et la langue du sujet en question, ni le nombre d'hospitalisation, et le début de la consommation.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer et définir dans un tableau contenant les prénoms des sujets (que nous avons changés volontairement pour l'éthique de la recherche), leurs âges, leur niveau d'instruction, leurs situations matrimoniales, le type de substance consommée, et enfin le nombre d'hospitalisation.

Tableau N° 5 : Caractéristiques du groupe de recherche

Prénom	AGE	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	Type de substance	Nombre d'hospitalisation
Mohammed	35ans	Secondaire	Commerçant	Marié	Cannabis /Benzodiazépines / Lyrica / Héroïne	2 fois
AbdAlghani	29ans	Secondaire	Commerçant	Célibataire	Alcool / Lyrica / Tramadol / Rivotril.	3 fois
Youcef	32ans	Collège	Commerçant	Célibataire	Lyrica/ Héroïne/ Zetla /Cannabis Cocaïne	1 fois
Salima	30ans	Universitaire	Sans profession	Célibataire	Alcool / lyrica/ tramadol/ cocaïne	1fois
Anis	21ans	Universitaire	Etudiant business	Célibataire	Cannabis/ Tabac/ Héroïne/Cocaïne Marijuana/ Kietyl/ Zetla	2fois
Islem	30ans	Collège	Sans profession	Célibataire	Zetla/ Lyrica/ Exctasy/Tramadol	2fois
Aymen	27ans	Universitaire	Entreprise multinationale	Marié	Alcool / Cannabis/ Lyrica/ Héroïne	1fois
Rida	20ans	Secondaire	Etudiant	Célibataire	Cannabis/ Cocaïne/ Exctasy/ Alcool	2fois
Saber	19ans	Collège	Informaticien	Célibataire	Lyrica/ Zetla/ Subutex/ Tramadol	1 fois
Rym	42ans	Universitaire	Comptable	Mariée	Tabac/ Cannabis	1 fois

(Source : Elaboré par nous-mêmes)

Ce tableau présente les caractéristiques de notre groupe d'étude. Il se compose de deux femmes et huit hommes adultes, leurs âges varient de 19 ans à 42 ans, avec un niveau d'instruction différent de l'un à l'autre (collège, secondaire, universitaire), leurs situations professionnelles sont aussi différentes ; nous avons trouvé des commerçants, étudiants, informaticien, comptable, et même des sujets sans profession. Pour la situation matrimoniale, nous avons sept sujets célibataires et trois qui sont mariés. Par rapport aux substances les plus consommées par les sujets, nous en citerons : lyrica, zetta, cannabis, cocaïne, tramadol, alcool, héroïne, ecstasy, et le tabac. Et ils sont tous hospitalisés : Youcef, Salima, Aymen, Saber, et Rym pour la première fois, Mohamed, Anis, Islem, et Rida pour la deuxième fois, AbdAlghanipour la troisième fois.

6-Outils de la recherche

Dans cette étape, nous aborderons les outils que nous avons utilisés afin d'effectuer notre recherche, ceux-ci ont pour fonction de recueillir le maximum d'informations sur nos sujets, et de répondre à nos questions afin de vérifier notre hypothèse. Notre premier outil est le récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif.

6-1- Le récit de vie

Le récit de vie constitue un outil de recherche largement appliqué, et ce dans de nombreuses disciplines allant de l'histoire à la sociologie, l'ethnologie, et la psychologie.

Ainsi, le récit de vie comme méthode de recherche s'appuie sur l'activité de narration comme forme d'élaboration du temps vécu et de l'histoire produisant une certaine figuration de soi.

En psychologie, Legrand, conçoit le récit de vie comme « *la narration ou le récit, écrit ou oral, par la personne elle-même de sa propre vie ou de fragments de celle-ci* » (Legrand, 1993). Par ailleurs, le psychologue distingue l'histoire de vie, la vie ou l'histoire elle-même, à caractère objectif, du récit de vie, la « *recomposition narrative de cette vie, ou de cette histoire* » (Legrand, 1993). Donc, le récit de vie est bien la technique de recueil de données de l'histoire de vie.

D'après Niewiadomski (2019), le terme *récit de vie* désigne la production orale d'une personne (appelée « *narrateur* » ou « *narratrice* »), à partir d'une sélection d'événements vécus au cours de son existence. Cette production langagière s'effectue à l'occasion d'un

échange avec un ou plusieurs interlocuteurs (le ou les narrataires) dans une situation contextuelle donnée. L'usage du récit de vie s'ouvre ainsi à des utilisations très diverses pouvant aller des pratiques courantes de la conversation ordinaire à des dispositifs de recueil de données à finalité d'accompagnement et/ou de recherche en sciences humaines et sociales (Niewiadomski, 2019, p.136).

Encore, « *Le récit de vie est une narration autobiographique faite par un narrateur à un ou plusieurs interlocuteurs, appelés narrataires, et est le plus souvent définie comme un récit individuel. La narration dont il est question porte sur un fragment, une période ou une série d'expériences de la vie propre de la personne narratrice. En recherche, ce récit répond à une demande explicite d'un chercheur intéressé à recueillir cette information privilégiée* » (Gaulejac & Legrand, 2015, p.67).

Pour conclure, le récit de vie est une méthode qualitative extrêmement riche : il favorise le développement personnel des individus qui s'y prêtent, il est un fondement à la vie cognitive et émotive, il est agent de mémoire, il génère du sens et, enfin, il soutient, porte le processus de construction identitaire (Rappaport, 1987, Cité par, Rhéaume, 2008, p. 71). Dans cette optique, le sujet qui se raconte donne « sa version à la fois singulière et sociale de vivre son humanité » (Leray, 2000, p. 4).

Nous avons adopté cette technique de récit de vie dans notre recherche parce qu'elle nous permet de recueillir et de traiter les récits obtenus auprès de personnes rapportant leur vécu et leur présent. En tant que chercheuses, nous n'avons pas l'intention de rechercher la vérité mais plutôt d'appréhender la réalité comme nos sujets la voient, la sentent, et la vivent. Et l'entretien ici dans notre travail s'est fait à partir d'une trame ayant permis l'orientation des récits obtenus.

Par ailleurs, nous avons recouru à l'entretien semi directif pour recueillir la version la plus complète du récit de vie. En ce sens, il apparaît que les entretiens libres, lorsque l'individu choisit librement les thèmes qu'il souhaite aborder dans un récit de vie, produisent rarement une bonne matière de travail. L'interview devrait donc être orientée en fonction de l'objet de la recherche (Mucchielli, 1991).

En effet, nous sommes toutes les deux conscientes du fait que vivre des événements traumatiques peut être difficile ou même impossible à raconter. Feldman (2009) rapporte que l'impact de la souffrance sur la puissance d'agir se fait à quatre niveaux : la parole, le faire, la

narration et de l'estime de soi. La fonction du récit est atteinte, et le fil narratif est rompu en raison d'une focalisation sur l'instant, dans une sorte d'interruption du temps. Cela peut alors conduire à une absence totale de récit. Lorsque, malgré tout, un récit émerge, il est possible de l'analyser soit à travers son contenu, soit à travers sa forme. C'est cette deuxième dimension qui a été la plus étudiée à propos des récits d'événements traumatiques. En effet, la structure d'un récit permet la mise en évidence des marques traumatiques, alors que, aussi violent et potentiellement traumatogène soit-il, il ne peut renseigner sur la réaction individuelle d'un sujet, sachant qu'un événement donné n'a pas le même effet traumatique sur tous les individus qui y sont exposés. Dans certains récits, on identifie une répétitivité et une immuabilité du récit, comme une répétition à l'identique de l'événement. Par ailleurs, l'absence de flexibilité et de souplesse est caractéristique d'une organisation du récit, décrite comme évocatrice du trauma (Feldman, 2009, p.282).

D'ailleurs, les histoires de vie reflètent à la fois la réalité historique et la réalité psychique de chaque personne. Dans nos récits, nous avons recueilli la façon dont les événements traumatiques ont transformé les chemins individuels, et ont sans doute conduit aux conduites addictives des patients.

La consigne du récit de vie que nous pouvons utiliser est la suivante « *Je vais vous demander de me parler des moments ou des événements qui vous permettront de retracer l'histoire de votre vie, pour cela vous pouvez vous aider d'une ligne de vie* »

Afin d'utiliser cette méthode, le psychologue - chercheur choisit au préalable un sujet, il y a tout d'abord prise de rendez-vous afin d'expliquer au narrateur le but de la démarche, ce que le chercheur attend, sur quoi il travaille, et les raisons pour lesquelles le narrateur a été choisi comme étant « significatif du phénomène X ». Il faut ensuite passer un contrat avec cette personne, pourquoi a-t-on pensé à elle et pourquoi on souhaite faire un récit sur sa vie ? Puis, le psychologue-chercheur et le sujet conviendront d'un lieu d'entretien, de préférence neutre pour qu'il n'y ait pas d'élément perturbateur. Le psychologue-chercheur peut s'aider de support pour l'entretien, il peut utiliser une grille d'entretien, prendre des notes et la plupart du temps le récit est enregistré avec l'accord du narrateur. Cela permet une retranscription complète de l'échange et aide à construire une lignede vie (reprise de la vie de la personne en termes de : dates, évènements). Enfin il est demandé au sujet de raconter sa vie de manière globale (son enfance, sa famille, les liens de filiations...). Dès que le narrateur termine, le psychologue-chercheur doit interpréter et dégager des hypothèses, qui sont des réponses

provisoires à la question de départ. Nous remarquons que cette méthode se déroule, en principe, en trois phases:

- 1- Prise de contact et établissement d'un contrat qui porte sur les modalités de déroulement, de durée des entretiens et des règles de ces derniers.
- 2- Phase de recueil du récit de vie, entretiens enregistrés et retranscrits.
- 3- Analyse et retour sur l'énoncé. C'est le moment où l'on revient vers la personne et où l'on reprend avec elle ce qui a été dit (L'approche du récit de vie, 2009).

Dans notre recherche, la passation de l'entretien a été effectuée dans un bureau de psychologue, on s'est appuyé sur un guide d'entretien semi-directif que nous avons préparé à l'avance, et on a pu avoir l'accord des sujets pour lancer l'enregistrement.

De plus, un récit de vie n'est pas n'importe quel discours : c'est un discours narratif qui s'efforce de raconter une histoire réelle et qui, de plus, et à la différence de l'autobiographie écrite, est improvisé au sein d'une relation dialogique avec un chercheur qui a d'emblée orienté l'entretien vers la description d'expériences pertinentes pour son étude. Pour cela, la question de l'analyse devient dès lors beaucoup plus précise : il ne s'agit pas d'extraire d'un récit de vie toutes les significations qu'il contient, mais seulement celles qui sont pertinentes pour l'objet de la recherche et qui y prennent le statut d'indices. Ces significations-là sont relatives à différents « niveaux » ou ordres de réalité que nous nous efforcerons de préciser et d'exemplifier (Bertaux, 2005, pp.68-69).

Nous avons donc ici, dans cette présente recherche, recouru au récit de vie car la narration que pourra faire le sujet de recherche de son histoire, servira de base pour répondre à notre question. Dans ce sens « *le récit de vie individuel mobilise et implique la personne dans son projet de vie, effet identifié comme efficacité narrative du récit sur le narrateur* » (Gaulejac & Legrand, 2015, p.67). En effet, cette méthode est l'outil privilégié pour la compréhension du parcours existentiel de nos sujets de recherche. Nous avons ensuite pris ces narrations et nous avons tenté une interprétation pour donner sens à ces récits, car comme nous le savons, le récit de vie recouvre deux registres différents, un, relatif à la réalité historique des événements vécus, et l'autre relatif à l'expression et à la signification de ces vécus.

Ainsi, Pour l'analyse des récits de vie, on peut repérer les approches suivantes :

- L'analyse diachronique qui met l'accent sur la succession d'événements marquants qui se sont succédés dans le temps et tente d'éclairer les relations avant/après entre ces événements (Bertaux, 1997).
- L'analyse compréhensive qui va tenter de se former une représentation des rapports et des processus qui sont à l'origine des phénomènes dont parle le récit recueilli. Cette dernière demande d'associer, dans sa mise en œuvre imagination et rigueur (Kaufmann, 1996).
- L'analyse comparative qui consiste à élaborer progressivement un modèle de plus en plus précis et riche faisant apparaître des récurrences entre différentes situations (Bertaux, 1997).
- L'analyse catégorielle qui a pour objet d'élaborer des catégories biographiques telles que les « carrefours » ou les « moments charnières », « événements » ou « catastrophes » (Legrand, 1993).

Pour l'analyse des récits de vie issus de notre recherche, nous avons retenu la méthode de l'analyse diachronique, car elle met l'accent sur la succession d'événements marquants qui se sont succédés dans le temps. Comme elle tente aussi d'éclairer les relations avant / après entre ces événements. Par conséquent, elle nous a permis d'exploiter de façon exhaustive nos données et de répondre d'une manière assez complète à notre question de recherche.

Pour conclure, la méthode des récits de vie, malgré sa faiblesse parfois, se révèle très féconde pour analyser et comprendre les situations de vie vécues par les individus.

Nous terminons donc cet élément de la recherche qui traite du premier outil que nous avons utilisé, et qui nous a aidé à recueillir des récits rapportant le vécu passé et présent de nos sujets (récit de vie). Et nous présenterons maintenant en détail l'outil de l'entretien.

6-2- L'entretien de recherche

Notre étude est basée, comme nous l'avons expliqué précédemment, sur la méthode du récit de vie. Nous avons décidé d'étayer et de soutenir cette technique par un guide d'entretien pour faciliter l'approche du parcours de nos sujets, notamment sur le plan de l'itinéraire personnel. L'objectif de ce guide est de permettre aux sujets de recherche de relater leurs vies et les événements qui la composent. Les questions dans l'axe nommé « *trajectoire de vie* » sont ordonnées de façon chronologique. Le but principal est de repérer en tant que chercheuses en psychologie clinique les événements les plus significatifs cliniquement dans la

vie de nos sujets et qui ont laissé des traces de nature traumatiques et qui peuvent permettre une compréhension des troubles addictifs présents chez eux.

L'entretien demeure une méthode très utilisée en psychologie autant pour l'évaluation clinique que pour la recherche. L'entretien est une situation de communication orale, qui implique un enquêteur (celui qui pose les questions) et un enquêté (celui qui est soumis à une interview). Donc l'entretien consiste à interroger oralement les répondants pour obtenir les résultats désirés.

En effet, l'entretien est une méthode plus souple, qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie. L'entretien se déroule habituellement autour d'un thème proposé par le chercheur. Il peut se réaliser face à face, individuellement ou en groupe. Dans son sens large, l'entretien peut avoir de nombreuses fonctions, comme interroger sur un sujet précis, transférer des informations soutenir ou évaluer les connaissances d'une personne (Tétrault&Guilez, 2014).

Par ailleurs, l'entretien de recherche est une des méthodes les plus utilisées pour mener une étude qualitative dans un mémoire ou une thèse en sciences humaines et sociales, notamment en psychologie clinique : il vise à la compréhension du fonctionnement psychique d'un sujet, en se centrant sur le discours, le vécu et la relation.

En ce sens, « *l'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet* » (Bouvet, 2015, p.12).

De plus, il constitue un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique, mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande (Chahraoui&Bénony, 2003, pp. 141-142).

De ce fait, afin de mener notre recherche, nous avons donc opté pour un entretien de recherche, car c'est un outil indispensable, et fortement recommandé pour accéder aux informations subjectives (biographie, histoire, récit, douleur, sentiment...etc.). Et aussi un moyen qui permet de saisir les attitudes et les représentations du sujet sans qu'elles aient été influencées par l'idée qu'il pourrait se faire des attentes de l'enquêteur. Evidemment, l'intérêt d'avoir choisi cet outil est de permettre aux sujets de recherche de relater leurs vies et les événements la composant, mais aussi de pouvoir mesurer l'impact du vécu des sujets addicts en rapport avec l'événement ou les événements traumatiques.

En outre, nous avons adopté l'entretien de recherche, car il nous semble que c'est la méthode d'investigation la plus appropriée pour recueillir, à partir de l'échange verbal et infra verbal, les indices témoignant de la présence ou pas d'un ou plusieurs événements traumatisants dans la vie du sujet.

De plus, les entretiens ont constitué parfois des épreuves douloureuses aussi bien pour les participants que pour nous. Ils ont souvent mené les sujets à revivre certains souvenirs difficiles. Les témoignages de certains sujets étaient tellement poignants que nous n'avons pas pu éviter d'être touchée.

Lors de la planification de la démarche, il est nécessaire de déterminer le type de l'entretien désiré. Cette décision se base sur l'objectif de l'étude et les attentes du chercheur, et ainsi selon le besoin de l'information. Cependant, l'entretien clinique de recherche est de trois types : l'entretien directif, semi-directif, et non directif. Dans notre recherche nous avons préféré l'entretien clinique semi-directif avec les sujets, aussi appelé entretien qualitatif ou approfondi. Il se base sur des interrogations, assez généralement formulées et ouvertes, et qui selon Chahraoui et Benony (2015), permettent au clinicien de s'effacer pour laisser parler le sujet. Ce type d'entretien est alors un outil pertinent dans le sens où il permet non seulement de cibler les questions posées tout en laissant l'enquêté libre d'approfondir ou de développer ses réponses à sa guise. Mais aussi de répondre à l'hypothèse en orientant le discours autour de notre thème de recherche.

Ainsi, ce type d'entretien essaie de diminuer le plus possible les désavantages inhérents à la directivité (risque d'enfermer le patient) et ceux liés à la non directivité (l'obtention de données vagues, ou peu utiles, le non-respect du temps...), et parce que notre

étude est basée sur un récit de vie étayé à l'aide d'un guide d'entretien, il nous semble que ce type d'entretien est le plus adéquat à la réalisation de notre étude.

Par ailleurs, on ne pourrait comprendre des comportements que si on les observe d'une façon rigoureuse, c'est ainsi que pendant l'entretien clinique semi-directif, l'observation est considérée en elle-même comme un outil indispensable, portant sur un certain nombre d'éléments qui sont autant des effets de la réalité psychique. La réalité psychique n'est pas observable en soi, elle est reconstruite à partir de l'observation de ses effets : les signes, les symptômes, le langage, les messages verbaux et non verbaux, les comportements, les conduites, les interactions, les productions diverses, etc (Cicccone, 2014, pp.65-78).

L'observation parfois appelée « *travail de terrain* » est une étape essentielle dans toute recherche. Elle comprend l'ensemble des opérations par lesquelles le modèle d'analyse (constitué d'hypothèses et de concepts avec leurs dimensions et leurs indicateurs) est soumis à l'épreuve des faits, confronté à des données observables. L'observation permet toujours la récolte et l'analyse de matériaux « *concrets* » tels que des réponses aux questions posées dans un questionnaire, des propos recueillis dans le cadre d'entretiens...etc (Campenhoudt&Qruvy, 2011). L'observation est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes du sujet souffrant, elle ne peut que se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité. Dans notre recherche, durant le déroulement de l'entretien, notre attention s'est spécialement portée sur la parole du sujet (sur ce qui est verbalisé par le sujet mais aussi sur ses comportements).

En ce sens, ce type d'entretien est d'usage complémentaire. Nous pouvons alors nous en servir pour poser des questions rien que pour orienter le discours de certains thèmes. L'entretien semi-directif se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. Les thèmes à aborder sont fixés à l'avance. On procède en générale à ce type d'entretien pour poser des questions plus ouvertes et ainsi pouvoir relancer la personne interrogée, une vraie discussion peut alors avoir lieu à ce moment. (Une discussion approfondie).

De même, d'après Béatrice (2005), cet entretien nous permet de retracer les différents moments de la vie du sujet. Donc, préparer des questions ouvertes à l'avance est indispensable. C'est pour cela que l'entretien clinique est toujours accompagné d'un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ces axes porte un titre ou une thématique et ouvre sur un certain nombre de questions relatives à chaque axe. Il se définit ainsi : « *le guide d'entretien est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en*

indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en questions 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).

De plus, « *il comprend des axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, celles-ci ne sont pas posées de manière directive, il s'agit beaucoup plus de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien » (Bénony & Chahraoui, 1999, p.69).*

Encore, « *la souplesse de l'entretien semi directif permet de poser des questions de manière à établir des liens entre les différents sujets à approfondir d'avantage à établir certains éléments énoncés par le participant » (Tétrault & Guilez, 2014, p.223).*

Notre étude est basée sur la méthode de récit de vie étayé sur un guide d'entretien, nous avons donc élaboré un guide d'entretien semi-directif qui se compose de 16 questions. Nous avons décidé de limiter le nombre de questions à seulement 16 questions pour ne pas interrompre le sujet lorsqu'il nous raconte son parcours de vie (pour l'ensemble des questions, voir l'annexe N°1).

En premier lieu, nous avons élaboré cinq premières questions destinées au recueil d'informations personnelles. Ensuite, nous avons divisé le guide d'entretien en deux axes : le premier axe est intitulé : « *informations sur les troubles addictifs chez le sujet* », il est composé de cinq questions. Le but de cet axe est de connaître : l'âge de consommation, les types de substances utilisées, les antécédents d'addiction dans la famille, le ressenti du sujet après la prise en charge. Le deuxième axe est intitulé « *informations sur la trajectoire de vie du sujet addict* », cet axe se compose de trois parties (enfance, adolescence, âge adulte) et de six questions. Le but de cet axe est de laisser le sujet nous raconter l'histoire de sa vie, notamment les événements difficiles.

Tous les entretiens se sont déroulés dans le bureau du psychologue, et avant de commencer chaque entretien, nous avons donné au sujet la consigne de l'entretien : « *nous allons vous poser des questions vous concernant et concernant le trouble addictif que vous présentez* ». Puis lorsqu'on arrive au deuxième axe qui s'intitule « *informations sur la trajectoire de vie du sujet addict* », nous allons remplacer la première consigne d'entretien par celle de récit de vie, ce qui va nous permettre de ne pas influencer le sujet, ou d'interrompre son récit et son témoignage, et ainsi le laisser s'exprimer librement. La consigne est la suivante : « *on va vous demander de nous parler des moments ou des événements qui vous*

permettront de retracer l'histoire de votre vie, pour cela vous pouvez vous aider d'une ligne de vie : enfance- adolescence- âge adulte », nous ajoutons, pour une meilleure compréhension : *« par exemple, parlez-nous de tout ce que vous pouvez vous rappeler depuis votre enfance jusqu'à aujourd'hui »*. Mais, même dans cet axe, nous recourons au guide d'entretien pour orienter, encadrer, et limiter les réponses du sujet lorsque le discours ne répond pas à nos objectifs, car nous sommes limitées par le temps.

Toutefois, et après avoir donné la première consigne de l'entretien, nous avons demandé aux sujets la permission d'utiliser le magnétophone pour enregistrer intégralement leur discours. Avec une explication complète de l'éthique et de la déontologie de la recherche.

Par ailleurs, pour l'analyse des données, deux grandes méthodes sont à différencier : l'analyse quantitative et l'analyse qualitative. Selon, Alami et al *« les méthodes qualitatives ne sont ni plus ni moins pertinentes que les méthodes quantitatives. La pertinence d'une méthode s'évalue à la lumière de la finalité de la recherche. Elle dépend de son contexte de mobilisation, des objectifs assignés à la recherche et, plus globalement, de la question à traiter »* (Alami et al, 2008, p.10). A cet effet, dans notre démarche d'analyse de l'outil de recherche *« un récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif »*, nous avons retenu la méthode qualitative. Car celle-ci nous semble plus appropriée, et cela en s'appuyant sur l'idée que l'interprétation des données et des résultats leur procure la qualité d'être intelligibles et interprétables. Nous avons également essayé de faire une lecture clinique du discours du sujet, et cela en nous basant sur l'approche psychodynamique.

De ce fait, l'analyse qualitative est une lecture globale, non détaillée qui permet au chercheur de se familiariser avec un problème donné (Chahraoui, Bénony, 2003). En effet, dans les méthodes qualitatives, ce qui caractérise les techniques de traitement ou d'analyse c'est, essentiellement, la mise en œuvre des ressources de l'intelligence pour saisir des significations. Les rapprochements, les confrontations et les mises en relation de données, les mises en perspective et les cadrages, la saisie des récurrences et des analogies ainsi que les généralisations et les synthèses font surgir des significations. Il s'agit donc toujours, par un travail intellectuel, de faire surgir le sens qui n'est jamais une donnée immédiate et qui est toujours simple et à la fois structurant et structuré, participant de manière diffuse à un ensemble de phénomènes (Paillé & Mucchielli, 2016, p.28).

7- Le déroulement de la recherche

Avant d'aborder notre enquête sur le sujet de notre recherche, il nous a semblé nécessaire de définir, puis de présenter l'étape préparatoire de celle-ci, qui est une phase indispensable par laquelle doit débiter toute investigation scientifique, à savoir la pré-enquête.

7-1- La pré-enquête

L'étape de la pré-enquête est une étape cruciale, et primordiale dans toute recherche scientifique. La pré-enquête est une phase exploratoire qui sert de préparation à l'enquête. Elle se révèle très utile car elle nous permet d'étoffer notre problématique et nos hypothèses, de vérifier la disponibilité des cas, et la fiabilité de notre outil. Il s'agit donc d'une petite immersion dans le milieu et d'une prise de contact avec le terrain.

De ce fait, « elle constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique, puisqu'elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter votre recherche, c'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où il y a un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente » (Cario, 2000, p.11).

Après avoir ramené la lettre d'envoi du stage au niveau du bureau de stage de notre département. Dans le but de valider notre objectif et afin d'aboutir à une question de recherche, notre pré-enquête aurait dû se réaliser au niveau de l'hôpital de Drid Hocine de la wilaya d'Alger, mais pour plusieurs raisons, nous avons dû nous tourner vers la Clinique de Gestion du Stress et de l'Anxiété qui se situe à Hydra (Alger).

Le 1 avril 2021, nous nous sommes présentées à l'hôpital de Drid Hocine, en tant qu'étudiantes en deuxième année master psychologie clinique, avec l'idée d'effectuer une étude sur le « *psychotraumatisme et addiction* ». Au début, nous avons rencontrés la psychologue du service de consultation, Madame X, afin qu'elle nous donne son accord pour avoir accès à ce service. Et avec laquelle, nous avons pu discuter de notre sujet de recherche et des raisons qui nous ont poussées à choisir ce dernier. Elle était intéressée par cette thématique, mais elle nous a orientées vers le psychiatre chef, professeur Nadjari pour avoir

d'abord son accord. Ce jour là, il n'était pas disponible et nous n'avons pas pu le voir car il était en mission. La psychologue nous a promis qu'elle allait nous appeler dès que le professeur reviendrait à l'hôpital. Au bout de neuf jours, la psychologue nous a appelées pour nous dire que le professeur était revenu.

Le 11 avril 2021, nous nous sommes présentées pour la deuxième fois à l'hôpital de Drid Hocine, mais cette fois-ci pour rencontrer le professeur Nadjari, qui nous a reçues dans son bureau. D'abord nous nous sommes présentées, ensuite, nous lui avons expliqué notre thème et l'intérêt de notre recherche. Il a tout de suite paru intéressé, puis, il nous a donné son accord, ce qui nous a permis de rencontrer pour la deuxième fois la psychologue pour qu'elle nous explique la procédure. Elle nous a reçues dans son bureau ; nous lui avons annoncé que nous avons obtenu l'approbation du professeur, ensuite, nous lui avons demandé quand allons-nous commencer notre stage. La psychologue, nous a répondu et nous a dit qu'on ne pouvait commencer qu'après Aid-El-fitr. (Pour des raisons personnelles qui la concernent, il nous a donc fallu attendre 35 jours pour qu'on puisse commencer).

Le 16 mai 2021, nous nous sommes présentées à l'hôpital, pour commencer notre pré-enquête. Après avoir rencontré la psychologue dans son bureau, elle nous a informé qu'il était impossible de fixer les jours de stage, car les sujets qui nous intéressent sont suivis en externe, et qu'ils respectent rarement leurs rendez-vous. Pour cette raison, nous avons continué de nous présenter à l'hôpital durant une semaine (du 16 mai jusqu'au 22 mai), mais nous étions toujours sans résultats. De ce fait, nous étions contraintes d'aller dans un autre lieu de stage, et ceci a été fait à l'aide d'une recherche sur internet. Nous avons donc pu trouver deux lieux, l'un se situait à Blida « *Hôpital de Frantz-Fanon Blida* », et l'autre se situait à Hydra « *Clinique de gestion du stress et de l'anxiété* ». Suite à la crise sanitaire qui a connu une grande propagation notamment dans la wilaya de Blida, nous avons décidé de nous diriger vers la clinique située à Hydra.

Le 26 mai 2021, nous nous sommes présentées à la clinique de gestion du stress et de l'anxiété, où nous avons été accueillies par un professeur spécialisé en addictologie. D'abord, nous nous sommes présentées, ensuite, nous lui avons exposé le problème qui nous a amené à changer le lieu de notre stage, et nous lui avons expliqué le but de notre recherche, nous avons également discuté de la disponibilité des cas au sein de la clinique (cela, pour éviter de tomber dans le même problème). Le professeur a été compréhensif, et nous a demandé de l'excuser pour quelques minutes afin qu'il puisse discuter de cette problématique avec la directrice de la

clinique. Après une quinzaine de minutes, le professeur revient au bureau où nous étions, et nous demande de l'accompagner au bureau de la directrice. Cette dernière nous a reçues et a été mise au courant de notre recherche. Le professeur lui ayant tout expliqué, elle nous a directement donné son autorisation. Cependant, elle a dû attirer notre attention sur certaines conditions concernant la clinique.

Dans le même jour, et après avoir terminé notre discussion avec la directrice, nous sommes revenues au bureau du professeur afin de le remercier. Nous sommes donc sorties avec l'approbation de la directrice (et ceci grâce à l'aide du professeur Dergini).

Nous avons alors commencé notre pré-enquête le 27 mai 2021, celle-ci a duré une semaine avec une fréquence de six fois par semaine (de 09h jusqu'à 16h et 30minutes). Dès notre premier jour de stage, nous avons essayé de nous adapter et de nous familiariser à cette clinique, afin d'avoir une idée sur les particularités, les principes, et le mode de fonctionnement ainsi que les objectifs de celle-ci. Et pour cela, Mme Saifi nous a apporté une immense aide, sans laquelle nous n'aurions pas pu effectuer des observations cliniques sur les différents cas hospitalisés et souffrant de maladies psychiatriques, que ce soit aux étages réservés aux femmes ou ceux des hommes. C'est ainsi que nous avons découvert les étages de la clinique où allait se faire notre pré-enquête et également notre enquête.

Soulignons aussi, que durant notre pré-enquête, nous avons pu rencontrer deux sujets addicts aux quels nous avons adressé les trois questions suivantes : la première question s'interroge sur les informations générales du sujet « *pouvez-vous vous présenter ?* », la deuxième concerne leur addiction : « *quand avez-vous commencé la consommation de ces substances ? Pourquoi ?* », la troisième question leur demande de raconter un événement difficile de leur vie. Ceci a été évidemment fait après avoir eu le consentement de ces deux sujets.

Le premier cas, c'est Monsieur A, un jeune adulte, âgé de 27ans, fils unique, n'a qu'une seule sœur. Il a un niveau d'instruction universitaire, il travaille comme responsable en marketing, il est marié et sans enfants. Monsieur A nous a dit « *ma première consommation remonte à l'âge de 17 ans à cause du viol qu'a subi ma sœur par des garçons de mon quartier* ». Il a ajouté « *cet horrible événement, ce cauchemar, m'a transformé en fou consommateur, je ne peux plus m'endormir, je ne peux plus être heureux, cet événement me tue en silence, comment puis-je supprimer ces idées si je ne consomme pas* » déclare-t-il.

Du premier cas, nous retenons, que d'emblée, le sujet rapporte un événement douloureux à valeur traumatique et vécu comme s'il avait été subi par le sujet lui-même. Quoique l'agression ait été subie par un proche de la famille, le DSM5 (2015), considère que dans ce genre de situations, des personnes comme A peuvent s'exposer au risque de développer une réaction traumatique, surtout si le type d'agression, comme ici, est de nature sexuelle (qui reste un sujet tabou et sensible chez nous et ailleurs).

Le deuxième cas, c'est Monsieur Y, un jeune adulte, âgé de 24 ans, le troisième dans une fratrie de quatre, il a un niveau d'instruction terminal (secondaire), et il travaille comme commerçant. Il est célibataire. Monsieur Y nous a dit « *ma première consommation a été en 2015, j'avais 18 ans, et c'était à cause du décès de ma sœur* ». Il a ajouté : « *le 07 juillet 2015 a eu lieu le cauchemar de ma vie, j'ai perdu ma sœur, notre maison a perdu sa lumière. J'ai perdu ma sœur qui nous a quittée très tôt, parce qu'elle est tombée du cinquième étage. Son absence a été horrible, sa perte était un choc. Et depuis cet événement, je n'arrive plus à dormir, sa voix est toujours dans mes oreilles, et son sourire est souvent devant mes yeux, je me dis à chaque fois pour quoi nous a-t-elle quittée?* ».

La deuxième histoire est tout aussi douloureuse. Une perte qui semble être traumatique, un deuil traumatique semble aussi se dégager de son récit.

En somme, cette pré-enquête, nous a permis de nous assurer de la faisabilité de notre recherche et des conditions d'étude, ainsi que la possibilité d'obtenir le consentement des sujets addicts pour constituer notre groupe de recherche. Elle nous a également aidées à élaborer notre guide d'entretien. Et nous a amenées à poser des questions et à formuler notre hypothèse. D'ailleurs pour les vérifier nous avons choisi le récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif comme outil d'investigation. Celui-ci pourrait nous permettre de répondre à tous nos objectifs.

7-2- L'enquête

« *L'enquête, c'est la phase de vérification systématique des hypothèses. Elle comporte la collecte des données, le traitement des données et l'analyse des résultats* » (Blanchet & Gotman, 2007, pp.24-25).

Le mérite principal de l'enquête est d'occuper une position intermédiaire entre la démarche clinique et la recherche de laboratoire. Comme pour la psychologie clinique, les

problèmes étudiés sont ceux qui touchent les personnes interrogées, les solutions qu'elles tentent de leur rapporter, les réponses qu'elles produisent et qui engagent la totalité de leur personnalité. Mais l'enquête est aussi la recherche de régularités entre les groupes, les opinions, les comportements, les connaissances, c'est même la recherche de lois générales. C'est-à-dire qu'elles tentent de rendre compte une façon rationnelle des liens qui existent entre tous ces éléments, voire d'être capable de prévoir des comportements, des opinions, etc. (Ghiglione & Richard, 2007, p.35). Donc, l'enquête vise en effet à répondre à une interrogation autour du phénomène étudié.

Notre enquête s'est étalée sur une période de 13 jours : du 3 juin 2021 jusqu'au 15 juin 2021 au sein de la clinique de gestion du stress et de l'anxiété de Hydra, wilaya d'Alger, au niveau du service des addictions. Nous nous présentions six fois par semaine de 9h00 jusqu'à 16h30 dans le but de recueillir le maximum d'informations sur les addicts et leurs lignes de vie.

Depuis le début de notre enquête jusqu'à la fin de celle-ci, tous les sujets se sont montrés coopératifs jusqu'au bout, ces derniers nous ont affirmé leur disponibilité à répondre à toutes les questions posées. Nous avons tout de même veillé à respecter la volonté de ces patients en nous assurant de leur consentement éclairé. Nous leur avons également garanti que leurs informations personnelles resteront confidentielles et anonymes, et que nous allons les utiliser seulement dans le but d'une recherche scientifique. Nous avons ainsi expliqué notre recherche et notre objectif de recherche pour chacun des cas, d'une manière simple et claire. C'est ainsi que s'est formé de notre groupe de recherche.

Ce dernier est constitué de dix cas adultes, et plus précisément de deux femmes et huit hommes.

Afin de rassembler les informations nécessaires à notre travail de recherche, nous avons utilisé un récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif, avec les sujets, en leur donnant au début la consigne suivante : « *nous allons vous poser des questions vous concernant et concernant le trouble addictif que vous présentez* ». Puis, lorsque nous arriverons à l'axe N°2, nous remplacerons la consigne d'entretien par celle de récit de vie, qui est la suivante : « *on va vous demander de nous parler des moments ou des événements qui vous permettront de retracer l'histoire de votre vie, pour cela vous pouvez vous aider d'une ligne de vie, enfance- adolescence- âge adulte* ». Nous ajouterons, pour une meilleure

compréhension : « *par exemple, parlez-nous de tous que vous pouvez vous rappeler depuis votre enfance jusqu'à aujourd'hui* ». Aussi, nous avons demandé aux sujets la permission d'utiliser le magnétophone pour enregistrer intégralement leur discours. Et le magnétophone a été disposé ensuite sur le bureau d'une façon visible. En outre, pour une meilleure observation des discours non verbaux (mimique, gestuelle,...) nous avons utilisé un bloc note (prise de notes pour les éléments observés), pour recueillir le maximum d'informations, et avoir une meilleure analyse des données.

Nous avons passé les entretiens dans le bureau d'un psychologue, avec une moyenne de 45 minutes à une heure pour chaque sujet. Nous avons également été appelées à faire plus d'un entretien avec chacun d'entre eux (de deux à trois séances). En ce qui concerne la langue de l'entretien, nous avons employé le français, vu que les sujets constituant notre groupe de recherche comprennent et assimilent la langue française, mais de temps en temps, ils leur arrivaient d'alterner du français avec de l'arabe, ce que nous respectons et acceptons évidemment.

A la fin de chaque entretien, (passation de notre outil de recherche « *récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif* ») nous avons remercié les sujets pour leur participation à notre enquête et pour le temps qu'ils nous ont consacré pour répondre à nos questions. Ainsi, nos questionne de recherche peut réveiller le sentiment du trauma chez nos sujets d'étude. Pour cela, nous avons demandé à l'avance à la psychologue qui nous a encadrées d'entrer au bureau, à la fin de chaque passation de notre outil de recherche, à fin de vérifier l'état de nos sujets.

Par ailleurs, cette phase nous a permis d'assister à plusieurs ateliers thérapeutiques, tels que les thérapies de groupes, les exercices de jeux de rôles, les exercices pour l'estime de soi, et ceci avec Mme Saifi, Mme Taouri, Mme Bentounes, et Mme Benali, qui sont des psychologues. Nous avons également assisté à des entretiens motivationnels, avec Dr Ait Abass et Dr Bououn, qui sont psychiatres. Et nous avons eu l'immense privilège de découvrir une nouvelle thérapie qui s'appelle RTMS avec Dr Hamzaoui. D'après Dr Hamzaoui, l'objectif principal de cette thérapie est de réactiver certaines zones du cerveau qui ne fonctionnent plus correctement, dans le cas des patients addicts, elle permet de réactiver le neurone responsable du plaisir, après qu'il ait été désactivé et remplacé par les substances psychoactives. Assister à ces ateliers nous a permis de récolter des informations supplémentaires sur nos sujets de recherche puisque ceux-ci y ont participé.

Enfin, pour réaliser notre pré-enquête et notre enquête, nous avons respecté les règles sanitaires en vigueur et relatives à la covid-19 (port du masque, distanciation physique, etc.).

Après avoir décrit le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, nous allons aborder les troisderniers points où nous allons présenter : la déontologie de la recherche, l'attitude du clinicien, et les difficultés de la recherche.

8- Déontologie de la recherche et l'attitude du clinicien

« La déontologie est l'ensemble des devoirs inhérents à l'exercice d'une activité professionnelle libérale et le plus souvent définis par un ordre professionnel » (Didier, 1997, cité par, Ermisse, 2004, p.2).

Selon, Pedinielli, et Rouvier, la déontologie est l'ensemble de règles et de devoirs que se donne une corporation et auxquels sont soumis ses membres. La déontologie vise d'abord à protéger le patient et ses proches contre les excès éventuels des professionnels et dépend de principes moraux affirmés, comme le respect de la dignité et des libertés individuelles (Pedinielli& Rouvier, 2000).

Les règles de déontologie qui encadrent les activités des professionnels de la sécurité publique et privée sont fixées dans différents codes et chartes, elles s'appliquent aussi, de toute évidence, au psychologue chercheur : le secret et la discrétion professionnels, la probité, le discernement, l'impartialité, le respect de la population, le respect des droits de la personne, la compétence...etc. Il faut aussi préciser la nécessité d'obtenir le consentement des personnes qui participent à l'étude et de leur droit à s'en retirer à tout moment.

Dans le cadre de la recherche, le chercheur assume les conclusions de ses travaux après avoir détaillé la façon dont il a obtenu les résultats. Il doit être prêt à fournir un rapport aux personnes sollicitées pour participer à la recherche. Et les modalités des techniques de l'exercice professionnel stipule clairement que les données utilisées à des fins de recherche, de publication ou de communication, sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat, par la suppression de tout élément permettant l'identification directe ou indirecte des personnes concernées, ceci toujours en conformité avec les dispositions légales concernant les informations nominatives (Varescon, 2013, p.63). Donc, les valeurs d'éthique figurent parmi les représentations essentielles les plus évidentes, et se retrouvent aussi parmi les dimensions primordiales à évaluer.

Tout psychologue doit aborder la rencontre avec le patient avec : disponibilité (se rendre disponible), neutralité (absence de jugement, de critique ou de remise en cause. La neutralité ici n'est pas l'indifférence, elle doit être bienveillante), et empathie (ressentir le vécu de la personne, mais sans confusion avec le sien propre. C'est une capacité d'identification au sujet tout en étant à distance et en gardant sa propre identité) (Tourrette, 2014, p.21).

De plus, « *l'attitude du clinicien peut être comprise sous deux aspects : l'attitude visible, comportementale et relationnelle qui permet de créer une relation de confiance au sein de laquelle le sujet se sent suffisamment bien pour qu'il puisse livrer et découvrir son intimité psychique, et une attitude plutôt intérieure, une attitude mentale, intellectuelle, qui fait du psychologue un professionnel qui pense la situation clinique, construit des hypothèses cohérentes dans son référentiel théorico-clinique* » (Bouvet, 2015, p.47).

Selon la définition classique d'Allport (1935), « *une attitude est un état mental de préparation à l'action qui exerce une influence dynamique sur nos comportements, c'est en prédisposition à porter un jugement, à manifester un comportement dans une situation donnée. L'attitude est intérieure, plutôt difficile à objectiver et elle peut être plus ou moins durable et d'intensité variable* » (Allport, 1935, Cité par, Desbrosses, 2007, p.2).

Le chercheur est tenu au respect et à la protection des personnes qui se prêtent à ses recherches, et au-delà au respect de l'espèce humaine et de la vie en général. Ainsi, le chercheur est tenu au secret sur tout ce qu'il aurait appris relativement à toute personne particulière s'étant prêtée à une recherche dans le cadre de cette dernière. Il ne peut lui-même faire usage de quelque information que ce soit recueillie dans ce cadre à l'endroit de la personne concernée. – En aucun cas, de telles informations ne peuvent être transcrites sur quelque support physique que ce soit lorsqu'elles n'ont pas de rapport avec la finalité de la recherche. Lorsqu'elles ont un rapport avec la finalité de la recherche, le chercheur est responsable de leur sécurité et de leur confidentialité (Caverin, 1998, p.96).

En effet, dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes complètement rendus disponibles pour écouter les sujets attentivement, nous avons accepté ce qu'ils nous disaient, sans aucunement essayer de les influencer, ni leur suggérer une réponse, ou un conseil quelconque. Nous n'intervenons que pour les relancer, ou les encourager à développer davantage leurs récits, sans pour autant manifester un quelconque jugement ou critique. Ce

qui nous a permis d'adopter une attitude empathique et d'établir une relation de confiance avec nos sujets, car sans cette dernière, le sujet n'aurait pas pu s'exprimer librement. Comme, nous avons aussi eu recours à des techniques de reformulation pour signaler au sujet que l'on a bien entendu et compris ce qu'il disait. Nous avons donc adopté une posture lors de l'entretien qui permettait de sécuriser le sujet et soi-même et ainsi minimiser les risques de re-traumatisations.

9- Difficultés de la recherche

- Difficultés à obtenir un lieu pour effectuer le stage lié à notre recherche.
- Difficultés à obtenir l'agrément pour la résidence universitaire qui se situe à Ruisseau-Alger.
- Difficultés de déplacement de la résidence universitaire au lieu de recherche (de ruisseau à Hydra, et parfois d'Alger à Bejaia).

Synthèse

Pour conclure, rappelons que toute recherche scientifique nécessite une méthodologie, car cette dernière constitue un élément indispensable dans le plan d'un travail scientifique. Pour cela, il est important que le chercheur se base sur une méthodologie bien fondée qui va lui permettre d'organiser logiquement toutes les étapes de sa recherche.

Dans ce chapitre, la méthodologie nous a servi à organiser le travail en nous basant sur certaines règles et étapes relatives au déroulement de notre raisonnement scientifique. Nous nous sommes alors basées sur l'outil « du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif », qui nous a permis de trouver les réponses les plus adéquates à nos questions, de tester de manière la plus pertinente notre hypothèse, et aussi de recueillir des récits importants sur la trajectoire de vie des sujets addicts, qu'on va présenter, interpréter, et analyser, dans le chapitre qui va suivre.

Chapitre IV

**Présentation, analyse des
données et discussion de
l'hypothèse**

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous aborderons la présentation et l'analyse des résultats obtenus par nos sujets à travers notre outil de recherche : un récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif, qui tout au long de cette partie nous a permis de recueillir des informations riches sur nos sujets d'études.

En premier lieu, on procédera à la présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par un guide d'entretien, cette analyse est présentée en détail pour les dix cas ; Car nous avons estimé que chaque histoire mérite d'être présentée convenablement. En deuxième lieu, nous discuterons sur les résultats que nous avons trouvés, par rapport à notre hypothèse, soit en l'affirmant ou l'infirmant, tout en se basant sur l'approche adoptée (l'approche psychodynamique).

I- Présentation et analyse des résultats.

Cas n°1 : M. Mohammed

1. Présentation et analyse du récit de vie soutenues par un guide d'entretien semi-directif de M Mohammed

Après nous être présentées à Mr Mohammed qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, à fin de vérifier notre hypothèse.

M. Mohammed est un jeune homme âgé de 35ans, originaire d'Alger demeurant à EL hamiz, le deuxième d'une fratrie de deux frères et six sœurs, son niveau d'instruction est de secondaire (2 A.S), marié, père d'une petite fille de 2 ans. exerçant le métier d'un commerçant.

Hospitalisé pour la deuxième fois au niveau de la clinique pour la prise en charge de polyaddiction.

L'entretien avec M. Mohammed s'est déroulé en 3 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction homme » toujours l'après-midi, après la séance du sport et l'atelier thérapeutique, le matin. Le sujet était stable sur le plan comportemental,

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

calme, plutôt souriant, son humeur triste, il n'arrête pas à de bouger son pied et jouer avec ses mains, une forte anxiété. Toutefois son discours était clair et cohérent.

Mr Mohammed maîtrise la langue française ce qui fait on n'a pas eu le recours à une traduction de notre guide d'entretien.

Axe n° 1 : informations sur les troubles addictifs

Lorsqu'on a posé la question à Mr Mohammed, quand a-t-il commencé à consommer les substances psychoactives. Sa réponse était : « *ya hessra, j'étais trop jeune, j'avais à peine 12 ans, meli bedit n consommer* » (j'étais trop jeune, j'avais à peine 12 ans, quand j'ai commencé à consommer). On a remarqué chez le sujet quant-il a indiqué l'âge du début de la consommation, une certaine honte et gêne, il n'a même pas voulu nous regarder. On voyait aussi dans les expressions de son visage une profonde tristesse. Puis il se met à rigoler. Une défense maniaque, procédé antidépresseur.

En lui demandant de nous dire quelle sont les SPAs utilisées, il nous a répondu « *j'ai consommé Saroukh (Lyrica), cannabis et Benzodiazépine (BZD, c'était tout ce que je consomme j'étais petit et je n'avais pas d'argent)*. En suite, on lui a posé une question sur ses premières expériences avec les substances ? Il a répondu comme suit « *Bon, ana je pars toujours chez mes grand parents maternelle à Bab el oued et qui dit Bab el oued dit quartier populaire zetla, l'entourage ta3 el houma où la fréquentation ali kheltni newssl win wesslt duka, au début je l'ai essayé juste pour savoir c'est quoi saroukh wash yedir est ce que sah yetir, les jeunes du quartier étaient plus âgés que moi je me souviens très bien ki kalouli jerbha , rah tehass un sentiment différent, ou ana par force j'étais petit ils m'ont influencé et jerbtha, choufi el win lahkadni duka* » (Bon, moi, je pars toujours chez mes grand parents à Bab el oued et qui dit Bab el oued un quartier populaire du cannabis, l'entourage du quartier n'était pas favorable et la mal fréquentation m'a conduit où je suis maintenant. Au début je l'ai essayé juste pour savoir c'est quoi Lyrica , c'est quoi son effet est- ce que c'est vrais on vol quand on le prend, les jeunes du quartier étaient plus âgés que moi je me souviens très bien, quand ils m'ont dit prend la, tu vas sentir un sentiment différent, et moi tellement j'étais petit, ils m'ont influencé : je l'ai pris et, regardez où elle m'a emmené).

On a remarqué chez le sujet une certaine colère et une culpabilité. Alors, les pairs influences négativement sur l'individu et l'environnement parmi les facteurs de vulnérabilité de l'addiction aux SPAs D'après (Reynaud, 2016).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

On lui a demandé à propos des antécédents familiaux sur la consommation du SPAs , il nous a répondu « *Non , je n'ai pas des antécédents à propos de la consommation , je suis le seul qui consomme , ana berk ali kherjt hakda yaani men la mal fréquentation, wash nendirou makanch....* » (Non, je n'ai pas d'antécédents à propos de la consommation, je suis le seul qui la consomme, je suis l'unique a commencé et dû à la mal fréquentation, ony peut rien faire). On lui a demandé à propos de sa prise en charge actuellement, il nous dit « *Hamdoullah, la prise en charge se passe très bien, c'est vrais au début je n'ai pas voulu me soigner, mes parents m'ont forcé à me soigner après ma dernière rechute, car j'ai arrêté l'héroïne et les autres substances je ne les ai est pas arrêtées, mais cette fois si je ne vais plus les prendre, j'arrête tout pour ma mère, mon père, ma femme et ma fille , et surtout pour moi et ma santé* ».

Axe n°2 : informations sur la trajectoire de vie du sujet

Informations sur l'enfance :

On lui a demandé est ce qu'il peut nous parler de son enfance. En lui posant la question sur les événements heureux et malheureux dont il se souvient. Il répond comme suit : « *j'ai vécu une enfance comme tous les enfants algériens, mon papa me frappe parfois , ki nejibha l rouhi, 3elabalkoum kifach , hhhh..., on a vécu très bien makhessna walou, mais hadja ali demrantii heya quand je voyais mon frère souffre, wana maâlabalich wash bih , il avait une tumeur au niveau de la face interne de la cuisse, il était sous la chimiothérapie , je le voyais souffrir surtout avec les effets secondaires de la chimio, les vomissements, les nausées, il est devenu tout maigre, et pâle... ya rebbi machi habbeb netfeker wash sera gha3* » (j'ai vécu une enfance comme tous les enfants algériens, mon papa me frappait parfois, quand je faisais des bêtises, vous saviez comment hhh..., On a vécu très bien il nous manquait rien, mais il y'avait une chose qui m'avait vraiment détruit c'était quand je voyais mon frère souffrir, et moi je savais pas que ce qu'il avait, il avait une tumeur au niveau de la face interne de la cuisse, il était sous la chimiothérapie, je le voyais souffrir surtout avec les effets secondaires de la chimio, les vomissements, les nausées, il est devenu tout maigre et pâle... oh mon Dieu je ne veux pas me souvenir de ce qui c'était passé).

L'événement qui vous a plus marqué. Il nous a répondu « *haddi, ali vraiment waj3tni, yema la3ziza, après quelques années, de la maladie de mon frère, 3awdet rej3et ma mère merdet, elle aussi elle a eu une tumeur au niveau du col, khelass ma kedrtch gha3 nedkhel*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

haddik dar, je la voyais souffrir mel marde et la chimio, Allah ghaleb je ne supporte plus, koult lazem nekhrejt m dar , notre maison welatli cauchemar, men haddi je me suis parti s'installé chez mes grand parents à l'âge très jeune, malheureusement wash el kit f bab el oued zetla..., le but ta3i ki kherjt men dar c'est de ne pas revivre ce que j'ai vécu avec la maladie de mon frère ».

La chose qui m'a vraiment bouleversé, ma mère, après quelques années, de la maladie de mon frère, ma mère aussi est tombée malade, elle aussi, a eu une tumeur au niveau du col, et moi c'était bon je ne pouvais plus rentrer dans cette maison, je la voyais souffrir avec sa maladie et la chimio, Allah ghaleb, je ne supportais plus, j'ai décidé de sortir de cette maison , notre maison était devenue un cauchemar, depuis celle-là je suis parti m'installer chez mes grand parents à l'âge très jeune, malheureusement je n'ai trouvé à Beb el oued que le cannabis... Mon but quand j'ai quitté le foyer de mes parents c'était de ne pas revivre ce que j'ai déjà vécu auparavant avec la maladie de mon frère), selon (Morel, 2019) les sujets addicts ont une résurgence traumatique au cours de leur vie (d'après la comorbidité), ainsi la reviviscence et l'un des critères diagnostique du DSM5 (DSM5, 2015).

Donc, son enfance est marquée par des événements difficiles, à savoir, les maladies graves de son frère et de sa mère.

Informations sur l'adolescence

Pour votre adolescence pouvez-vous nous raconter , il nous répond « *oui ya hessra mon adolescence, elle n'était pas bien du tout, c'était la période win tebdlat ana, kount nehess beli machi ana gha3, bedit nedkhel f la délinquance, j'ai essayé de tout bach nejib derahem, wesalt win nebi3 win nekr, oui j'ai vendu du cannabis des psychotropes lyrica ET BZD pour les élèves , welit un voyou , mal vu de partout , welit nebi pour plusieurs personnes, je suis devenu la mafia italienne, ou bien Pablo escobar de l'Algérie...hhh je rigole, j'ai fait de grosse affaire, wa3rin bel bezzf* »(oui , et oui mon adolescence, elle n'était pas bien du tout, c'était la période où j'ai vraiment changé, je me sentais que ce n'est pas moi, j'ai commencé de rentrer dans le banditisme, j'ai essayé de tout pour ramener de l'argent, je suis arrivé à vendre où j'étudiais, oui j'ai vendu du cannabis et du psychotropes lyrica et BZD pour les élèves , j' étais le dealer pour plusieurs personnes, je suis devenu la mafia italienne, ou bien Pablo escobar de l'Algérie...hhh je rigole, j'ai fait de grosses affaires, trop dures). Et aussi l'événement qui a caractérisé ma période de l'adolescence « *j'ai arrêté mes études, mes*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

parents ne cherche pas après moi, même mes frères et sœurs on dirait que je n'existais plus dans la famille, mon grand-père était fatigué de mes histoires koul youm yechekiwlou 3elya, hetta, un jour khelass il n'a pas supporté, dekhelt l dar on s'est disputé, il a fait un arrêt cardiaque, rebbi yerhmou, j'ai toujours hadd sentiment beli c'est à cause de moi qui est décédé, je me sens toujours coupable ». (J'ai arrêté mes études, mes parents ne cherchaient plus après moi, même mes frères et sœurs on dirait que je n'existais plus dans la famille, mon grand-père était fatigué de mes histoires, chaque jour. Puis un jour c'était bon il n'a pas pu supporter, je suis rentré à la maison, on s'est disputé, puis il a fait un arrêt cardiaque, que Dieu l'accueille dans son vaste paradis, j'ai toujours un sentiment comme si c'était à cause de moi qui est décédé, je me sens toujours coupable). Cette situation nous renvoie à ce qu'on a abordé aussi dans la revue de la littérature, un sentiment intense et une détresse psychologique qui évoque des événements traumatiques en cause (DSM5, 2015).

Informations sur l'âge adulte

Je vais vous raconter d'abord sur ce qui a caractérisé ma vie autant qu'un jeune adulte « *j'ai fait de la prison pendant 5 ans, la raison était pour dealeur de drogue, je suis devenu un grand vendeur je vends pour les gens, un jour ils m'on arrêté, genre en pleine action, bah je l'ai payé trop cher j'ai passé 5 ans en prison, depuis ce jour je vois ma vie en noir, entre les 4 murs, tout était enfermé, j'avais que des pensées négatives, je me disait wash dani newssol rouhi l had chi, dertha b yeddi ou rani nekhelas, kifach rah yejouzou les 5 ans haddou, l'essentiel hatta wessal 3endi des idées suicidaires j'ai fait plusieurs fois des tentatives de suicide, weslt win welit nahchem men rouhi, ou nekoul rani kebir* ». J'ai fait de la prison pendant 5 ans, la raison était : dealeur de drogue, je suis devenu un grand vendeur je vendais pour les gens, un jour la police m'a arrêté, genre en pleine action, bah je l'ai payé trop cher j'ai passé 5 ans en prison, depuis ce jour je voyais ma vie en noir, entre les 4 murs, tout était enfermé, j'avais que des pensées négatives, je me disais pourquoi je suis tombé dans cet engrenage, j'ai tout fait avec mes propres mains, et je suis entrain de payer. Comment ces 5 ans vont-ils passé ? L'essentiel, je suis même arrivé à avoir des idées suicidaires, j'ai même fait plusieurs reprises des tentatives de suicide. Je suis arrivé à me calmer et me raisonner que je suis grand et mature), d'après l'éthiopathogénie du traumatisme psychique dans point les facteurs tenant au sujet (la personnalité du sujet devient fragile quant-elle rencontre des situations indésirables, ainsi elle permet de distinguer la personnalité du sujet en relation avec ses événements (Lebigot, 2016).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

« Alors quand j'ai fini la période du parions, je me suis sorti je suis rentré chez mes parents à el hamiz afin d'ouvrir une nouvelle page, et commencer à zéro, Et je reçois la nouvelle de mon père lazem tetzewj bach testa3kel rana khetbnalek waheda men la famille, haddi mon père qui me la dit, je lui ai répondu je ne veux pas me marier maintenant, je ne suis pas prêt pour un mariage, je voulais me changer d'abord et déjà c'est moi qui va choisir ma femme. Aya rej3ou les problèmes aww netzewj waheda man3refhach maytkblhach la3kel haddi, depuis le jour de la dispute mon père m'a tout enlevé, malgré j'ai arrêté de consommer 3awet reja3t la consommation, en plus j'ai décidé après ma sortie je ne vais plus toucher lahram, mais je n'avais pas d'argent je suis obligé de dealer aya kifach je fais, un groupe me donne de l'argent pour que je leur ramène, et comme vous savais que lyrica sont des gélules je prends ce qui est à l'intérieure de la gélule je le consomme moi et je le remplace par paracétamol et je le donne aux consommateurs, j'étais obligé j'avais plus d'argent et les problèmes je ne supporte plus , ... jazou des années wana nedit hakda, tezwjt b tefla ali kheyrouhali, yaani c'est une bonne femme hamdallah elle a tout supporté. Elle est tombée enceinte, et moi fakuli jema3a hadik ta3 les consommateurs à cause de ce que j'étais entrain de faire, il m'en fait un complos et ils m'ont donné des coups de couteau , j'ai rencontré la mort vous imaginer que j'ai eu mes intestins entre mes mains j'étais sous le choc je vois tout ce qu'il y a, à l'intérieur de mon ventre entre mes mains je suis resté un moment entrain de regarder et je fixe mon regard sur mes intestins et je vois le sang qui coulait de partout , je me suis évanoui, avant que je m'évanoui les images du passés sont toutes revenues comme un flash, j'ai pensé à ma fille qui n'est pas encore née , à ma mère qui a souffert à cause de moi, à ma femme qui m' a supporté, à mon père qui a eu honte de moi, j'étais dans un état comateux pendant 3mois et hospitalisé en réanimation, je n'ai même pas assisté à la naissance de ma fille, quand j'ai fini mon séjour, pour oublier l'événement qui m'a vraiment traumatisé j'ai commencé à consommer de l'héroïne par ce que lyrica me faisais rien »

(Alors quand j'ai fini la période du parions, à la sortie je suis rentré chez mes parents à el hamiz afin d'ouvrir une nouvelle page, et commencer à zéro, Et voilà mon père qui m'annonce cette nouvelle : il faut que tu te maries pour que tu deviennes mature, je t'ai trouvé une de la famille disait mon père, je lui ai répondu je ne veux pas me marier maintenant, je ne suis pas prêt pour un mariage, je veux me changer d'abord et déjà c'est moi qui vais choisir ma femme. Et voilà les problèmes qui reviennent. Comment je vais me marier avec une fille inconnue, mon cerveau n'arrive plus à l'admettre. Depuis le jour de la dispute mon père m'a tout enlevé, malgré j'ai arrêté de consommer ,mais j'ai repris la consommation, en plus j'ai

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

décidé après ma sortie de ne plus toucher tout ce qui est péché , mais je n'avais pas d'argent je suis obligé de dealer alors ce que je faisais, un groupe me donne de l'argent pour que je leur ramène, et comme vous savais que Lyrica sont des gélules je prends ce qui est à l'intérieur de la gélule je le consomme et je le remplace par paracétamol puis je le donne aux consommateurs. J'étais obligé, j'avais plus d'argent et les problèmes, je ne les supporte plus, ... après des années et moi je faisais comme ça. Je me suis marié avec la femme qu'ils m'ont choisie c'est vrai que c'est une femme de bonne famille Dieu merci, elle a tout supporté. Elle est tombée enceinte. Ce groupe des consommateurs a remarqué ce que je faisais, ils m'ont fait un complot et ils m'ont donné plusieurs coups de couteau ainsi j'ai frôlé la mort. Vous imaginez que j'ai eu mes intestins entre mes mains j'étais sous le choc je voyais tout ce qu'il y avait à l'intérieur de mon ventre entre mes mains. Je suis resté figé durant un moment entrain de fixer mon regard sur mes intestins en voyant le sang qui coulait de partout , je me suis évanoui, mais juste avant, je remémorais les souvenirs du passé manifestaient comme un flash : j'ai pensé à ma fille qui n'est pas encore née , à ma mère qui a souffert à cause de moi, à ma femme qui m'a supporté, à mon père qui a eu honte de moi, j'étais dans un état comateux pendant 3 mois et hospitalisé dans la réanimation, et je n'ai même pas assisté à la naissance de ma fille, Quand j'ai fini ma peine pour oublier cet événement qui m'a vraiment traumatisé j'ai commencé à consommer de l'héroïne par ce que Lyrica ne me faisait rien).

« Mes parents ont décidé que je me prenne en charge et d'arrêter de consommer la drogue, et moi bien sur je n'ai pas accepté j'étais admis pour la première fois sous les menaces de mon père et le but c'était d'arrêter l'héroïne , et pas d'autres substances ,alors j'ai continué de prendre de Lyrica , cannabis et BZD quand je me sens vraiment mal et aussi pour oublier ma blessure psychique et physique , vous savez le moment où je ressens trop mal c'est quand je vois les cicatrices de chirurgie, même j'avais toujours des délires de l'impuissance de la fragilité, de l'asthénie, mais beaucoup de la phobie, du coup, je suis rentré à maintes reprises dans un état de dépression,je suis devenu trop fragile » .D'après la littérature les sujets addicts qui ont subi des événements traumatiques ont des troubles associés comme les troubles dépressifs, des troubles névrotiques...etc (Chahraoui,2014).

Enfin, Au cours de son sevrage, nous déclarons qu'il était bien soutenu par sa famille dans le projet de soin, il y avait son père qu'il le prenait en charge sa femme et sa fille, ses frères et sœurs, tous à ses côtés, ils viennent toujours pour lui rendre visite à la clinique pendant la 1^{ère} hospitalisation, mais moins maintenant à cause de la situation sanitaire.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suit à notre rencontre, pour l'entretien, il a répondu aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire d'enfance jusqu'à l'âge adulte et sur son vécu, comment il a commencé la consommation et surtout ce qu'il l'a poussé à être dépendant, et même à dealer de la drogue. Mohammed nous a raconté sur sa première expérience avec les psychotropes et le cannabis, ainsi sur les événements marquant de sa vie qui l'ont poussé à prendre. On peut dire que l'addiction est le traitement de son vécu, le sujet a vécu une partie de son existence sous la maladie de son frère et de sa mère, puis l'influence des pairs qui ont amené le sujet à essayer et à devenir addict, puis le changement de l'entourage qui était défavorable, ainsi qu'une adolescence marquée par plusieurs événements surtout quand il a quitté l'école et le décès dont il se sentait la cause de tout. Le deal qui lui a infligé 5 ans de prison, une certaine culpabilité apparaît, et idée suicidaire accompagnée par de multiples tentatives de suicide. La période de son âge adulte caractérisé avec l'événement de son mariage indésirable et aussi quand il est resté hospitalisé pour coup de couteau, en voyant ses intestins entre ses mains. Le surdosage des substances pendant cet événement s'est augmenté, afin de palier sa souffrance il a trouvé comme pansement l'héroïne. Le sujet a décidé de se mettre en cure de sevrage pour une nouvelle vie avec sa famille, sa fille et sa femme.

Synthèse de l'entretien clinique de Mr Mohammed

D'après les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, Mr Mohammed présente un parcours de vie difficile avec beaucoup d'évènements de vie douloureux. Certains d'entre eux apparaissent clairement comme étant traumatogènes.

Cas n°02 : M. Abdelghani

Présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif M. Abdelghani

Après nous être présentées à M Abdelghani qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier notre hypothèse.

M. Abdelghani est un jeune homme âgé de 29ans, originaire d'Alger demeurant à Cheraga. Il est l'aîné d'une fratrie composée d'une sœur, son niveau d'instruction est de secondaire 2A.S, célibataire, exerçant le métier d'un commerçant.

Hospitalisé pour la troisième fois au niveau de la clinique pour la prise en charge de sa polyaddiction.

Lors de l'entretien avec M. Abdelghani s'est déroulé en 2 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction homme », toujours l'après-midi après la séance du sport et l'atelier thérapeutique le matin. Le sujet était stable sur le plan comportemental, calme, son humeur est triste, toutefois son discours était clair et cohérent. M. Abdelghani maîtrise la langue française ce qui fait on n'a pas eu le recours à une traduction de notre guide d'entretien.

Axe n°1 : informations sur le trouble addictif du sujet :

Lorsqu'on a posé la question à M Abdelghani quand il a commencé à consommer les SPAs, sa réponse était comme suit : *« j'ai commencé la consommation à l'âge de sept ans, c'est vrai que j'étais très petit, voilà ça vous paraît bizarre je pense, hhhh mais c'était plus fort que moi »*. On a remarqué chez le sujet une tristesse profonde, il se met à rigoler défense maniaque, procédé antidépressif.

En lui demandant de nous dire quelles sont les SPAs utilisées, il nous a répondu « j'ai consommé beaucoup plus Alcool c'était à l'âge de 7 ans, bah j'ai trouvé l'alcool à la maison. Puis je consommais de Lyrica et du tramadol. Mais beaucoup plus de l'alcool je bois jusqu'à que je deviens ivre ». Ensuite on lui a posé une question sur ses premières expériences avec les substances, il a répondu comme suit : « Bah, moi j'ai trouvé l'alcool à la maison, je prenais pour me calmer, je voulais oublier ce que j'ai vécu en buvant de la bière et aussi

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

j'étais malheureux dans la vie. Je prenais de Lyrica et du tramadol pour me sentir mieux, j'ai une blessure qui a chamboulé ma vie. Bah à la maison j'ai trouvé où boire pour se faire plaisir et oublier mes peines ». A propos des antécédents familiaux, vous n'êtes pas le seul qui consomme « Oui bien sûr, mon père, était un alcoolique dépendant c'est un ivrogne, il rentre toujours ivre et chaque jour, il faisait des disputes et tout, par contre les autres membres de la famille Hamdollah personne ne consommait ».

Donc, les habitudes de consommation familiale ont été la cause de consommation précoce chez le sujet durant les périodes selon la revue de la littérature (Raynaud, 2009).

Pouvez-vous me dire comment vous sentez actuellement avec la prise en charge ? « Oui je suis motivé pour la prise en charge après plusieurs rechutes, je voulais m'en sortir mais je n'arrivais plus à abandonner ces consommations. Mais maintenant Hamdoulillah. Je voulais m'en sortir, pour que je puisse ouvrir une nouvelle page dans ma vie. En plus ma mère et ma sœur n'ont personne à leurs côtés. Il n'a que moi ce qui travaille, je suis obligé de prendre soin d'elles ».

Axe n°02 : informations sur la trajectoire de vie de sujet :

Informations sur l'enfance :

On lui a demandé est ce qu'il peut nous parler de son enfance. En lui posant la question sur les événements heureux et malheureux dont il se souvient. Il a répondu comme suit : *« j'ai vécu une enfance terrible avec mon père, c'était une torture à la maison, mon père est très irritable et impulsif, très caractériel il est très agressif, il nous tabassait toujours ma mère était pour lui un objet dans lequel il trouvait le plaisir quand il la tabassait, toute mon enfance était malheureuse je me souviens que je n'ai pas vécu une bonne enfance à cause de la violence de mon père envers nous tous. Mais, il n'était pas comme ça au paravent, il a subi un choc traumatique. Bon, je vais vous raconter : il était trop attaché à sa mère un jour ils sont partis faire des courses au marché, elle a été écrasée par un semi-remorque. Comme il était témoin de cet acte, tout se passait devant ses yeux et c'est là qu'il a commencé à changer carrément de tempérament, il est devenu trop retiré et isolé. Il n'avait pas supporté la séparation avec sa mère. Alors il s'est marié pour la première fois, elle ne l'a pas supporté et elle a demandé le divorce. Elle a pris ses enfants et elle est partie. Il s'est remarié avec sa mère cette dernière a supporté tout, elle était trop larbin ».*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

C'est ce qui a trop marqué mon enfance. « *Bon on a vécu toutes les tortures du monde. A l'âge de 5 ans, mon père nous mettait dehors moi et ma sœur qui avait à peine 4 ans. Chaque jour la même chanson, il nous frappait et il nous laissait sans manger. Il nous mettait dans une cave nous et ma mère. Il fermait sur nous pendant des jours et des jours, il y a une petite fenêtre, il y a que les voisins qui nous ramenaient quoi à manger, c'était tout le temps comme ça. La meilleur une fois, il est rentré ivre il ne savait pas que ce qu'il faisait, il a fait une grande dispute. Il a décidé de tuer ma mère, c'était un Sérurier, il avait un appareil avec quoi il faisait des clés c'était un appareil très tranchant, il avait une cave où il travaillait, il a torturé ma mère, il l'a tiré de ses cheveux : de la maison jusqu'à la cave ; c'est bon il était devant la machine pour la tuer et nous, on était derrière j'avais 8 ans, j'ai eu le reflex j'ai vu un ballet, je lui donnait un coup sur la tête il s'évanouie il a lâché ma mère et on a pris la fuite. On est resté dehors il ne voulait pas nous laisser rentrer à la maison. Il m'a dit : « Comme, moi, je n'ai pas de mère, je vais tuer votre mère. On va tous resté sans mamans ».* D'après ce récit, il semble que le père souffre mentalement.

« *On est parti vivre chez mes grands-parents on n'était pas les bienvenus puis on est rentré chez nous. Il était minuit, il nous a mis dehors moi et ma sœur dans le but de tuer ma mère et moi à l'âge de 8 ans j'étais obligé de la protéger ainsi que ma sœur. Il m'a tabassé et j'ai assisté au viol de ma sœur donc, à un moment donné il fallait que je boive moi aussi pour que je deviens un homme pour pouvoir protéger ma sœur ».*

Donc, j'ai mémorisé l'évènement dans lequel j'étais témoin, je revivais le même cauchemar la nuit je ne ferme pas les yeux. Si je dors comme c'est comme si quelqu'un venait abuser de ma sœur. Selon DSM-5 (2015) être témoin d'un évènement traumatique cause sûrement une perturbation du sommeil ainsi les cauchemars répétitifs et la peur de revivre l'évènement sont parmi les caractéristiques du traumatisme psychique.

On constate d'après les dires du sujet, que son enfance est marquée par une dynamique familiale perturbée, de plus une enfance difficile, à savoir la violence du père. Et le viol de sa sœur. Une transmission intergénérationnelle semble se dessiner dans le récit.

Informations sur l'adolescence :

Pour votre adolescence, pouvez-vous nous raconter. Il nous répond comme suit : « *rien n'a changé pendant cette phase mon père est resté tel qu'il était et moi je n'avais pas de copains de la vers l'école je ne pars à aucun endroit, je rentre dans ma chambre pour oublier*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

mes angoisses je buvais je prends de lycra pour que je deviens un nouveau Abdelghani, j'avais du mal à gérer ma vie, j'avais des complexes dans la vie je ne peux pas affronter les gens tout le monde me voyait comme le fils d'un agresseur du violent et surtout d'un alcoolique. Je suis devenu un anti social je ne parle à personne à force d'avoir beaucoup de problèmes j'ai décidé de quitter l'école ».

« J'ai été seul sans amis, ma vie est devenue morose, je suis devenu un robot, un anxieux, un fou. Je ne sors plus, si ma sœur ne m'achète pas quoi porté, je préfère rester comme je suis au lieu de sortir et de chercher quoi porter je ne peux plus voir les gens je détestais tout le monde ».

« A force d'essayer d'éviter mon père je suis devenu son portrait craché, j'avais la même image du père. J'avais des conflits dans ma vie je voulais les résoudre mais en vain. Je consommait chaque jour, nuit et jour sans arrêt. Tout a été augmenté ».

Donc, une période d'adolescence marquée par des événements difficiles qui sont similaires à ceux de son enfance.

Informationssur l'âge adulte

Pouvez-vous nous parler sur votre vie actuellement, *« je suis parti en Turquie pour passer des vacances, tout été bien passé je me suis sortie de ma solitude je voulais changer un peu, voir le monde pour oublier, il me restait deux jours pour que je revienne je suis parti à la buvette, j'ai bu tellement ce soir. Il y avait une équipe, un groupe a côté de moi, qui ont remarqué que je suis un étranger, ils ont pris des choses ils ont demandé quoi boire quoi mangé. Ils sont sortis et moi j'étais toujours entraine de boire, alors j'allais sortir ils ne m'ont pas laissé ils m'ont dit tu n'as pas payé, j'ai refusé de payer je leur ai dit : je ne paye pas, ce n'est pas moi qui ai consommé, ils m'ont dit ce sont tes amis, on se met à crier l'un sur l'autre. Le videur est arrivé il m'a mis un coup sur ma tête, c'était l'effroi, mon corps était tout froid, je ne sentais rien, je ne voyais rien, c'est bon pour moi je suis mort, il me reste que 35 euros, la somme était 1000 euros. Je l'aurais dit que je n'ai pas cette somme j'ai dit « You Can kil me, I don't have money », « puis j'ai dit la chahadda. J'ai fait descendre ma tête pour ne pas entendre, un des videurs quand il m'a entendu dire la chahadda, il s'est à arrêté, finalement c'est un algérien, ils m'ont enlevé le portemonnaie ils ont trouvé que 35 euros, ils m'ont rendu mon argent ils m'ont mis dehors, je suis resté 3 heures sans bouger j'étais entre la vie et la mort ».*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Affronter le réel de la mort est caractérisé comme un événement traumatique.

Alors, j'ai perdu mon père il avait une maladie, malgré tout il m'a fait de la peine il reste mon père lui aussi il n'était pas bien psychologiquement, c'est pour ça qu'il était violent avec nous. Bah moi dès que j'ai perdu mon père, j'ai arrêté carrément l'alcool. Quand je pense à l'alcool je fais référence à mon père.

Je voulais moi et mes demis frères continuer à travailler sur les projets de mon père au début ils ont accepté mais après ils voulaient partager tous et chacun de nous fait son propre projet. Alors moi je voulais avoir une famille mais ça n'a pas marché. J'ai ouvert mon propre lavage auto et ma sœur un salon de coiffure.

J'ai décidé de commencer le sevrage après 3 fois de rechute, déjà j'ai fait le premier pas, quand j'ai arrêté l'alcool et avec la prise en charge je vais faire un arrêt brutal des SPAs.

Donc, une période de l'âge adulte marquée par un événement difficile, à savoir une agression à caractère traumatique.

D'après la revue de littérature, être confronté au réel de la mort est parmi les critères du traumatisme psychique (DSM-5, 2015).

Donc, a partir des informations recueillies sur le cas, qu'il présente un Traumatisme de type II Lorsque l'événement se reproduit, persiste ou menace de se produire à tout moment pendant une longue période, il s'agit d'abus induits par des facteurs de stress chroniques ou abusifs. Il est important de ne pas confondre les personnes dont la vie est caractérisée par de nombreux traumatismes de type I avec les personnes qui souffrent de traumatismes de type II (Josse, 2006).

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suit à notre rencontre, pour l'entretien, il a répondu aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire de l'enfance jusqu'à l'âge adulte et sur son vécu comment il a commencé la consommation et surtout ce qui a laissé le sujet à devenir addict et ce qu'il l'a poussé à être dépendant. M. Abdelghani nous a raconté sur sa première expérience avec les psychotropes et le cannabis et lyrica , ainsi sur les événements marquants de sa vie qui l'ont poussé d'y aller vers le chemin des addictions, on peut dire que l'addiction est le traitement de son vécu, le sujet a

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

vécu une enfance difficile à savoir la violence de son père, de plus il a été témoin de la torture de sa mère, surtout quand elle a été exposée à la mort et du viol de sa sœur, qui sont des événements les plus marquants de son enfance, le sujet n'est pas arrivé à dépasser sa blessure narcissique pendant cette période, ainsi a toujours des angoisses intenses qui l'accompagnent. Puis l'imitation de son père pour protéger sa sœur qui a mené le sujet à la consommation et à devenir addict, ainsi une adolescence qui est marquée par des événements surtout quand il a quitté l'école et son isolement a augmenté la consommation a créé en lui une personnalité anti sociale. La reviviscence de l'évènement, de plus les cauchemars répétitifs et une perturbation du sommeil. Même événement a créé chez le sujet l'augmentation de la consommation. La période de son âge adulte est caractérisée par l'évènement d'être affronté à la mort quand il a eu une flanquée sur la tête. Le surdosage des substances pendant cet événement, afin de palier sa souffrance il l'a trouvé comme pansement. Le sujet a décidé d'arrêter l'alcool dès que son père est décédé pour lui l'alcool fait référence à son père

Enfin, Au cours de son sevrage, il nous déclare qu'il est bien soutenu de la part de sa mère et sa sœur dans le projet de soin, elles viennent parfois pour la visite à la clinique à cause de la situation sanitaire.

Synthèse du cas Abdelghani :

En se référant à ces données recueillies à travers le récit de vie soutenu par un guide l'entretien clinique semi directif, nous synthétisons qu'avec son état et tous les événements qu'il a subi et qui a vécu, M. Abdelghani présente un parcours de vie douloureux et difficile. Depuis son enfance jusqu'au décès de son père, alors certains événements apparaissent clairement traumatogènes, nous pouvons dire que malgré son parcours de vie difficile accompagné d'événements traumatiques, notre sujet a pu dépasser sa souffrance grâce à ses capacités et sa motivation de se changer et délaisser la consommation.

Cas n°3 : M Youcef

Présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif M Youcef

Après nous être présentées à M Youcef qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier notre hypothèse.

M Youcef jeune homme âgé de 32ans, originaire d'Alger demeurant à Bab el Oued le benjamin d'une fratrie de 7 frères, son niveau d'instruction est de (3 A.M), célibataire, exerçant le métier d'un commerçant.

Hospitalisé pour la première fois au niveau de la clinique pour la prise en charge de sa polyaddiction.

Lors de l'entretien avec M.Youcef s'est déroulé en 3 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction homme », toujours l'après-midi après la séance du sport et l'atelier thérapeutique le matin. Le sujet était stable sur le plan comportemental, calme, son humeur triste, une forte anxiété. Toutefois son discours était clair et cohérent. M. youcef maîtrise la langue française ce qui fait on n'a pas eu le recours à une traduction de notre guide d'entretien.

Axe n°1 : informations sur le trouble du sujet :

Lorsqu'on a posé la question à M Youcef quand est ce qu'il a commencé à consommer les SAPs, sa réponse « *Bah, j'avais 11 ans, quand j'ai commencé à consommer* ». On a remarqué chez le sujet quant-il a indiqué l'âge de début de consommation : une confusion, le regret. On voyait dans les expressions de son visage une profonde tristesse, puis il met ses mains sur sa tête. En lui demandant, de nous dire quelles sont les SPAs utilisées, il nous a répondu « *j'ai consommé pour la première fois lyrica kima ye3ytoulha saroukh et cannabis et Rivotril, puis héroïne f l'adulte ta3i par contre la cocaïne hakdak deux fois f adolescence ta3i kount habbeb n essayer berk, voilà* » (j'ai consommé pour la première fois lyrica comme ils la surnomment saroukh et cannabis, puis l'héroïne à l'âge adulte par contre la cocaïne je l'ai prise deux fois adolescent, je voulais juste essayer c'est tout, voilà). Ensuite on lui a posé une question sur ses premières expériences avec les substances, il a répondu comme suit : « *je*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

vivais dans un quartier populaire f haddak el wakt et qui dit quartier populaire dit automatiquement zetla 3elach zetla parce que ta3 zewawla, notre quartier ma3rouf b zetla ou trafic, serka ,haddou et tous, ouhh hadda wach telka f houmtna , hadda maken, surtout fréquentation, yaani ana allah ghaleb j'ai jamais imaginé qu'un jour je deviens dépendant, soubhan allah kifach kount kifach wzlit , et oui.... Dourouf ali tedina la3waj » (je vivais dans un quartier populaire à cette époque et qui dit quartier populaire dit automatiquement cannabis, Pourquoi cannabis parce que c'est le plus consommé chez les gens de la classe moyenne, notre quartier est connu par le cannabis, le trafic, le vol et tout, ouh sais- tu ce que tu trouves dans notre quartier ! tout surtout la fréquentation aussi, alors moi Allah ghaleb je n'ai jamais imaginé qu'un jour je deviendrai dépendant, « soubhan allah » comment j'étais et comment je suis devenu, et oui ... les circonstances qui m'ont emmené dans ce chemin). On a remarqué chez le sujet un état émotionnel de tension nerveuse, et la perturbation de l'humeur et l'altération de la conscience (confusion). Et « qui dit Bab el oued, dit dik kouna 3aychin f chara3 ou char3 ma yerhamch, ya wedi la3yat de partout lehass les bagarres, catastrophe machi gha3 me3icha haddik » (qui dit Bab el oued, dit une petite maison, et nous en vivons dehors dans la rue, et la rue n'aie aucune pitié, on entend les cris des voisins et leurs bagarres, catastrophe ce n'est pas du tout une vie celle-là ».

On lui a demandé à propos des antécédents familiaux sur la consommation « oui, tous mes frères consomment sauf wahed, yetkeyfou gha3 ou yezetlou gha3, bah la drogue kayena même f dar, même dekhelou déjà lelhebss à cause de deal de drogue » (oui, tous mes frères consomment sauf un, ils fument du cannabis et les autres drogues, bah la drogue elle est même à la maison, ils ont déjà fait de la prison la cause été pour deal de drogue ». on lui a demandé à propos de la prise en charge actuellement, il nous dit « hamdoullah, pour la prise en charge j'étais trop motivé, je suis venu tout seul, personne n'a été au courant, j'ai ramassé de l'argent seul dans le but de me soigner, quand j'ai eu mon admission dans cette clinique j'ai appelé le père de mon ami, au fait moi et mon ami sommes venus les deux pour la prise en charge de notre polyaddiction, on a réussi à arrêter l'héroïne ,et les autres substances je suis en pleine sevrage, je ne veux pas avoir une rechute, je veux une nouvelle vie. Je fais tout ça pour ma mère, parce que moi, ma vie est perdue, mon but c'est que ma maman devient heureuse car elle n'a jamais était heureuse dans sa vie ma pauvre maman, et la chose que j'ai vraiment peur, c'est de se séparer d'elle, et de la perdre ». On a remarqué chez le sujet une inquiétude, et la peur de l'angoisse de séparation ainsi le sujet a un attachement envers sa maman.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Donc, le sujet n'a pas pu dépassé le deuil (la perte de son père). Selon les auteurs ont voulu montrer la spécificité des réactions de deuil traumatiques en mettant en évidence deux dimension, les difficultés de séparation à la suite du deuil et l'impact traumatique du décès. Donc, le sujet reste sidéré par la perte et présente des manifestations proches de la reviviscence traumatiques (Chahraoui, 2014).

Axe n°02 informations sur la trajectoire de vie du sujet

Informations sur l'enfance

On lui a demandé à est ce qu'il peut nous parler de son enfance, en lui posant la question sur les événements heureuses et malheureuses dont il se souvient, il répond comme suit : *« j'ai vécu mon enfance très bien avec mon père, il m'aimait trop el mazouzi ta3ou hhh..., makhessni walou necheffa très bien avnat ma yerja3 melkhedma nessenah fel houma bach netla3 me3ah l dar, ki yedkhel pour se reposer, nerked kadamou nessenah bach yeftan yeddini nehawess ou yecherili , ya hessra 3ela mon enfance yedini la pêcherie achehal kant chebba me3a baba, et oui haddi heya denya, ja nehhar, win datou el mout, rebbi yerahmou kan fi 3oumri 11ans berk, necheffa 3eliha melih, la journée haddik, jamais nenssaha hetta yeddi rebbi amantou. En plus makanch merid meskin kan kharej mel khedma dekhel l dar kima 3ewaydou bach y reposer rebbi da amantou, d'après les médecins légistes il a fait un arrêt cardiaque, rebbi yerahmou ou yessaberni 3ela ferakou. Ana makountch temak kima mat kount nekra, imaginez tewsel lel houma ou telka hala me3amra bel ghachi ou ana mafhamt walou, tetla3t l dar lekit baba makfoun, jamais nensa sout ta3 yema ki kant tebki ou ta3yat ou kaltli youcef babak khelass rah ou khelana duk chekoun ye3azena kima kan yedirelna hewa. Haddi heya hadja ali seratli ou jamais nenssaha, hatta nemout, cet évènement qui m'a tué à l'extérieur, cet horrible évènement ma rendu un fou consommateur, mon traitement pour oublier ma souffrance était LYRICA ».*

J'ai vécu une enfance très bien avec mon père, il m'aimait trop j'étais le benjamin, il exhaussait tous mes vœux, je me souviens très bien avant qu'il rentre du boulot je l'attends dans le quartier pour que je l'accompagne à la maison, quand il rentre pour se reposer, je dors à côté de lui et j'attends qu'il se réveille. Il m'amène avec lui pour m'acheter et faire un tour. Mon enfance était très bien passé, il m'amène à la pêcherie comme elle mon enfance était extraordinaire avec mon père ! Et oui c'est ça la vie, il est venu le jour, ou je l'ai perdu, Allah yerahmou, que Dieu ait son âme. J'avais 11ans, je me souviens très bien, la journée ou il est

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

mort, il est sorti de son travail comme d'habitude, il est rentré à la maison pour se reposer, il a fait un arrêt cardiaque d'après le médecin légiste, que Dieu l'accueille dans son vaste paradis et Dieu soit avec moi et que Dieu me donne de la patience pour sa séparation. Moi je n'étais pas à la maison, j'étais à l'école, je suis rentré au quartier il y'a eu beaucoup de monde et moi à ce moment-là je n'ai rien compris, je suis rentré à la maison et le choc je vois mon père dans un linceul, je n'oublierai jamais la voix de ma mère quand elle a hurlé et pleuré elle m'avait dit: Youcef, ton père est parti il nous a laissés seuls, elle m'a dit et maintenant qui va s'en occuper de nous comme il était entrain de le faire, et oui c'est ça la vie je n'oublierai jamais cette journée, celle-là c'est la chose qui m'est arrivée et jamais l'oublierai jusqu'à ma mort. Cet événement qui m'a tué à l'intérieur, cet horrible événement m'a rendu un fou consommateur, mon traitement pour oublier ma souffrance était LYRICA). Une histoire douloureuse une perte qui semble être traumatique, le sujet n'est pas arrivé à dépasser son deuil qui était un deuil traumatique causé par la perte du père, donc cet événement a perturbé l'équilibre affectif du sujet d'après la revue de la littérature l'événement traumatique qui est arrivé à un proche dans le cas de la mort et parmi les critères diagnostiques du DSM-5(DSM-5, 2015). Ainsi l'événement qui m'a marqué aussi :

« ki jaw yekherjouna m dar,gerne la maison win kouna saknin machi ta3na ta3 el khedma ta3 baba, aya ki tewafa kherjouna menha ou welina 3aychin bera ana ou yema ou khawti, allah ya rebbi, kifach kan youcef kifach wella zeman yedour, celui qui me protège mat allah yerhmou, on est devenu sans abri, kima les SDF, maalish haddi hal denya..., bah ana kount mounkharret fel kachafa el ishmaia ki sem3ou b hakyatna directeur ta3 kachafa 3etalna un foyer tab3 lelkechafa keddim wahed ma yerouh l temak, tedablat helti ki kherjt men haddak dar, kount ghir nekhabi 3ela yema la souffrance ta3i ». Quand ils sont venus pour nous faire sortir de la maison, genre la maison où on habitait était un logement de fonction de mon père. A son décès ils ont décidé de nous faire sortir, nous vivions dehors moi, mes frères et ma mère, mon Dieu, comment j'étais et comment je suis devenu, la vie tourne, celui qui me protège est parti, que dieu l'accueille dans son vaste paradis,, on est devenu sans abri, comme les SDF, pas grave c'est ça la vie, bah moi j'étais engagé dans les scouts islamiques, puis quand ils ont su à propos de notre histoire, le directeur a décidé de nous héberger, il nous a donné un foyer des scouts, ancien bâtisse, personne ne part dans ce foyer, ma vie a changé quand je suis sorti de notre ancienne maison, je cachais toute ma souffrance pour que ma mère ne se rende pas compte).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Donc son enfance est marquée par deux évènements difficiles, à savoir le décès de son père et le changement du foyer.

Informations sur l'adolescence :

Je vais vous raconter mon adolescence, « *Ya hessra koulach jaz 3elya wana seghir, temahant wana à mon jeune âge, le changement du foyer ma vraiment détruit, yaani machi houma ou l'entourage haddak qui me fait de la peine, mais bon..., genre kount hasses b les souvenirs gha3 ali me3a baba rahou. Hadja qui m'a détruit aussi c'est ma sortie m lemssid, malgré j'étais un bon élève, kount habbab vraiment nekra, kount avant les évènements ali serawli toujours le 1^{er} dans ma classe, kan le souhait de mon père nekhrej un Architect, ou nawali ma3rouf, ih loukan mazalou baba maneswalch el had chi, ou loukan duka welit hadja kebira, mais wash nedirou hadda maktoub rebbi, déjà baba 3endou zehar ki mat ou ma chafch weladou des drogués ou ma ref3oulouch rassou* » (tout était passé dans ma tête, et moi je suis assez jeune pour tout ça, le changement du foyer ma vraiment détruit, sincèrement, ce n'est pas l'entourage et le quartier qui me font de la peine

L'évènement qui a caractérisé mon adolescence « *c'est le décès de mon frère, je vais vous raconter : On a remarqué que dans le foyer où on habitait, bedaw yejiw des phénomènes paranormaux, mon frère a été possédé, on lui fait de l'exorcisme il souffrait d'un trouble du comportement, kanou yessahrouh, hadda khouya ghir hewa ali kherj salah binatna, kan yekhaf 3elina ched la responsabilité ta3 mon père, kan selat fi wektou, yehabni bezzaf, on dirait mon père, kifach mat mon frère il sait suicider devant mes yeux , temak khlass ana hebalt, bon dar haddik win kouna 3aychin messkouna, ou d'après raki zamma mon frère dekhhalou jen ou ma habouch ki jina sekana f haddik dar 3eliha ils l'ont possédé. kouna nejiboulou roukat bach yerkiwlou mais kif kif rien n'a changé, ki mat mon frère 3awed 3echt le même sentiment ki mat baba kif kif, ma tahmatch gha3 welit nekhaif nedkhal l dar, seratli kima l'mout ta3 baba exact nekrah dar nehab bera ou bera bach nensa lazem n consommer lazem nekhebi jerhi b la consommation, necheffa 3etawli déjà la cocaïne berra bach yetla3li moral* ». (C'est le décès de mon frère, je vais vous raconter : On a remarqué dans le foyer qu'on habitait des phénomènes paranormaux mon frère a été possédé, on lui fait de l'exorcisme il souffrait d'un trouble du comportement, ils ont fait de la sorcellerie, il était le seul, le plus sage d'entre nous, il fait sa prière à temps ; il a pris la responsabilité de mon père, il était toujours à nos cotés. Comment il est mort ? Il s'est suicidé devant mes yeux, à ce moment là j'ai perdu la tête et mon contrôle, j'étais comme un fou, la maison où on vivait est

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

habitée par les djinns et d'après les imams mon frère était possédé , les djinns n'ont pas voulu qu'on habite cette maison, les imams font toujours de la rokya mais rien n'a changé, quand j'ai perdu mon frère, j'avais un grand sentiment de tristesse , et j'ai eu le même sentiment quand j'ai perdu mon père , je ne supportais pas la séparation , je ne pouvais même rentrer à la maison les mêmes images de la mort de mon père défilent devant mes yeux et je revivais le même cauchemar. Pour oublier ma blessure et mon chagrin j'ai opté pour le surdosage de substances, je suis arrivé même à consommer de la cocaïne je l'ai prise dehors ce sont les amis qui me l'on donnée pour me remonter le moral). On a remarqué chez le sujet une profonde tristesse, et un sentiment d'insécurité dans sa vie, les symptômes typiques comprennent la reviviscence de l'évènement traumatique (CIM-10, 2012). Donc son adolescence est marquée par la reviviscence d'un autre évènement traumatique, à savoir le décès de son frère.

Informations sur l'âge adulte

« Je vais vous raconter sur ce qui s'est passé durant cette période, Bon après le décès de mon frère la consommation ne cesse d'augmenter de plus en plus, l'image de mon frère qui s'est suicidé devant mes yeux, je n'arrive pas à l'oublier, à force hewa ali kan chad la responsabilité ta3 dar , moi je ne travaillais pas, be3d ma mat hewa bedit nehawess 3ela khedma makanch , j'ai décidé naddir tabla f marché ta3 bab el oued , et qui dit marché ta3 babel oued dit automatiquement consommation , j'ai fait cette table bach nerbah kouti, et avoir une table au marché ta3 bab el oued égal consommation , personne ne peut travailler au marché conscient, autant clean sahi, sans le produit, gha3 les commerçants de bab el oued consomment, makanch kifach , même les anciens commerçants consomment zetla. On a tous la même idée pour appeler les clients il faut consommer du lyrice ghir heya ali tennahi el hachema, et pour éviter de se disputer avec eux et bach tu supportes ghachi ta3 bab el oued lazem la consommation ».

(Je vais vous raconter ce qui s'est passé durant cette période. Bon après le décès de mon frère la consommation n'a cessé d'augmenter de plus en plus, l'image de mon frère qui s'est suicidé devant mes yeux, je n'arrive pas à l'oublier. Comme il était le responsable de la maison, moi je ne travaillais pas après sa mort j'ai commencé à chercher un boulot mais je n'ai pas trouvé, j'ai décidé de faire une table au marché de Bab el oued et qui dit marché ta3 babel oued dit automatiquement consommation , j'ai fait cette table pour vivre et avoir une table au marché de bab el oued égal consommation , personne ne peut travailler au marché

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

conscient, et propre, sans le produit, tous les commerçants de bab el oued en *consommaient*, il n'y a pas question, même les anciens commerçants *consommaient* du cannabis. On a tous la même idée pour appeler les clients il faut consommer du Lyrica, c'est la seule qui diminue la timidité et la honte et pour éviter de se disputer avec eux et pour supporter les gens de bab el oued il faut consommer ». On a remarqué chez le patient que la consommation est l'un des principes du plaisir, cependant les difficultés du monde extérieur font que la consommation devient plus facile.

« Pour ma consommation de l'héroïne comment a commencé J'étais avec un ami, par ce qu'avant, j'étais juste addict aux cannabis, Lyrica et Rivotril (la drogue ta3 zewawla....hhh), aya un autre ami on était un trio, on ne se connaissait pas au paravent te3arefna b l'héroïne, la 3ème personne c'est l'ami de mon ami on avait un ami en commun, il nous a proposé une affaire, d'importer juste l'héroïne et il nous a dit fiha derham kebbar, vu qu'on avait pas d'argent kebelna, kalna wash raykoum ma tebi3ou ma walou tejibouli berk sel3a wana ali nebi3, en plus de grandes quantités, et être toujours confronté à l'héroïne ça nous a tenté, on a eu l'occasion on a essayé, au début c'était de temps en temps, mais après on est devenu dépendant, et l'héroïne ma3roufa beli fiha bezzaf le manque, on est tombé dans le manque, on a remarqué que khalss keberna ou heytna da3et, et on a vu qu'il y a beaucoup dans notre entourage qui ont fait de la prison à cause de l'héroïne, hamdallah on est pas tombé dans ce piège, henna fekna, heureusement on a pas été emprisonné. On a décidé d'arrêter le travail et commencer le sevrage, ouvrir une nouvelle page et commencer une nouvelle vie, malgré je sais que je ne vais pas oublier ce que j'ai vécu mais cette fois le traitement de ma douleur et ma blessure infantile sera la prière et non pas la consommation ».

(Pour ma consommation de l'héroïne comment a commencé, j'étais avec un ami, par ce que avant j'étais juste addicts aux cannabis et Lyrica et Rivotril (la drogue des pauvres ...hhh), aya un autre ami nous étions un trio, on ne se connaît pas au paravent on s'est connu par l'héroïne, la 3ème personne c'est l'ami de mon ami on avait un ami en commun, il nous a proposé une affaire, d'importer juste de l'héroïne et il nous a dit il y'aura beaucoup d'argent, tellement on avait pas d'argent on a accepté, il nous a dit vous ne vendez pas, vous me ramenez juste la marchandise et c'est moi le dealer, il y a de grandes quantités, et être toujours confronter à l'héroïne ça nous a tenté, on a eu l'occasion on a essayé, au début c'était de temps en temps, mais après on est devenu dépendant, et l'héroïne est connue par le syndrome de manque, on est tombé dans le manque, on a remarqué qu'on est maintenant mature et notre vie est perdue, on a vu qu'il y a beaucoup dans notre entourage qui ont fait de

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

la prison à cause de l'héroïne, hamdallah on est pas tomber dans ce piège heureusement on est pas emprisonné. On a décidé d'arrêter le travail et commencer le sevrage, ouvrir une nouvelle page et commencer une nouvelle vie, malgré que ce soit impossible d'oublier ce que j'ai vécu mais cette fois le traitement de ma douleur et ma blessure infantile sera la prière et non pas la consommation). On a remarqué chez le patient de la culpabilité, un sentiment, et une honte, il n'arrête pas de se réprimander. Le sujet a un fort estime de soi quand il a décidé de faire un arrêt brutal de la consommation de façon volontaire.

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suite à notre rencontre, pour l'entretien, il a répondu aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire de l'enfance jusqu'à l'âge adulte et sur son vécu comment il a commencé la consommation et surtout ce qui l'a laissé à devenir addict et ce qu'il l'a poussé à être dépendant, et. M. Youcef nous a raconté sa première expérience avec les psychotropes, le cannabis et lyrica , ainsi sur les événements marquants de sa vie qui l'ont poussé de virer vers le chemin des addictions, on peut dire que l'addiction est le traitement de son vécu, le sujet a vécu orphelin du père qui été l'évènement plus marquant pendant son enfance, le sujet n'est pas arrivé à faire son deuil, ainsi a toujours une angoisse de séparation, avec sa mère, puis l'influence de l'environnement défavorable qui l'a amené à essayer la consommation et à devenir addict, puis le changement du foyer qui était défavorable et c'est la perte de souvenirs liés à son père , ainsi une adolescence qui est marquée par plusieurs événements surtout quand il a quitté l'école vu qu'il était un bon élément et le suicide de son frère tuteur a créé une profonde tristesse, et un sentiment d'insécurité dans sa vie . La reviviscence du même événement a créé chez le sujet l'augmentation de la consommation. La période de son âge adulte est caractérisée avec l'évènement comme vendeur au marché qui est selon lui un marché de consommateurs .Le surdosage des substances pendant son travail s'est augmenté, afin de palier sa souffrance il a trouvé comme pansement : l'héroïne comme une marchandise pour avoir de l'argent . Le sujet a décidé de se mettre en cure de sevrage pour une nouvelle vie avec sa mère.

Enfin, durant son sevrage, il nous déclare qu'il était bien soutenu par sa mère et dans le projet de soin, elles viennent parfois pour lui rendre visite à la clinique à cause de la situation sanitaire.

Synthèse du cas Youcef :

En se référant à ces données recueillies à travers l'entretien clinique semi directif, nous synthétisons qu'avec son état et tous les événements qu'il a subi et qu'il a vécu, M.Youcef présente un parcours de vie difficiles durant son enfance ainsi la période de son adolescence et son âge adulte, ces événements de vie douloureux apparaissent clairement comme étant traumatogènes.

Cas n°04: Mme. Salima

Présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif Mme. Salima

Après nous être présentées à Mme Salima qui était compréhensive et coopérative avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier notre hypothèse.

Mme.Salima jeune fille âgé de 30ans, originaire d'Alger demeurent à koléa, troisième d'une fratrie de quatre, deux frères et une sœur, son niveau d'instruction est de terminal, célibataire, actuellement sans emploi.

Hospitalisée pour la première fois au niveau de la clinique pour la prise en charge de sa polyaddiction. Accompagnée par sa mère.

Lors de l'entretien avec Mme Salima s'est déroulé en 2 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction femme », toujours l'après-midi après la séance du sport et l'atelier thérapeutique le matin. Le sujet était stable sur le plan comportemental, calme, son humeur triste adoptée aux propos, il n'arrête pas de bouger son pied et jouer avec ses mains, un fort caractère, toutefois son discours était clair et cohérent. Mme. Salima maîtrise la langue française ce qui fait, on n'a pas eu le recours à une traduction de notre guide d'entretien

Axe n°1 : informations sur le trouble du sujet :

Lorsqu'on a posé la question à Mme Salima, quand est ce qu'elle a commencé à consommer les SPAs, sa réponse était : « Bah, *mon âge de début de la consommation, j'étais adolescente j'avais à peine 15 ans, et je n'oublierai jamais comment j'ai commencé... mais*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

bon pas grave c'est la vie ». On a remarqué chez le sujet quand-elle a indiqué l'âge du début de sa consommation : une tristesse profonde ainsi, un sentiment de culpabilité et la honte quand elle a commencé à nous raconter.

Pour les substances utilisées : *au début j'ai pris de l'alcool à 15 ans et lyrica c'était presque le même âge, par contre Tramadol à l'âge de 23 ans pour le tramadol je prenais jusqu'à 15 cp de 150mg entre 2 à 3 fois par jours et la cocaïne à l'âge de 25 ans.*

A propos de ma première expérience : *« c'était forcé, bah mon cousin m'a forcé de goûter et moi je n'ai pas voulu, puis il a commencé à me tabasser et à hurler sur moi, bah la cause de tout ça c'est que j'ai vu une bouteille de bière dans ses mains et lui aussi il était jeune il avait 17 ans si je me souviens..., c'était les vacances de l'été on est parti sur Alger chez mes grand parents (côté maternelle) vue que nous habitons pas à Alger on était à Kolea. Je l'ai vu, il avait peur que je dirais à sa maman alors il m'a giflée et il m'a dit tu fais quoi là, si tu dis à quelqu'un je te tuerai et raconter à tout le monde ton histoire, à ce moment là, moi, je ne savais plus quoi faire, je n'avais pas une goutte de sang dans mon corps je suis devenue toute pâle, il m'avait (wakila hessblek man3refch hekaytek ?) (apparemment tu crois que je ne connais pas ton histoire ?), et moi mon histoire j'ai cru que personne n'est au courant sur tout , je me suis mise à pleurer et je le suppliait de ne pas raconter mon histoire, bah il me forçait à boire de l'alcool, il m'a dit (ghir haddi ali rah tenessik acherrbi marah yessralek walou en plus je ne vais pas dire à autrui).(il n'y a que ça qui te fera oublier ta souffrance, tu bois et tu n'auras rien en plus je ne dirai à personne).*

Depuis ce jours je suis devenue alcoolodépendante c'était la seule chose qui me fait oublier, et pour ma consommation de lyrica, je me souviens parfaitement de la journée où j'étais vraiment triste, en gros détruite, je n'étais pas bien du tout j'étais vraiment angoissée, il m'a vue dans cet état il m'a dit je comprends ta souffre mais la meilleure chose dont tu te sentiras mieux c'est cette molécule : lyrica. Ne t'inquiète pas tu auras une sensation de plaisir, et tu oublieras tout tiens prend la, fais-moi confiance, cette panacée te rétablira de ta blessure, tu deviendras heureuse momentanément tu auras une hormone de bonheur dès que tu la prends, depuis ce jour dès que je me sens infortuné, désespérée je prends lyrica. Voilà ». On remarquer chez le sujet quand elle a parlé de ces premières expériences avec les SPAs,

A propos des antécédents familiaux *«Bah, oui mon papa il est alcoolodépendant, mes frères non ils n'ont jamais goûté, par contre j'ai aussi mes cousins des alcooliques et des*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

addicts aux substances, voilà ». Donc la notion de plusieurs addicts au sein de la famille est présente ce qui a permis au sujet d'être addict, l'entourage familial est défavorable.

On lui a posé la question sur la prise en charge, *« oui, je suis trop contente de la prise en charge je veux bien m'en sortir, et je suis trop motivée pour me changer et laisser ces substances, pour la prise en charge c'est moi-même qui ai demandé de sevrage médicalisé, et même ma famille m'a soutenue pour ça, surtout ma mère, ma sœur et mes deux frères, ils étaient tout le temps avec moi, en tous les cas hamdallah j'ai une bonne famille »*. Quand elle a parlé de sa famille elle a montré un sentiment de bonheur et de sécurité, l'apport de l'entourage familial joue un rôle très important

Axe n° 2 : Informations sur la trajectoire de vie du sujet addicts

Informations sur l'enfance

On lui a demandé est ce qu'elle peut nous parler de son enfance. En lui posant la question sur les événements heureux et malheureux dont elle se souvient, elle a répondu comme suit : *« je n'ai jamais eu un évènement heureux pendant mon enfance, que des mauvais souvenirs je vous jure, une enfance terrible, un papa rigide. On était la cible de menace, mon père était trafiqueur, et détourner de l'argent et tout je ne peux pas dire trop sur son travail.... Du coup on n'a jamais été en sécurité moi, mes frères et ma mère. Par contre ma mère elle s'occupe trop de nous elle était douce gentille, la pauvre elle a accepté tout, elle vivait comme une esclave, on a jamais été comme les autres familles mon père toujours absent, il nous a jamais donné de la tendresse, par contre ma mère elle nous a donné toute la tendresse et de l'affection du monde. On vivait sous le mot attention »*. Alors que le mot attention est très dangereux pour un enfant. *« Vu que je ne sors pas beaucoup de la maison, je n'avais pas de copines avec qui jouer, tout ça à cause de mon père, parce qu'il était mal vu dans notre quartier, du coup tout le monde s'éloigne de nous, il nous a jamais pris dans ses bras comme les autres pères, on vivait dans un cauchemar, dans une phobie, on était des antisociaux »*.

On lui a posé la question sur l'évènement qui vous a plus marqué, elle nous a dit : *« il m'a déjà abusé sexuellement j'avais 11 ans j'étais trop petite, je ne savais pas c'est quoi. Je vais vous raconter mon histoire, un jour, mon cousin coté maternelle est venu chez nous, il est plus âgé que moi il avait 18 ans, soit disant (yehabni, yehab yel3ab me3ayan et lui il était vicieux), (il m'aime, il aime jouer avec moi) et il commence à me séduire, puis moi j'ai eu la*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

sensation de curiosité, je voulais savoir, il commence à me toucher, et moi je l'ai laissé faire, mais après j'ai essayé de me débattre, puis il m'a menacé toujours genre après plusieurs fois de cet acte, il me disait si tu avoues à quelqu'un à propos de ces menaces je vais raconter à tout le monde ce qu'on a fait, au lieu que je joue avec mes poupées à cet âge il a fait de moi sa poupée avec laquelle il partage son instinct animal, alors il vient à chaque fois à la maison il faisait ces trucs, bah ma mère elle travaillait et mon père presque absent il n'est jamais à la maison, et mon frère on avait presque le même âge, les deux autres ils étaient trop petits, donc mon cousin il était malin il choisit ses moments durant l'absence de mes parents, il me fait ce qu'il veut et il sort, je disais rien, j'avais peur des réactions de mes parents et des gens, il me dit (ki tekabri neti ali rah yeloumouk anas machi ana anti mera wana rajel, la société materhamch lemra, rajel yebka rajel mahma yekoun)(quand tu vas grandir c'est toi qu'ils vont accuser, c'est toi la femme et moi l'homme. la société n'aura pas pitié envers la femme, l'homme restera homme, tant qu'il soit ». Du coup je l'ai laissé faire, mais au fond de moi je m'autodétruis et brisée à l'intérieure, mon enfance je ne l'ai pas vécu comme les autres fillettes ».

On a remarqué chez elle une tristesse profonde accompagnée par des pleurs et des crises d'angoisse dès qu'elle a commencé à parler de son enfance. Donc son enfance est marquée par des événements difficiles, ainsi qu'une dynamique familiale perturbée, un harcèlement moral de la part de son cousin avec des abus répétés. Alors, l'évènement traumatique se caractérise par une soudaineté, une violence, une menace, tel que l'exposition du sujet à une blessure grave ou à des violences sexuelles, selon (DSM, 2015).

Les viols et autres agressions sexuelles sont des crimes et délits qui portent de très graves atteintes aux droits, à la sécurité, à la dignité et à l'intégrité des victimes. Depuis plus de deux décennies, le viol est considéré comme un traitement cruel, inhumain et est de plus en plus considéré comme une forme de torture. Elles font partie des traumatismes les plus sévères et sont associées à des effets néfastes à long terme sur la santé mentale et physique des victimes et sur leur parcours de vie, ce qui en fait un problème de société et de santé publique majeur (Kédia, Sabouraud-Séguin, 2019).

Le processus de harcèlement est conçu pour causer des dommages mentaux aux personnes. Au niveau psychologique et émotionnel, l'intégrité est affectée et l'estime de soi est perdue à cause de la culpabilité. Même honte. Le développement d'un état anxieux, la peur de ne pas pouvoir y faire face, un état de stress entraînant des sentiments d'impuissance et d'échec, de la

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

tristesse voire de la dépression, et la perte de certains repères (Kédia, Sabouraud-Séguin,2019).

Informations sur l'adolescence

Pour votre adolescence pouvez-vous nous raconter, oui bien sûr je vais vous raconter « bah c'était une photocopie de mon enfance rien n'a changé, j'ai vécu sous les menaces, j'avais toujours peur , terrifiée et terrorisée par mon cousin le violeur, en fait mon autre cousin il était au courant de mon histoire, je vis avec leurs menaces, je refoule toutes mes angoisses, je n'arrivais pas à avouer, je souffrais toute seule, je brûlais à l'intérieure, ça m'a créé des conflits dans ma vie. La seule chose qui me vient à la tête c'est de passer à l'acte et me suicider, mais j'ai hésité de le faire, j'avais peur que ma mère sois triste. Donc j'ai décidé de laisser souffrance et la panacée juste pour moi. Le violeur a des pulsions sexuelles que pour moi, il n'a pas violé d'autres filles juste moi, une fois j'avais 14 ans il a dit je ne veux que toi pas une autre, il était violent, agressif il m'a tabassé plusieurs fois, il est sadique en ayant le plaisir de la douleur, il est sadomasochiste je pense, son but c'est qu'il me fasse du mal afin de satisfaire ses besoins, (ya rebbi habba nerked ou noud ou nelka koulchi keddab, ali jaz 3elya) .

Bah c'est un cauchemar pour moi, je ne dors pas la nuit, si je ferme mes yeux, il apparaît comme un monstre qui vient abuser de moi, j'avais des cauchemars répétitifs à propos de ça. Je veux juste dormir sans avoir ces cauchemars, je veux juste dormir et ne pas me réveiller, je veux juste mourir j'ai toujours des angoisses de mort. Je ne veux plus vivre cette vie (ana mekassra) et qui dit mekassra dit aucune vie, il me viole chaque jour, le moment qu'il veut, et j'étais obligé d'accepter sinon ça sera une catastrophe. Une fois j'avais 16 ans, j'étais grande je connaissais tout, il est venu chez moi, il était inconscient, il a voulu passer à l'acte, et moi je criais et hurlais je l'ai poussé, il a pris un couteau il a voulu me frapper il a essayé de me donner un coup de couteau mais je me suis défendue, je me suis sortie de la maison et j'ai pris la fuite. Le lendemain c'était une journée dure pour moi. Il m'a frappé et ne m'a rien laissé (il m'a dit derbtek bach tetrbay), et moi la consommation sa augmente, j'ai bu de l'alcool bien sûr j'ai trouvé de l'alcool à la maison c'était à mon père, j'ai pleuré ..., j'étais son objet de plaisir. Tout ça durait 5 ans, il n'a pas cédé jusqu'au jour de son mariage, il a arrêté. J'étais trop contente, je me disais toujours hamdoullah, je ne vais plus entendre ses menaces. Maintenant il a trouvé un autre objet d'où il va satisfaire son instinct. Mais quand je

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

le vois accompagné de sa femme je me disais toujours lui il a fait sa vie et moi j'ai perdu la mienne. Je ne suis pas comme les autres, ana ness benadem, il m'a détruit wekilou rebbi...

Ce qui m'a vraiment aussi marqué c'est quand j'ai avoué tout à ma mère, la pauvre elle n'a pas arrêté de pleurer, depuis ce jour elle a développé une hypertension artérielle, c'était à cause de mon évènement, ma mère était hospitalisée à cause de moi. Elle sait bien je ne l'ai pas fait volontairement, c'était plus fort que moi. Et la seule solution que j'ai pour ne pas y penser à tout ce qui m'est arrivé, c'était lyrica qui me soulageait qui me faisait oublier. Je me sentais un nouveau né, une nouvelle salima qui n'était pas détruite.

Ce n'est pas uniquement de l'abus qui m'a transformé en addict, j'ai vécu pendant la décennie noire, une fois j'avais 17 ans j'ai vu aussi des cadavres. Une fois, en allant à l'école j'ai vu une tête, j'avançais un peu, je voyais les restes du corps, j'ai été traumatisée, je ne savais pas quoi faire, je tremblais de peur vraiment c'était difficile, horrible pour moi. Je ne pouvais plus y aller par ce chemin, si je passe par ce chemin je revivais la même scène. J'ai toujours des complexes dans ma vie, de la phobie. et j'ai toujours de l'anxiété, des sentiments pénibles.

Alors un événement marquant pendant un âge précis, peut engendrer des complications, dans la vie du sujet. La reviviscence d'un évènement soudain, est parmi les critères diagnostic du traumatisme psychique (DSM-5, 2015).

D'après son médecin traitant, le sujet a développé une personnalité limitée, il y a beaucoup d'éléments en faveur de ça. Elle a développé une addiction rien pour oublier toute cette souffrance, et ses évènements marquants. Selon la revue de la littérature la personnalité limitée est également associée à la sévérité de la dépendance aux substances, elle est donc susceptible d'évoluer (Morel, 2019).

De plus depuis cet évènement, la vie de Mm salima est tellement changée rien ne lui fait plaisir, elle n'a aucun gout pour la vie, même si elle se montre heureuse, mais elle nous a dit ce n'est qu'un masque de jouissance, et psychologiquement elle est détruite, nous illustrons cela par ses dires « ma vie est devenue trop dure pour moi et pour mon entourage...rien ne m'intéresse... je ne suis pas comme les autres ». Selon Joss (2013), Le traumatisme peut affecter la structure de la fonction mentale de la personnalité et laisser des traces durables dans un certain sens ou relation avec les événements, les événements personnels et le soi. Autres modifications.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Informations sur l'âge adulte

Ma vie pendant l'âge adulte est caractérisée par le vol, l'agression. J'étais trop agressive pendant mon début de l'âge adulte je tabassais des filles, des camarades de classe je les menaçais pour qu'elles me donnent de l'argent pour que je puisse acheter, mais à la base c'est ma mère qui me donnait de l'argent pour acheter j'avais d'où ramèner. La seule chose que je n'ai pas regretté c'est de ne pas arrêter mes études malgré j'ai refait plusieurs fois l'année, j'avais des difficultés d'apprentissage, je n'ai pas baissé les bras j'ai continué toujours, déjà j'ai consulté plusieurs fois un psychologue pour des difficultés scolaires et problèmes d'accès sociale j'étais impulsive, instable, des tendances à passage à l'acte.

Donc, d'après (Morel, 2019) les tendances de la personnalité portant vers l'abus des substances, alors les consommations ont toutes les chances d'avoir retour à des difficultés sociales et comportementale.

Puis, je dealer de la drogue, je suis rentrée avec une équipe de dealers et ils nous ramenaient de la marchandise et nous on la vendait dans les quartiers à l'université et tout, voilà le but était de gagner de l'argent avoir avec quoi acheter pour consommer ma mère me donnait à chaque fois mais c'était insuffisant. J'ai toujours honte de moi...

Pendant la deuxième séance d'entretien, le sujet n'était pas dans son état, on lui a posé la question est ce que vous avez bien dormi, elle nous a répondu comme suite «oui j'ai bien dormi, mais quand lefjar arrive ça se passe très mal », on lui a dit pourquoi « elle nous a dit tout me dérange, tout me dérange » elle était toujours angoissée, une angoisse incoercible qui ne répondait pas à la réassurance. C'est quoi salima ce qui te dérange « la lumière de l'aube, elle me dérange, les oiseaux qui chante me dérange » qu'est ce qui fait que ça se passe ça ainsi à ton avis, toute seule a avoué, elle nous a dit je vais vous dire clairement « par ce que il y avait des moments où le violeur abuse de moi au moment de el fajer, donc le chant des oiseaux , la lumière du matin , ça me rappel tout , chaque fois que ce moment arrive je revis mes cauchemars et ça me torture.

Donc, ici nous remarquons la présence d'un élément relevant des caractéristiques du traumatisme psychique présenté dans la CIM-10 (2012) : revivre l'événement traumatique est présenté sous forme de mémoire intrusive vive.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Quand j'entends ça je voulais juste fuir de la réalité, je ne voulais guère penser à ça, à tout ce que j'ai subi durant ma vie, cet horrible évènement, ma rendu folle, je ne vois que la consommation entre mes yeux, je ne peux plus m'endormir, ni à être heureuse, j'avais tout le temps des problèmes et des troubles du sommeil, j'avais un manque et des difficultés de concentration. On a remarqué chez le sujet un accès de colère qui s'exprime par une agressivité verbale envers la personne (le coupable).

Ainsi, des symptômes que nous trouvons dans le DSM-5 (2015), comme problème de concentration, accès de colère, agressivité et trouble du sommeil (ex : difficulté d'endormissement).

Je hais les hommes, je ne peux plus les voir, je veux continuer ma vie seule avec ma mère même mon père je n'ai pas besoin de lui. Je ne veux pas me séparer de ma mère je suis très attachée à elle. Ma mère est ma vie. On a remarqué chez elle quand elle a parlé de sa mère, elle s'est sentie mieux, elle était très contente quand elle a commencé à parler sur sa maman d'après la revue de la littérature l'attachement est un point essentiel dans la vie de l'enfant selon l'approche psychanalytique. Par contre son père le voit comme une source de souffrance pour elle.

Malgré tout ce que j'ai vécu j'ai une forte personnalité, j'ai décidé de continuer ma vie toute seule avec ma maman. Et j'ai fait un contrat de travail dès que je sors d'ici je vais commencer à officialiser mon produit, bah moi je fais de la bande dessinée. Je me suis inscrite dans les beaux-arts, je fais de la littérature, j'aime bien l'anthropologie.

En ce qui concerne ses relations avec sa famille, Mm salima nous a affirmé qu'elle a de bonnes relations avec sa famille, sa maman, ses frères. Elle a trouvé le soutien de la part de ces derniers. Les relations sont marquées par la tendresse et la sécurité assurée par sa maman et son grand frère, d'après ces dires « j'ai une bonne relation avec maman et mon frère, qui m'ont trop soutenue et qui étaient compréhensifs envers moi.. » le contrôle parental aide à diminuer l'exposition aux produits, ainsi les liens d'attachement élaborés, et le climat familial chaleureux sont des facteurs positifs qui permet d'aider le sujet à laisser des addicts (Morel, 2019).

Par contre je ne veux pas me marier ce n'est pas dans mes projets, je déteste les hommes, déjà je m'habille pas comme des femmes, j'ai des cheveux courts, bah un style de

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

mec, par ailleurs, j'ai aucune vie c'est le désert, ni sur le plan sexuel ni affectif. On a remarqué chez elle une grande haine envers les hommes et une absence de désir.

Enfin, Au cours de son sevrage, elle nous disait avant je gère mes problèmes avec la consommation et maintenant comment je vais faire après le sevrage. Une peur intense de la rechute.

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suit à notre rencontre, pour l'entretien, il a répondu aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire de l'enfance jusqu'à son âge adulte et sur son vécu et comment il a commencé la consommation et surtout ce qui l'a laissé à devenir addict et ce qui l'a poussé à être dépendant. Mme.Salima nous a raconté sur sa première expérience avec les SPAs , ainsi sur les événements marquants de sa vie qui l'ont poussée d'y aller vers le chemin des addictions, on peut dire que l'addiction est le pansement de son vécu, le sujet a vécu une enfance terrible, accompagnée d'une dynamique familiale perturbée. L'évènement le plus marquant pendant son enfance : qu'elle a subi un abus sexuel de la part de son cousin accompagné des harcèlements moraux. Qui a crée chez elle des angoisses, puis l'entourage familial défavorable qui a mené le sujet à essayer la consommation et à devenir polyaddicts, ainsi une adolescence qui es marquée par plusieurs événements, quand elle a vu des cadavres sur le chemin de l'école et aussi elle a eu un sentiment d'insécurité dans sa vie. La reviviscence du même événement a créé chez le sujet l'augmentation de la consommation. La période de son âge adulte est caractérisée par le deal des SPAs, le vol, l'agression. Le surdosage des substances s'est augmenté, afin de palier sa souffrance elle a trouvé la consommation comme pansement. Les cauchemars répétitifs ont créé chez elle des troubles de sommeil.

Enfin, Au cours de son sevrage, elle nous déclare qu'elle est bien soutenue par sa mère et ses frères dans le projet de soin, elle est très motivée pour se changer et vivre comme les autres femmes.

Synthèse de l'entretien clinique Mm.Salima :

D'après les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, Mm.Salima présente un parcours de vie difficiles avec beaucoup d'évènement de vie douloureux. Depuis son enfance

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

jusqu'à son âge adulte. Certains événements apparaissent clairement comme étant traumatogène à savoir le viol et le harcèlement.

Cas n°05 : M.Anis

Présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif M. Anis

Après nous être présentées à M Anis qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier notre hypothèse.

M. Anis jeune homme âgé de 21ans, originaire d'Alger demeurent à Cheraga le cadet d'une fratrie d'un frère et une sœur, son niveau d'instruction est universitaire, célibataire, hospitalisé pour la première fois au niveau de la clinique pour la prise en charge de sa polyaddiction.

Lors de l'entretien avec M Anis s'est déroulé en 2 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction homme », toujours l'après-midi après la séance du sport et l'atelier thérapeutique le matin. Le sujet était stable sur le plan comportemental, calme, une bonne humeur, un fort caractère il n'arrête pas de bouger son pied et de jouer avec ses mains, Ainsi son discours était clair et cohérent. M Anis maîtrise la langue française ce qui fait on n'a pas eu le recours à une traduction de notre guide d'entretien.

Informations sur les troubles addictifs

Lorsqu'on a posé la question à M.Anis quand est ce qu'il a commencé à consommer les substances psychoactives ? Sa réponse était : « j'avais 14 ans, j'étais adolescent, quand j'ai commencé ». On a remarqué chez le sujet quand il a indiqué l'âge du début de la consommation une grande tristesse, et un regret. On voyait les expressions de son visage quand il a bougé sa tête et tapais ses mains.

O lui a demandé de nous dire quelles sont les SAPs utilisées, il nous a répondu : « j'ai touché presque à tout, Tabac, Lyrica, cannabis, marijuana, cocaïne, l'héroïne, et voilà ». Ensuite on lui a posé la question sur ses premières expériences, « Bah, comme tous les jeunes l'environnement, les amis le quartier. C'était ça première expérience. J'avais des conflits je

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

voulais les résoudre avec les substances je gérais ma souffrance en prenant un comprimé de Lyrica. Lyrica est devenue ma source du bonheur. Mon quartier il n'est pas connu pour ces choses c'est un quartier propre de ces phénomènes et nous, on était des jeunes victimes des dealers ». On lui a posé la question à propos des antécédents familiaux sur la consommation. Il a répondu comme suit : « non, personne ne consomme dans ma famille, sauf moi. Mon père même pas le tabac, il n'a jamais goûté ». À propos de la prise en charge « oui, je veux bien, me soigner, d'ailleurs, personne ne m'avait forcé je suis venu volontairement dans le but de me soigner et supprimer toutes ces substances. Mais j'ai juste peur de rechuter c'est tout. Et je veux que ma mère soit contente quand même de son fils ».

Informations sur la trajectoire de vie

Informations sur l'enfance :

J'ai vécu une enfance le plus normalement possible, mon père me tabassait un peu comme la majorité des papas algérien hhhhh, cela ne m'a pas laissé de séquelles à propos j'avais une bonne relation avec ma mère, une enfance normale, on a vécu heureux ensemble trop bien, rien ne m'a marqué pendant mon enfance. J'ai vécu mon enfance avec les voyages et tout. Surtout quand j'aurais un cursus. Mon père était rigide juste pour les études. Il ne me manquait rien, j'avais tout ce que je voulais. On était une famille unie, heureuse. Donc, son enfance était très normale avec les deux parents, une dynamique familiale favorable. Accompagnée par un attachement entre les membres de la famille.

Informations sur l'adolescence :

Pour votre adolescence pouvez-vous nous raconter ? Il nous a répondu comme suit : « bah mon adolescence ? Elle était trop perturbée, ma mère est tombée malade j'avais 14 ans, je la voyais souffrir avec sa maladie et moi ça me tuait à l'intérieur, j'avais très mal. Bah elle avait un cancer du sein. Je rentre de l'école je la voyais sur son canapé toute pâle, elle était trop maigre et quand il arriva le 21 jour pour sa chimiothérapie, je la voyais comment elle souffrait avec les effets secondaires, elle avait des vomissements, des nausées. Du coup moi je ne supportais pas voir ma mère dans cet état. Elle avait un manque d'estime de soi, elle était déprimée elle gardait sa souffrance que pour elle, et ne voulait pas quand soit au courant. Donc, moi la maison était un enfer, je vivais dans un cauchemar je n'arrivais pas à dépasser tout ça sans faire quelque chose. Je suis sorti de la maison, je ne restais pas du tout à la maison. J'avais une blessure à l'intérieur de moi je ne n'arrivais pas à la dépasser. Une fois,

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

c'était bon je ne pouvais plus voir ça. Je suis sortie et resté dans le quartier, je n'étais pas bien (meddamar) (détruit). Mes amis m'ont remarqué que j'ai changé que je ne suis pas le même. Kount ghir sayakh, nekhamam berk

Ils m'ont demandé de prendre ce comprimé, rah teryah, et tu te sentiras mieux, tu vas planer, c'était lyrica. Bien sûr j'en ai pris. Et j'ai trop aimé. Bah je voyais que je vais tout oublier. Les problèmes de la maison ? Je vais les dépasser par la consommation, du coup, j'ai commencé à en prendre de petites doses, puis je suis devenu dépendant, consommateur. Donc, moi je recherchais l'excès du produit. La quantité est élevée, une envie d'amnésie (post-défoncé).

Selon Reynaud (2016). L'effet recherché par la consommation fréquente, augmente la quantité du produit consommé. Ainsi, la précocité de la consommation des SPAs, débute tôt dans la vie du consommateur à plus de risque de développer une dépendance aux SAPs (karila & Raynaud, 2006).

Ce qui m'a aussi trop marqué pendant cette période c'est que, je revivais les mêmes événements, alors mes deux tantes aussi ont développé des maladies graves, elles ont aussi des tumeurs mais je ne sais pas tumeurs de quoi exact. Alors elles vivaient en dehors d'Alger elles venaient pour se soigner à Alger, et elles restaient pendant la cure chez nous et moi l'image de ma mère quand elle était malade me revenait en tête. Je remémorais tout. Je n'arrivais plus à dépasser ce cauchemar. Je rentrais chez moi je voyais que des pleurs, tout le monde parlait que de la maladie et sur la mort. Je ne supportais plus entendre ça. Je sortais de la maison, je voyais mon soulagement à l'extérieur. L'envie de consommer augmente toujours. Et mon plaisir c'était SPAs. Je prenais 7 de 300mg de lyrica chaque jour, j'étais inconscient. Je voyais que tout est noir dans ma vie, que des idées négatives qui me viennent en tête, j'étais angoissé, j'avais aucun goût. Comment continuer ma vie comme ça. J'entends que des pulsions de morts. Aucun désir et des pulsions de vie. Je n'avais aucun mécanisme de défense, j'avais que des peurs. Que idées négatives me viennent en tête, j'avais des hallucinations toutes les nuits, des cauchemars répétitifs. « Je me dis toujours : je ne veux pas que ma mère me laisse seule » cette idée ma détruit je ne supporte plus la séparation.

Selon la CIM-10 et le DSM-5, la reviviscence est une caractéristique du traumatisme psychique. Ainsi les hallucinations et les cauchemars répétitifs caractérisent le sujet en souffrance (DSM-5, 2015, la CIM-10, 2012).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Donc, la phase de l'adolescence est caractérisée par des événements difficiles à savoir la maladie de sa mère et la maladie de ses tantes.

En effet, la maladie d'un membre proche de la famille est considérée comme un choc émotionnel, un traumatique non résolu.

Informations sur l'âge adulte

Racontez-nous sur votre vie actuellement, il nous a répondu comme suit : « J'étais en Angleterre pendant 2 ans où j'ai fait mes études en Business, et avant d'y aller à Londres j'avais une blessure au niveau du pied, je ne l'avais pas traité le bas c'était trop cher. Alors quand j'étais à Londres j'ai fait une coupure pour arrêter la consommation de lycra. Je ne consommais que Marijuana par ce qu'elle existait à Londres. Puis je faisais des vas et vient entre Londres et Alger, entre temps pour me soigner et pour voir mes parents. Londres pour mes études, puis est arrivée la pandémie tout était arrêté et je suis resté à Alger. J'étais vraiment dégoûté, angoissé, je n'avais rien à faire ici je complétais mon vide avec la consommation. Le confinement, le quartier, les amis. On ne faisait que consommer pour passer le temps. Ce n'était pas une bonne idée de rester comme un chômeur dans le quartier. J'étais un jeune actif et j'ai décidé de m'inscrire ici à Alger dans une école de Business j'ai continué mes études en anglais, elle se situe à cheraga, j'ai touché à l'héroïne avec mes amis à l'école de Business, j'étais disposé, j'avais de l'argent pour en acheter et consommer. Bah, puis j'ai décidé d'arrêter tout, et me faire soigner, je savais bien que ce n'était pas un bon chemin que j'avais pris. Je ne me vois pas dans mon entourage la consommation ce n'est pas mon délire, surtout l'héroïne, elle t'éloigne, elle t'emmène vers un chemin sans issu, j'ai peur d'arriver à la phase d'injecter, je ne voulais pas détruire ma vie avec mes propres mains. Certes auparavant je consommais juste pour oublier ma blessure et mes angoisses mais maintenant je veux arrêter tout.

Je suis trop motivé pour la cure de sevrage, c'est moi qui ai décidé de venir m'éloigner de toute consommation. Et je suis très motivé par la compagnie de mon copain lui aussi pour le sevrage. Aussi, j'ai fait ça pour ma mère et mon père qui étaient avec moi et qui ont compris ma souffrance.

Donc, l'âge adulte est caractérisé par un vécu normal, accompagné d'une période de vide dans la vie du sujet qui l'a poussé vers le retour aux SPAs. Une forte motivation

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

présentée par le patient pour le sevrage, ainsi, l'un des facteurs de la motivation est la compagnie de son ami.

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suite à notre rencontre, pour l'entretien, il a répondu aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire de l'enfance jusqu'à son âge adulte, sur son vécu et comment il a commencé la consommation, surtout ce qui a laissé le sujet à devenir addict et ce qu'il l'a poussé à être dépendant, Anis nous a raconté sur sa première expérience avec les psychotropes, le cannabis et lyrica, ainsi sur les événements marquants de sa vie qui l'ont poussé d'y aller vers le chemin des addictions, on peut dire que l'addiction est le traitement de son vécu, le sujet a vécu une enfance normale, ainsi une adolescence qui es marquée par plusieurs événements surtout la maladie de sa mère , une forte angoisse de séparation ainsi des hallucinations apparaissaient, la peur de perdre sa mère. La reviviscence du même événement chez le sujet quand ses tantes sont tombées malades, ce qui l'a poussé à augmenter la consommation. Puis l'influence du père qui a joué un rôle essentiel dans le début de la consommation qui a mené le sujet à devenir dépendant. Durant la période adulte la consommation était juste pour compléter le vide.

Enfin, Au cours de son sevrage, nous déclare qu'il est bien soutenu par sa mère dans le projet des soins. Le sujet ne voyais pas son monde dans la consommation ce qu'il l'a laissé de prendre cette décision qui est de se soigner.

Synthèse du cas M. Anis :

En se référant à ces données recueillies à travers l'entretien clinique semi directif, nous synthétisons qu'avec son état et tous les événements qu'il a subis et qu'il a vécus, M Anis avec son récit de vie a vécu un parcours douloureux pendant son adolescence, a montré malgré sa blessure qu'il est un jeune résistant. Notre sujet a pu dépasser sa souffrance grâce à ses capacités et sa motivation de changer, ainsi le soutien de son ami qui est venu lui aussi pour la cure de sevrage.

Cas n°06 : M. Islam

1. Présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par guide d'entretien semi-directif de M. Islam :

Après nous être présentées à M. Islam qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier nos hypothèses.

Mr Islam est un jeune homme âgé de 30 ans, originaire d'Alger demeurant à Beraki, le cadet d'une fratrie : d'un frère et deux sœurs, son niveau d'instruction est Moyen (4 A.M) célibataire, sans profession

Hospitalisé pour la deuxième au niveau de la clinique pour la prise en charge de polyaddiction.

Lors de l'entretien avec M. Islam s'est déroulé en 2 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction homme », toujours l'après-midi après la séance du sport et l'atelier thérapeutique le matin. Le sujet était instable sur le plan comportemental, agité, son humeur est triste, Ainsi son discours était clair et cohérent. M. Islam maîtrise la langue française ce qui fait on n'a pas eu le recours à une traduction de notre guide d'entretien.

Axe n° 1 : informations sur le trouble addictif

Lorsqu'on a posé la question à M. Islam quand est ce qu'il a commencé à consommer les SAPs ? Sa réponse était : « j'ai commencé à consommer très jeune, 13 ans ». Les substances utilisées c'étaient "ZETLA (cannabis), Lyrica, ecstasy, tramadol". "Je n'ai pas touché à la drogue dure". On lui a posé la question "comment est ce qu'il a commencé à consommer ? Il nous répondit comme suite: « bah, au début c'était juste une envie d'essayer, puis, j'ai eu des événements dans ma vie qui m'ont laissé à consommer plus et de ne pas arrêter. Jusqu'à aujourd'hui. J'ai trouvé mon bonheur en consommant. C'est la seule chose qui me rendait heureux et de planer. C'est pour ça que je ne pouvais pas l'arrêter. Où je l'ai pris pour la première fois ? C'était en été au bord de la mer avec mes amis, puis dans le quartier. Il y avait des dealers, j'achetais pour calmer et oublier ma souffrance". A propos des antécédents familiaux vous avez des consommateurs dans votre entourage familial: « Non, je n'ai jamais

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

vu ou bien entendu quelqu'un de ma famille consommait". Comment vous vous sentez actuellement avec la prise en charge, « bon pour la prise en charge, hamdollah je suis très motivé pour se changer, j'ai le soutien de ma famille aussi. Les professionnels ici m'ont bien pris en charge, je veux un meilleur et droit chemin, je fais ça pour ma mère, elle a tant souffert à cause de moi".

Axe n°02 : Trajectoire de vie du sujet addict

Informations sur l'enfance :

Pouvez-vous nous raconter sur votre enfance, quels sont les évènements heureux et malheureux dont vous vous rappelez ? « Bah, j'ai vécu une enfance plus normalement du monde. On était très bien entourés hamdollah" les évènements de votre enfance qui vous ont marqué ? « Ce qui m'a vraiment marqué ? Le décès de mon frère kout kbir 3lih (j'étais plus grand que lui). Il a eu un accident de voiture. Il était en train de jouer au vélo à côté de la maison, un camion l'a frappé. Il est décédé sur le coup même avant d'arriver à l'hôpital. Ça a été le choc pour nous tous, il avait 8 ans et je me souviens très bien de lui il était trop Calme. Ma mère a perdu son sourire depuis, elle était déprimée.

Selon (DSM,2015) la perte d'un membre chère ou d'un proche est parmi les caractéristiques du traumatisme psychique.

Donc pendant le traumatisme, il y avait un influx massif d'excitation, un influx psychique ne pourra pas l'évacuer, donc cet afflux est dû à un évènement particulièrement violent tel qu'un accident. À ce moment-là lors du surgissement du traumatisme il y avait le principe de constance qui va être mis en échec. Donc, son enfance est marquée par un évènement difficile, la perte de son frère, et le choc subi par la mère.

Informations sur L'adolescence :

Pouvez-vous nous raconter votre adolescence ; *«Bon mon adolescence. C'est le début de ma Consommation, c'était le fait que mon père est décédé et ma sortie de l'école. L'évènement de mon frère me revient en-tête, mais je n'étais pas dépendant à ce moment-là, c'était occasionnel quand ça me vient à l'image. Je commençais à consommer. Puis j'ai pris une route vers la déviation, je consommait et dealer. Cette histoire de consommer et dealer*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

personne n'était au courant. Sur ça, le but ce n'était pas pour gagner de l'argent, c'était juste une envie, c'est tout. ».

Ce qui m'a marqué pendant cette période "J'étais en relation avec ma voisine, j'étais plus âgé qu'elle. C'était au début une relation normale. Puis une fois, j'ai trop consommé, j'ai agressé la fille, je l'ai violé à répétition. Mais elle était d'accord, ce n'était pas forcé parce que je lui donnais à consommer aussi. Je l'ai initiée à la consommation. Elle avait une passivité. Donc, à ce moment-là les parents de la fille ont su, parce que à chaque fois je la tabassais, (un couple de deux addicts, toujours il y a sur quoi se disputer. Il y avait des bleus sur son corps. Une fois les parents ont été au courant de l'histoire. Ils l'ont interdite de sortir. Tu ne vas jamais le revoir. Et moi je l'ai obligé de sortir et je lui ai enlevé le téléphone, elle a avoué à ses parents que j'ai volé le téléphone et ils ont déposé plainte contre moi. J'étais un héros, agressif, la consommation a augmenté. J'ai eu une trahison de sa part. J'étais instable sur le plan comportemental. J'avais une angoisse très forte, accompagnée de l'anxiété je me sens vide à l'intérieur. Et je me sens seul j'avais cette culpabilité, une honte de moi. Tout le monde me voit comme un agresseur". La honte et la culpabilité deux concepts liés au traumatisme.

Le sujet blessé à une honte et une culpabilité qui l'accompagne pendant sa vie quand il devient conscient. (CICCONE et FERRANT, 2009)

Donc, son adolescence est marquée par le viol et agression physique, ainsi le vol qui a mené sa vie à 4 ans de prison.

Informations sur l'Age adulte :

Pouvez-vous nous parler sur ce qui a caractérisé votre âge adulte « Bah, rahet 4 ans de prison. J'ai perdu 4 ans de ma vie, à cause du vol et d'agression, à cause de la consommation. C'est de ma faute si je n'ai pas surpassé cet acte de consommation. J'aurais dû vivre comme les autres. J'ai perdu ma vie en prison. Je ne suis pas comme les autres. Je vais vous raconter ce qui s'est passé. Quand ils étaient au courant de mon histoire, ils savaient que j'ai déjà violé, ils ont voulu me punir, ils m'ont donné de la drogue dans un sandwich. Ils étaient à 4. Le fait d'en manger, j'étais inconscient. Ils m'ont fait leur truc. Je me suis réveillé. Il y'avait une violence, tout le monde tapait. Ils m'ont mis en isolement. C'est pour ça que j'ai resté tout ce temps en prison. Depuis cet événement j'ai eu un autre traumatisme, j'avais des hallucinations quand quoi ils vont violer toutes les femmes de ma famille, ma mère, mes

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

sœurs je ne vais pas me marier parce que ma fille sera violée. C'était tellement puissant. Moi je sombrais. Pendant ma période d'emprisonnement, je n'ai rien consommé, j'ai fait une coupure de consommation, je souffrais sans avoir des SPAS. Une blessure intense, un malaise dans ma vie, une jeunesse perdue et un complexe puissant gênant dans ma vie. Je n'arrive pas à tolérer ».

Alors à cause de l'anxiété et tout ce que j'ai subi, pour dormir je consommais du cannabis tous les jours. J'ajoutais de temps en temps lyrica, extacy, tramadol. Sauf la drogue dure. Je ne sortais pas de la maison, j'avais une phobie sociale, je ne peux pas confronter le monde extérieur. J'avais l'impression que tout le monde est au courant de ce qu'ils m'ont fait, tbahdelt ana machi radjel ana mkasser.

« J'avais peur que les gens me voient comme un homosexuel, j'ai peur pour ma famille. Je suis rentré dans une dépression ».

« Je vois la vie extérieure comme un cauchemar, c'était horrible pour moi. Je vis dans mon coin, dans mon isolement. Je mange et je dors, ma vie est devenue une vie de nourrisson. J'ai arrêté le cannabis, la consommation de la cigarette a augmentée » (il a cherché directement un produit de substitution).

« J'ai fait une tentative de suicide avec voie médicamenteuse, c'était à répétition. Un problème de sommeil, je ne dormais pas, j'ai peur que quelqu'un vient me violer ».

Pendant l'entretien le sujet a avoué qu'il a violé plusieurs filles et plusieurs fois, en plus c'étaient des fillettes de sa famille.

« Et maintenant je suis bien avec la cure de sevrage, je fais ça pour moi et pour ma famille. Et je voulais changer pour le mieux ».

Donc, une période d'adolescence est marquée par des événements difficiles, à savoir, son viol à la prison.

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suit à notre rencontre, pour l'entretien, il a répondu aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire de l'enfance jusqu'à son âge adulte et sur son vécu et comment il a commencé la

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

consommation et surtout ce qu'il l'a poussé à être dépendant, et même à dealer de la drogue. Il nous a raconté sur sa première expérience avec SPAs événements marquants de sa vie qui l'ont poussé à prendre, on peut dire que l'addiction est le traitement de sa blessure, le sujet a vécu une partie de son enfance quand il a été témoin du décès de son frère et puis l'influence des pairs qui a mené le sujet à devenir dépendant et violeur, puis la mal fréquentation et un entourage qui était défavorable, ainsi une adolescence qui est marquée par plusieurs événements le décès de son père et le viol de la voisine en étant sous substance, surtout quand il a quitté l'école. Le vol du téléphone l'a emmené en prison durant 4ans, une certaine culpabilité apparaît, idée suicidaire accompagnée par des tentatives de suicide. La période de son âge adulte est caractérisée avec l'événement très marquant dans sa vie qui était le viol qu'il a subi en prison, Le surdosage des substances pendant cet événement s'est augmenté afin de palier sa souffrance il l'a trouvé comme pansement.

Synthèse du cas M. Islam:

En se référant à ces données recueillies à travers l'entretien clinique semi directif, nous synthétisons qu'avec son état et tous les événements qu'il a subis et qu'il a vécus M.Islam, malgré son vécu douloureux.Nous pouvons dire que malgré son parcours difficile accompagné d'événements traumatiques notre sujet a pu dépasser sa souffrance grâce à ses capacités et sa motivation et a pu se changer positivement.

Cas n°7: M Aymen

Présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif M Aymen

Après nous être présentées à M Aymen qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier notre hypothèse.

M Aymen jeune homme âgé de 27ans, originaire d'Alger demeurent à Hydra. Le cadet d'une fratrie d'une sœur, son niveau d'instruction est universitaire, Marié depuis 4ans, bientôt papa, travailler dans une entreprise multinationale, en marketing.

Hospitalisé pour la première fois au niveau de la clinique pour la prise en charge de sa polyaddiction.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Lors de l'entretien avec M Anis s'est déroulé en 2 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction homme », toujours l'après-midi après la séance du sport et l'atelier thérapeutique le matin. Le sujet était stable sur le plan comportemental, calme, une bonne humeur, il n'arrête pas de bouger son pied et jouer avec ses mains. Ainsi son discours était clair et cohérent. M Anis maîtrise la langue française ce qui fait on n'a pas eu le recours à une traduction de notre guide d'entretien.

Axe n°1 : informations sur les troubles addictifs :

Lorsqu'on a posé la question à M.Aymen quand est ce qu'il a commencé à consommer les substances psychoactives, sa réponse était : « j'avais 11 ans, j'étais adolescent, quand j'ai commencé ». On a remarqué chez le sujet quand il a indiqué l'âge du début de la consommation une grande tristesse et un regret. On voyait les expressions de son visage quand il a bougé sa tête et taper ses mains.

On lui a demandé de nous dire quelles sont les SAPs utilisées ? Il nous a répondu : « *j'ai touché presque à tout, Lyrica, héroïne, Alcool et voilà* ». Ensuite on lui a posé la question sur ses premières expériences, « *Bah, comme tous les jeunes. On était entre cousins C'était ça première expérience. J'avais des conflits je voulais les résoudre avec les substances je gérais ma souffrance. On faisait des soirées ensemble et on prend le shit on buvait c'est tout* ». On a posé la question à propos des antécédents familiaux sur la consommation, il a répondu comme suit : « *Non, personne ne consommait dans ma famille, sauf moi et mes cousins ils sont tous des adolescents* ». À propos de la prise en charge « *Oui, je veux me soigner. A part ça, personne ne me force. Je fais ce que je veux, pour me soigner et éliminer toutes ces substances. Mais j'ai juste peur d'une rechute, rien de plus. J'espère que ma mère est aussi heureuse que son fils aie fait ça, pour ma femme et mon fils qui n'est pas encore né* ».

Axe n°02 : informations sur la trajectoire de vie du sujet

Informations sur l'enfance :

On lui a demandé est ce qu'il peut nous raconter sur son enfance, en lui posant la question sur l'évènement heureux et malheureux dont il se souvient . Il a répondu comme suit :« *Bon, une enfance le plus normalement possible, je vivais avec mes parents et ma sœur, comme la majorité des familles algériennes, hhhhh, c'est vrai que mon père était dur avec*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

moi et ma sœur, il nous poussait à avoir un bon cursus scolaire, j'avais une bonne relation avec ma mère et mon père. Une enfance normale, on a vécu heureux ensemble bien rien ne m'a marqué pendant mon enfance. J'ai vécu mon enfance avec en voyageant c'est tout. Surtout en ayant un bon cursus, j'étais un brillant élève, excellent en tout ».

Ce qui m'a marqué pendant mon enfance, « c'est la séparation avec mon père, j'avais que 9 ans quand mon père nous a laissé seuls, il est parti vivre en France, je n'ai pas supporté sa séparation. Je pleurais chaque jour. Je me sentais seul surtout quand je vois mes cousins avec leurs papas, j'ai toujours le sentiment de jalousie. Je me disais à chaque fois pourquoi il m'a laissé seul. Il ne vient pas nous voir, il nous a oublié, on dirait qu'on n'est pas sa famille, du coup je suis devenu orphelin malgré que mon père était vivant. Je souffrais, je ne savais pas comment gérer ma vie sans papa, il était tout pour moi, son absence a créé des conflits dans ma vie, quelques années plus tard ma mère aussi est partie en France rejoindre son mari avec ma sœur et moi je suis resté seul ici en Algérie chez les tantes et les oncles. On dirait un orphelin de parents, un sans abri, chaque jour et nuit les couins me taquinaient, ils me disaient toujours si tes parents t'aiment et si tu es vraiment leur fils ils t'auront emmené avec eux, comme ils ont fait pour ta sœur. J'avais des idées noires qui me hantaient, j'avais des délires, j'halluciniais, je me disais c'est vrai je ne suis pas leur fils. Pourquoi ils m'ont fait ça. J'étais un enfant, je ne connaissais rien, j'écoutais juste les dires des cousins. Et moi je n'arrêtais pas de pleurer j'avais de l'angoisse, je piquais à chaque fois des crises.... Son absence ma vraiment marqué ».

On a remarqué chez le sujet une profonde tristesse quand il a commencé à parler de ses parents, l'absence du père a bouleversé la vie de l'enfant ce qui lui a fait une blessure narcissique. Ainsi, les dires des cousins qui ont créé chez lui un sentiment de jalousie et l'apparition d'un sentiment de solitude qui l'accompagnait durant cette phase de sa vie.

La séparation précoce avec les parents peut mener l'enfant vers les addicts et même à être dépendant aux SPAs, cette séparation a provoqué chez cet enfant un sentiment de détresse psychologique.

Donc, son enfance est marquée par un évènement non souhaitable et qui a engendré chez lui l'angoisse de séparation, à savoir l'absence des membres de sa famille.

Informations sur l'adolescence

Pour votre adolescence pouvez-vous nous raconter ? Il nous a répondu comme suit ; « Bah, ma période d'adolescence ? C'est la photocopie de mon enfance, je m'intéressais qu'à mes études, ma mère venait de temps en temps me voir, mon père n'est jamais venu me rendre visite, même moi je ne suis jamais parti chez eux, et c'était le début de ma consommation. J'avais une blessure narcissique qui n'est pas résolue, au fur et à mesure j'augmentais la dose et l'alcool est devenu mon soulagement, c'était la seule chose qui me rendait heureux. Malgré que j'aie eu des complications dans ma vie, je n'ai jamais eu l'idée d'abandonner l'école. Je suis resté toujours le surdoué malgré les SPAs , j'ai continué ma vie malgré que j'étais en détresse. Quand j'avais 17 ans, je vivais tout seul, j'ai connu une fille je vivais avec elle n'en ménage personne n'était au courant. Car j'étais dégoûté de ma famille tout le monde se mêlait de ma vie, j'étais leur marionnette, alors j'ai décidé de trouver quelqu'un avec qui passer mon temps afin d'oublier cette blessure infantile que je n'ai jamais pu dépasser durant les deux phases de ma vie. Mes angoisses augmentaient toujours, j'ai un manque affectif, mes parents ne m'ont jamais donné de l'affection et de la tendresse. Malgré que j'étais l'enfant idéal mais j'avais un vide à l'intérieur j'avais aucun sentiment ». Que ce qui m'a vraiment plu pendant cette période : j'ai passé mon bac et je l'ai eu avec mention et j'ai même eu un coup d'appel de mon père. Il m'a oublié totalement on dirait que je n'existais pas, en plus c'était lui qui me poussait à continuer mes études et avoir un bon cursus pour gagner ma vie. Alors je vivais avec la fille je l'ai juste considérée comme un étayage pour moi un objet, un passe temps, juste pour compléter ma vie. Car à cet âge si je n'ai pas pu dépasser tout ça. Toujours je complétais mon vide avec des soirées et qui dit soirée dit l'augmentation de la consommation, parce que j'avais de l'argent à ma disposition j'avais avec quoi acheter et faire la fête.

Une fois, j'étais en soirée il y avait une grande dispute, une équipe de voleurs qui sont rentrés, j'ai reçu un coup de couteau, j'ai été agressé, j'avais vu la mort entre mes yeux. J'ai eu 3 coups à l'épaule. Ils m'ont volé mon argent, mon téléphone, j'étais évanoui. Quand je revois ces cicatrices je revivais l'évènement de l'agression des coups au dos. Depuis, ce jour j'ai décidé d'arrêter les soirées. J'étais sous le choc, c'était l'effroi pour moi. Je revivais tout ça chaque nuit, avec des cauchemars.

On a remarqué chez le sujet, un sentiment de blessure non résolu qui a laissé une douleur profonde.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Selon le DSM-5 (2015), la reviviscence est parmi les critères du traumatisme psychique, revivre un événement traumatique répétitif accompagné des cauchemars. Ainsi, un sommeil perturbé d'après le DSM-5.

Informations sur l'âge adulte :

Ma vie d'adulte est caractérisée par : « j'ai rencontré mon père à l'âge de 21 ans, pendant le mariage de ma sœur, il était froid avec moi en ne dirait pas que je suis son fils. Alors ma sœur m'a avoué qu'elle avait des attouchements de la part de son père et qu'elle était violée part lui, j'étais sous le choc quand j'ai su cette nouvelle, je ne l'ai pas accepté j'ai refusé d'y croire. J'ai pris la fuite, j'ai pris ma voiture, j'ai bu de l'alcool, et dosé de lyrica. Alors tout le monde était au courant de cette histoire. Mon père n'a pas pu supporter que tout le monde en parle de lui et de l'inceste. Il a fait une tentative de suicide. Il s'est pendu c'est moi qui l'ai sauvé. C'est moi qui ai subi le trauma, les chocs, tout ma détruit et le surdosage a augmenté, je ne peux gérer mes angoisses, j'étais dépressif perturbé, je ne sais pas quoi faire. Le sujet se met à pleurer quand il annoncé le viol de sa sœur ».

« Aussi, mes parents étaient au courant de mon histoire avec la fille, ils m'ont obligé de l'épouser et moi je ne voulais pas ce genre de fille, je l'ai utilisée comme un objet pour fuir de ma famille, de mes oncles, tantes et de tout le monde, comme vous savez quand le père est absent tout le monde cherche à t'embêter. Je suis marié avec elle malgré moi, je ne voulais pas mais c'était forcé. Je suis marié à 24 ans ».

« Et moi à ce moment-là, personne n'était au courant de mon histoire avec les substances avec la consommation, c'était ma femme qui avait remarqué alors on a disputé, il y avait de gros problèmes entre nous, il y avait un conflit au sein de la famille à propos de ma consommation ma mère était énervée contre moi. Et moi je leur disais : c'était de votre faute c'est à cause de vous que je suis arrivé à ce stade. Je n'ai pas eu une enfance comme les autres. J'étais comme un orphelin chaque jour, je recevais des moqueries et des railleries de la part de mes cousins ». Le sujet a piqué une crise quand il culpabilisait ses parents.

« Alors, ma femme est partie chez ses parents, elle est restée des mois et des mois à cause de ma consommation. Et moi pour compléter mon vide je cherchais avec quoi le compléter j'ai trouvé une autre fille avec qui passer mon temps, alors elle est tombée enceinte elle m'a dit il faut que tu trouves une solution pour tout ça, ma femme était au courant ma

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

famille aussi, alors on a opté pour un avortement. On a décidé ma femme et moi de se mettre en accord, elle m'a poussé pour une prise en charge ».

« Alors, je n'ai pas de haine envers lui, malgré tout il est mon père. Maintenant il est malade il a une maladie grave et c'est moi qui prends soin de lui au final c'est mon père ».

« J'ai bien gagné ma vie, je travaille dans une entreprise multinationale comme un gérant en marketing ».

« Je suis trop motivé pour la cure de sevrage je veux bien me soigner et sortir de ce milieu, la consommation ce n'est pas mon monde je l'ai prise juste pour calmer ma blessure et ma souffrance. Je vais arrêter pour moi-même d'abord, et pour mon bébé qui n'est pas encore né, pour mon père qui souffre avec sa maladie pour ma maman et pour ma femme qui m'a trop supporté, déjà avant mon hospitalisation j'ai arrêté l'alcool, et inchaAllah avec l'RTMS et les thérapies j'arrêterai tout et consacrer mon temps pour ma famille et commencer ma prière ».

Le sujet n'a pas pu dépasser sa souffrance, surtout quand il était au courant de l'attouchement et le viol, ainsi il était présent à la tentative de suicide de son père qui a créé chez lui un choc traumatique, le sujet a été exposé à des événements traumatiques, ainsi, il était témoin directe du suicide de son père d'après le DSM-5 (2015).

Donc, on constate que la période de l'âge adulte est marqué par des évènements difficiles au cours de sa vie, à savoir l'attouchement, l'agression et le viol de sa sœur, le suicide de son père et son mariage forcé.

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suit à notre rencontre, pour l'entretien, il a répondu aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire de l'enfance jusqu'à son âge adulte et sur son vécu comment il a commencé la consommation et surtout ce qui l'a laissé à devenir addict ce qui l'a poussé à être dépendant, Aymen nous a raconté sa première expérience avec les SPAs, ainsi sur les événements marquants de sa vie qui l'ont poussé d'y aller vers le chemin des addictions, on peut dire que l'addiction est le traitement de sa douleurs, le sujet a vécu seul sans son père qui a été l'évènement le plus marquant pendant son enfance, le sujet n'est pas arrivé à dépasser son deuil, ainsi a toujours une angoisse de séparation avec son père, Ainsi une adolescence qui es marquée par des

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

événements surtout quand il a eu un coup de couteau . La reviviscence du même événement a créé chez le sujet l'augmentation de la consommation. La période de son âge adulte est caractérisé par le retour de son père après 21 ans et a eu la nouvelle que son père a violé sa sœur à plusieurs reprises, il était aussi témoin de la tentative de suicide de son père et ils l'ont forcé à se marier, le sujet a réagi mal face à ses événements non désirables. .Le surdosage des substances s'est augmenté, afin de palier sa souffrance.

Synthèse du cas Aymen

En se référant aux données recueillies lors des entretiens cliniques semi-directifs, nous avons conclu qu'il a un fort caractère malgré son état, tous les événements qu'il a vécus, avec une attitude optimiste et malgré l'expérience douloureuse, il a pu surmonter sa douleur, on peut dire que du bien que son parcours de vie s'accompagne d'événements traumatisants, mais notre sujet peut surmonter sa douleur, grâce à sa capacité, ainsi que sa motivation à passer à la bienveillance.

Cas n°08 : M.Rida

Présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif M. Rida

Après nous être présentées à M Rida qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier notre hypothèse.

M. Rida est un jeune homme âgé de 20ans, originaire d'Alger demeurent à Hydra le cadet d'une fratrie d'un frère et d'une sœur, son niveau d'instruction terminal, célibataire,

Hospitalisé pour la deuxième fois au niveau de la clinique pour la prise en charge de sa polyaddiction.

Lors de l'entretien avec M. Rida s'est déroulé en 2 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction homme », toujours l'après-midi après la séance du sport et l'atelier thérapeutique le matin. Le sujet était stable sur le plan comportemental, calme, une bonne humeur, un fort caractère il n'arrête pas de bouger son pied et jouer avec

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

ses mains, Ainsi son discours était clair et cohérent. M Rida maîtrise la langue française ce qui fait qu'on n'a pas eu le recours à une traduction de notre guide d'entretien.

Axe n°01 Informations sur le trouble addictif

Lorsqu'on a posé la question à M. Rida quand est ce qu'il a commencé à consommer les substances psychoactives, sa réponse était : « j'avais 13ans, j'étais adolescent, quand j'ai commencé ».

On lui a demandé de nous dire quelles sont les SAPs utilisées, il nous a répondu : « j'ai touché presque à tout : Lyrica, cannabis, cocaïne, alcool ». Ensuite on lui a posé la question sur ses premières expériences, « Bah, comme tous les jeunes l'environnement, les amis. C'était sa première expérience. J'avais des conflits je voulais les résoudre avec les substances. Donc, je suis arrivé à dealer et aux menaces dans ma vie à propos de ça, j'ai utilisé le statu de mon père juste pour importer des SPAs et les donner aux amis qui me menacent. Je voulais m'en sortir mais je n'ai pas pu, j'étais jeune, victime». On lui a posé la question à propos des antécédents familiaux sur la consommation, il répond comme suit « non, personne ne consomme dans ma famille, sauf moi.». À propos de la prise en charge « oui, je veux bien, me soigner, pendant ma première hospitalisation c'était forcer, puis c'est moi qui ai décidé de me soigner et de m'en sortir ».

Axe n°02 informations sur la trajectoire de vie du sujet

Informations sur L'enfance :

On lui demandant de nous raconter ou décrire votre enfance « *mon enfance, bah on peut dire qu'elle était normale. Je vivais dans une famille heureuse rien nous manquait j'étais l'enfant gâté et aussi celui qui avait la part du lion en amour comparé à mes frères. Mais c'était genre de mon père. C'est un homme haut gradé à l'état, son travail l'obligeait à être toujours loin de nous. Il était toujours en déplacement parfois on ne le voyait pas pendant 2 à 3 mois. Quel est l'élément choquant dans votre enfance : "ce qui m'a vraiment touché quand j'étais petit. C'était quand mon père est revenu chez nous saoul, il a trop bu, il s'agitait dans tous les endroits au début j'étais mort de rire en le voyant, j'étais trop jeune Allah ghaleb. Il s'est disputé avec ma mère, il criait sur elle et tout le quartier l'a entendu. Ma mère était furieuse. Après une dispute qui a duré une dizaine de minutes, là, mon père a pété les plombs. Il était hors de son esprit. Il a pris un vase, il a frappé ma mère, il lui a fait une énorme*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

cicatrice dans la tête. Le sang n'arrêtait pas de couler. Mon père a transformé la maison en champ de bataille. Ce jour-là tout le monde n'a pas réussi à dormir. Je suis resté auprès de ma mère dans le visage plein de sang. J'ai vraiment détesté mon père ». le sujet présente une haine envers son père après avoir découvert que ce dernier a une autre femme.

Donc, une enfance marquée par des moments difficiles, l'absence du père qui a marqué l'enfant ainsi la violence du père envers sa mère.

Informations sur l'adolescence :

On lui demandant de nous parler sur ce qui a marqué son adolescence M. Rida : « *On arrive dans la phase noire de ma vie, la partie de ma vie que j'aimerais oublier. A mes 13 ans. J'aurais aimé que ce fût juste un cauchemar. Ma mère a découvert que mon père avait une autre femme avec des fils. Ma mère était chamboulée, elle n'arrêtait pas de pleurer. Si vous aviez vu dans quel état elle serait. Même moi j'étais très touché par son état et mes résultats scolaires étaient en baisse, j'étais vraiment nerveux et agressif, j'avais de la haine envers tout le monde. Mon père a demandé le divorce à ma mère. Ma mère a essayé de se suicider à plusieurs reprises. J'ai commencé à fréquenté de mauvaises personnes plus âgées que moi. Ils m'ont fait goûter de l'alcool et j'ai commencé à consommer de la drogue avec eux malgré mon jeune âge. Un jour une des personnes que je fréquentée a proposé une idée. C'est que j'utilise l'autorité de mon père pour commercialiser de la drogue. Tout le monde était excité par l'idée. Moi étant qu'un adolescent je ne réfléchissais même pas à mes actes je prenais des risques. Voilà au début j'utilisais le nom de mon père pour passer les contrôles de la police en transportant de la drogue. J'avais de l'argent même ma consommation de la drogue a augmenté. Je trouvais le bonheur dans tout ça. Je n'ai pas arrêté mes études pour ma mère. J'ai profité pour commercialiser ma marchandise dans le lycée. Je me sentais comme un mec de la mafia italienne. Un jour les surveillants ont découvert mes activités. J'étais ramené au bureau du proviseur. Il a convoqué ma mère. Là j'ai vu ma mère abattue, inerte, elle voulait pleurer mais aucune larme n'a coulé. Elle ne m'a rien dit elle répondait juste au proviseur par oui. En retour à la maison, elle sait directement aller à la salle de bain elle s'est enfermée sur elle. Elle a pleuré pendant une dizaine de minutes et soudainement un silence a englobé la maison. J'ai couru vers la salle de bain j'appelais ma mère derrière la porte mais sans aucune réponse. J'étais en panique, je suis allée ramener un marteau, j'ai défoncé la porte. Et là j'ai vu ma mère dans la baignoire avec la veine coupée. La baignoire était pleine de sang j'ai pris une corde j'ai réussi à stopper le saignement. J'ai appelé l'ambulance, elle l'a ramenée à*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

l'hôpital. Alhamdulillah elle a survécu. Ce jour-là j'ai décidé de ne plus jamais consommer ou bien de vendre de la drogue. Quand j'ai dit à mes acolytes ma décision, ils m'ont dit que si je ne fais pas ce qu'ils disent, j'aurais à faire à eux. Je n'avais pas le choix j'ai continué à faire ce qu'ils me disaient. J'avais marre j'ai repris la consommation de la drogue et à boire, je cherchais quelque chose pour oublier mes souffrances ».

« J'ai réfléchi beaucoup, j'ai décidé de tout dire à mon père. Je suis allé pour tout lui raconter. Il est parti poser plainte à la police. Toutes les personnes que je fréquentais sont parties en prison. J'ai cru que tout ça s'est fini. Mais, ils avaient des relations avec d'autres gens en extérieur. Ils leurs ont demandé de me tabasser et de me tuer. Un jour dans la rue, de retour chez moi, ils m'ont pris par surprise, ils étaient 6 à ce que je me souviens. Ils m'ont tabassé à mort. Heureusement qu'il y'avait des gens qui nous ont vus et ils sont venus en courant pour me secourir. J'ai passé un moment à l'hôpital après je suis rentré chez-moi. Mais j'avais peur de sortir, j'étais traumatisé par eux. J'avais peur qu'ils me tuent. Mon père a su tout ça et il m'a ramené ici ».

Etre témoin d'un événement traumatisant, et être exposé à une violence et une agression et aussi traumatisant d'après les critères diagnostique selon le DSM-5 (2015).

Donc, cette période est marquée par des événements difficiles à savoir la tentative de suicide de la mère, et l'agression dans la rue.

Informations sur l'âge adulte :

Pouvez-vous nous raconter votre vie actuelle, *« Actuellement ce qui a changé c'est que j'ai arrêté de dealer, ma mère et mon père sont divorcés ça ma vraiment touché, je vivais seul avec mon grand frère ma mère avec ma sœur. Après, 2 fois d'échec au Bac, j'ai décidé de le refaire ».*

« Mon but est d'avoir mon bac et de continuer mes études hors d'Algérie, faire une bonne situation, je veux prendre la fuite pour que je puisse oublier, c'est vrai que j'ai trop consommé j'étais blessé, mais il y 'a quelque semaine avant mon admission j'ai fait un arrêt brutal de la consommation et je suis ici pour la cure de sevrage après plusieurs fois de rechute. Je veux continuer ma vie saine sans consommation sans problèmes. Qui dit problèmes dit automatiquement consommation ».

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suit à notre rencontre, pour l'entretien, il a répondu aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire de l'enfance jusqu'à l'âge adulte et sur son vécu et comment il a commencé la consommation et surtout ce qui l'a laissé à devenir addict et dealer, ce qu'il l'a poussé à être dépendant. Rida nous a raconté sa première expérience avec les psychotropes, le cannabis, lyrica, ecstasy, alcool, et la cocaïne, ainsi sur les événements marquants de sa vie qui l'ont poussé d'y aller vers le chemin des addictions, on peut dire que l'addiction est le traitement de son vécu, le sujet a vécu une enfance plus au moins normale, un papa absent, ce qu'il l'a marqué pendant cette période la violence du père envers la mère. Ainsi une adolescence qui est marquée par plusieurs événements surtout quand il était au courant que leur père s'est remarié et aussi l'acte suicidaire de sa mère, ce qui l'a poussé à l'augmentation de la consommation, il a subi une violence par ses jeunes qui a causé un choc chez lui. La période de son âge adulte est marquée par le divorce de ses parents.

Enfin, Au cours de son sevrage, nous déclare qu'il est bien soutenu par sa mère dans le projet de soin. Le sujet ne voyait pas son monde dans la consommation ce qu'il l'a laissé de prendre cette décision et de se soigner.

Synthèse du cas M. Rida :

En se référant à ces données recueillies à travers l'entretien clinique semi directif, nous synthétisons qu'avec son état et tous les événements qu'il a subi et qu'il a vécu, M Rida avec son récit de vie a vécu un parcours douloureux pendant son enfance et adolescence. A montré malgré sa blessure qu'il est un jeune qui aime la vie et qui veut s'en sortir.

Cas n°09 : M. Saber

Présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif M Saber

Après nous être présentées à M Saber qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier notre hypothèse.

M Saber est un jeune homme âgé de 19 ans, originaire de Bechar, le troisième d'une fratrie de deux frères et une sœur, son niveau d'instruction est de 1 A.S, célibataire, exerçant le métier d'informaticien, et maintenant au chômage.

Hospitalisé pour la première fois au niveau de la clinique pour la prise en charge de sa polyaddiction.

Lors de l'entretien avec M Saber qui s'est déroulé en 2 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction homme », toujours l'après-midi après la séance du sport et l'atelier thérapeutique le matin. Le sujet était instable sur le plan comportemental, une humeur inadaptée, il n'arrête pas de bouger son pied et il n'arrive pas à lever sa tête toutefois, son discours était clair et cohérent. M Saber, maîtrise la langue française ce qui fait qu'on n'a pas eu le recours à une traduction de notre guide d'entretien.

Axe n°1 : informations sur les troubles addictifs :

Lorsqu'on a posé la question à M. Saber quand est ce qu'il a commencé à consommer les substances psychoactives, sa réponse était : *« j'avais 10 ans, j'étais un enfant, j'étais trop petit, quand j'ai commencé »*. On a remarqué chez le sujet quand il a indiqué l'âge du début de la consommation un regret. On voyait les expressions de son visage quand il a bougé sa tête et il n'arrive pas à la monter.

On lui a demandé de nous dire quelles sont les SAPs utilisées, il nous a répondu : *« j'ai touché à tout : Lyrica, cannabis, tramadol, Subutex et voilà »*. Ensuite on lui a posé la question sur ses premières expériences, *« Bah, comme tous les jeunes, les amis le quartier. Un milieu défavorable. C'était ça première expérience. J'avais des conflits je voulais les résoudre avec les substances je gérais ma souffrance avec les SPAs, mais quand j'ai commencé la première fois je sniffé de licence, j'avais de l'argent puis, j'ai commencé les*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

autres drogues. Donc, Lyrica est devenue ma source du bonheur. Mon quartier est connu par ces choses c'est un quartier de dealer et de ses phénomènes et nous on était des jeunes victimes des dealers et alors moi j'étais obligé de sortir dehors afin d'oublier mes blessures ». On lui a posé la question à propos des antécédents familiaux sur la consommation, il a répondu comme suit « oui mon père c'est un alcoolodépendant depuis que j'étais petit chaque jour il consommait, même les autres membres de ma famille consommaient aussi : mes oncles et cousins. Une famille de consommateurs, voilà ». À propos de la prise en charge « oui, je veux bien, me soigner, d'ailleurs, personne ne m'a forcé de venir, dans le but de me soigner et éliminer tous ses substances. Mais j'ai juste peur de rechuter c'est tout ».

Axe n°02 : informations sur la trajectoire de vie de sujet :

Informations sur l'enfance :

On lui a demandé est ce qu'il peut nous parler de son enfance. En lui posant la question sur les événements heureux et malheureux dont il se souvient, il a répondu comme suit : *« je ne me souviens pas que j'ai eu un évènement heureux pendant mon enfance, que des mauvais souvenirs, bein j'ai vécu une enfance terrible avec un papa dur. Un papa alcoolique ivre tous les jours Du coup on n'a jamais été en sécurité moi, mes frères et ma mère. Par contre ma mère, elle s'occupait de nous elle était gentille. Il l'a tabassée chaque jour, la pauvre a accepté de vivre avec lui. On n'a jamais été comme les autres familles mon père toujours ivre, rigide, un papa froid avec ses enfants, il ne nous a jamais donné de la tendresse et de l'affection. Une fois je suis rentré de l'école j'ai vu ma mère qui saignait, j'avais une haine envers lui je voulais le tuer. J'ai défendu ma mère il m'a tabassé, ne m'a rien laissé, il ma met dehors il continuait à la torturer. C'était la 1ère journée de ma consommation de ma déviance. Mon père était la cause, chaque jour la même histoire, et moi je ne partais pas à l'école. Je protégeais ma mère. J'ai eu peur qu'il la tue ».*

Une tristesse profonde accompagnée des pleures, quand il a commencé à parler et à raconter son histoire infantile.

Donc, une dynamique familiale perturbée marquée par la violence du père.

La maltraitance infantile, désigne toutes les formes de mauvais traitement physique ou affectif sévices sexuels, de négligence, cela entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant (Kédia& Sabouraud-Séguin 2020).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Informations sur l'adolescence :

Je vais vous raconter mon adolescence, « *une adolescence terrible, la consommation a augmenté de plus en plus, j'ai quitté l'école, j'étais footballeur, ils m'ont arrêté, ils étaient au courant de ma consommation de peur d'influencer l'équipe et de leur ramener les SPAs. Leur avis sur moi ma détruit, j'ai honte de moi. Or, que moi je voulais être un grand joueur, je jouais bien. Si ce n'étaient pas les conflits familiaux que j'ai vécus durant mon enfance je n'arriverai jamais à cet état. Je n'ai jamais imaginé que dans un seul coup je quitte l'école et le sport ça ma vraiment blesser. Alors moi je n'ai rien à faire je suis devenu un voyou, un consommateur du 1^{er} niveau. ».*

Ce qui m'a vraiment marqué aussi, « *c'est quand j'ai assisté à la mort de mon ami. Ils l'on tué, c'était la nuit pour du vol de téléphone, ils ont mis un coup de couteau plein dans son cœur.il est décédé sur le coup. J'ai eu toujours un sentiment de culpabilité que j'étais là-bas et je n'ai rien fait pour le sauver. J'avais une haine en moi. D'ailleurs, après sa mort je ne sortais plus de la maison je me suis isolé, j'avais des idées blizzards qui me viennent en tête. Tout a été changé pour moi, j'halluciniais trop la consommation augmente, j'étais toujours enfermé dans ma chambre. Cette image me revenait sans cesse, même dans mes rêves. Je suis devenu un fou je parle seul isoler et fuyais tout le monde. J'avais des complexes comment sortir de la maison, je suis angoissé, je n'arrive pas à dépasser ça, je vais dans une forêt noire, tout et sombre je vois ma vie en noir. C'est bon il ne me reste que la mort, je voulais mourir pourquoi vivre Je n'ai aucun but dans cette vie,je voulais revenir Saber, l'enfant qui n'a pas vécu cette terrible situation, qui n'a jamais consommé. Je me culpabilise toujours, si j'avais une forte personnalité je n'aurais pas dû arriver ou je suis maintenant. Je suis faible. Je suis sensible comme une fille. Ma vie est partie, je n'ai pas de goût ».*

Le traumatisme psychique est vécu comme des rêves répétitifs, des cauchemars, ainsi les hallucinations (DSM-5, 2015). Une forte angoisse de mort apparaissait pendant l'évènement marquant.

« *J'ai fait des formations pour que je puisse sortir de la maison, et connaitre des gens sortir de ma solitude. Et oublier ma souffrance, mes craintes, mes angoisses. Je voulais y avoir l'interaction sociale ».*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

« Oui, aussi je voyais lyrica, comme un syndrome de la joie c'est la seule chose qui me rend heureux, qui panace ma blessure, moi je suis très timide je dépasse ma timidité juste quand je prends un comprimé de lyrica ».

Informations sur l'âge adulte :

Pouvez-vous me parlez sur votre vie actuellement : « Bah rien, a changé une vie du désert. J'ai aimé une fille, je voulais être avec elle. Mais elle m'a refusé, elle m'avait dit je ne vais pas continuer ma vie avec un consommateur. Elle m'a détruit j'ai senti que je ne suis pas quelqu'un de valeur quand j'ai eu sa réponse j'étais défaillant d'un excitable. J'avais honte de moi, et oui malheureusement, j'ai augmenté la consommation, elle ma trop marqué. J'avais le manque, l'effroi. Et il est venu, le jour ou j'ai décidé de quitter l'Algérie et d'y aller en Espagne, de Bechar vers Mostaganem, j'étais accompagné de mon père au port de Mostaganem, c'était la nuit, mon père m'a donné une somme d'argent pour que je prenne haraga. On attendait l'homme qui va nous accompagner. Il y avait un groupe plus âgé que moi. On a bu jusqu'à devenir ivre et bien sûr moi j'ai pris un comprimé de Lyrica. Est c'était la catastrophe j'étais totalement inconscient et eux ils étaient malins ils ont choisi le bon moment. Ils ont pris mon argent, ils m'ont tabassé et ils ne m'ont rien laissé. Le matin je me suis réveillé je me trouvais plein de sang, sans argent, sans téléphone, et « leflouka raht ». J'ai appelé mon père, par un téléphone de quelqu'un, il est venu me charger, je suis retourné à mon isolement, mon père me ramenait du Tramadol à la maison. J'ai remplacé lyrica à ce moment-là par le tramadol ».

« Mon père ne m'a jamais donné de la tendresse, au lieu qu'il m'aide à m'en sortir, il me donne de l'argent pour acheter, pour consommer. Lui il croit que la vie et basé sur l'argent pas sur la tendresse, j'avais vraiment un manque affectif ».

Donc, la période de son âge adulte et marquée par des événements difficiles, à savoir la violence sur lui et le vol.

Alors, d'après les entretiens motivationnel, saber ne présente pas des motivations pour se changer, le sujet a toujours des hallucinations, de perturbations du sommeil, ainsi des idées suicidaires, en effet, il a fait une tentative de suicide en plein sevrage, accompagnée de bouffées délirantes, ainsi, des crises d'angoisse, et d'agitation.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

D'après le psychiatre traitant, le sujet est dans un état dépressif majeur. Selon la littérature les sujets addicts traumatisés ont des troubles associés comme les troubles dépressifs. (Chahraoui, 2014).

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suit à notre rencontre, pour l'entretien, il répond aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire de l'enfance jusqu'à l'âge adulte, sur son vécu et comment il a commencé la consommation et surtout ce qui l'a laissé à devenir addict et ce qu'il l'a poussé à être dépendant, alors Saber , nous a raconté sur sa première expérience avec les substances utilisées , ainsi sur les événements marquants de sa vie qui l'ont poussé d'y aller vers le chemin des addictions, on peut dire que l'addiction est le traitement de son vécu, le sujet a vécu une enfance perturbée avec un père rigide et violent, ce qui a marqué le sujet pendant cette période le sang coulait de sa mère, le sujet était témoin de la violence conjugale. Ainsi une adolescence qui est marquée par plusieurs événements surtout quand il a quitté l'école et quand ils lui ont refusé de continuer de jouer au foot, d'après eux s'il continue de jouer ça va influencer sur l'équipe. Une forte angoisse est apparue, la reviviscence d'un événement difficile marquée dans sa vie, le décès de son ami qui était témoin de l'événement. Ce qui l'a poussé à augmenter la consommation, puis l'influence des pairs qui ont joué un rôle essentiel dans le début de la consommation qui amené le sujet à devenir dépendant. La période de son âge adulte est marquée par un événement traumatique le vol et la violence ce qui a mis le sujet à commettre des tentatives de suicide, le sujet est rentré dans un état dépressif.

. Synthèse du cas M. Saber :

En se référant à ces données recueillies à travers l'entretien clinique semi directif, nous synthétisons qu'avec son état et tous les événements qu'il a subis et vécus, M Saber avec son récit de vie a vécu un parcours difficile et douloureux pendant son enfance, adolescence et à son âge adulte. A montré que malgré ses blessures, qu'il a subi durant sa vie, ses événements qui les a considérait comme indésirables, notre sujet n'a pu dépasser sa souffrance. La souffrance du sujet est dépassée juste en prenant un comprimé.

Cas n°10 : Mme. Rym

1. Présentation et analyse du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif de Mme. Rym

Après nous être présentées à Mme. Rym qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier notre hypothèse.

Mme. Rym est jeune femme âgée de 42 ans, originaire d'Alger demeure à Kouba, l'innée d'une fratrie de trois frères et une sœur, son niveau d'instruction est universitaire, marié, mère de quatre enfants. Exerçant le métier d'une comptable.

Hospitalisé pour la première fois au niveau de la clinique pour la prise en charge de l'addiction aux Tabac et au cannabis

Lors de l'entretien avec Mme. Rym s'est déroulé en 2 séances dans le bureau de la psychologue, au niveau du « service addiction femme » toujours l'après-midi après la séance du sport et l'atelier thérapeutique le matin. Le sujet était stable sur le plan comportemental, calme, souriante et avec une bonne humeur, une forte anxiété. Toutefois son discours était clair et cohérent.

Axe n°1 : informations sur les troubles addictifs

Lorsqu'on a posé la question à Mm. Rym quand il a commencé à consommer les substances psychoactives, sa réponse était *« j'ai commencé quand j'avais 16 ans, j'étais au collège, hh c'est l'adolescence quoi dommage, mais je ne veux jamais que mes enfants arrivent ou je suis arrivé moi, je me culpabilise toujours »*. On a remarqué quand Mme. Rym a commencé à indiquer l'âge du débute de la consommation elle a manifesté de la culpabilité et de la colère.

Puis en lui demandant quelles sont les substances utilisées, elle nous répondu comme suit, *« j'ai consommé au début du tabac durant mon adolescence, puis j'ai consommé le cannabis quand j'avais 28 ans, mais beaucoup plus le Tabac je fume chaque cinq minuit »*. En suit on lui a posé une question sur ses premières expériences avec les substances, il a répondu comme suit *« bah, comment j'ai commencé, j'étais dans une école privée sur a kouba, tous les camarades de classes fumés et tout et ils m'ont donné pour essayées, surtout quand-ils étaient aux courants de mon histoires, quand je prends une cigarette je diminue ma souffrance, mon*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

anxiété, on peut dire j'oublie tout quand je fume, je trouve mon plaisir en fumant, voilà. Par contre le cannabis je l'ai essayé avec mon mari ». Mme. Rym quand elle nous a répondu sur notre question, on a remarqué chez elle une angoisse intense, puis elle se met à pleurer, elle nous disait « je n'aime pas trop mon passé, c'était un cauchemar pour moi ».

On lui a demandé à propos des antécédents familiaux sur la consommation du SPAs, elle nous a répondu «*Oui, il y a mon père qui est alcoolique, c'était tout, mais j'ai pas imitée la consommation d'après mon père, en plus de ça je n'ai jamais bu de l'alcool, D'accord »*. et comment vous vous-sentez actuellement avec la prise en charge, «*Oui, très bien je me sente que ma souffrance et diminuer, même je ne stress pas trop comme avant, j'espère que je reste dans cet état et je ne rechute pas, j'ai réussi à délaisser le cannabis et je suis en cure de sevrage pour la cigarette, en tous les cas je fais tout ça pour mes enfants »*.

Axe n°02 : informations sur la trajectoire de vie du sujet

Informations sur l'enfance :

On lui a demandé à ce qu'elle peut nous parler sur son enfance, on lui posant la question sur les événements heureux et malheureux dont elle se souvient, elle répond comme suit : «*mon enfance, comment dire, je vis dans une famille algérienne avec mes deux parents. Mon père n'arrêtait pas de nous frapper moi et ma mère par contre les autres non ma sœur et mes frères. Il me traitait de conne et d'une bonne à rien. Je n'étais pas trop bonne à l'école, mais je me débrouillais, j'arrivais à réussir mes années par justesse. Ils me comparaient toujours à mon frère, il me dit regarde ton frère il est mieux que toi. Mon père pensait juste à l'argent, il nous disait que s'il n'était pas lui, moi et ma mère nous vivrions dans la rue, il nous traitait comme des animaux, on dirait qu'il nous faisait juste plaisir. Il était un alcoolique, quand il buvait, n'essaie pas de tourner dans ses parages. Une fois j'avais le corps plein de bleus. Vraiment je le détestais.* » Ce qui m'a vraiment marquée pendant cette période « *quand j'ai eu des attouchements et du viol de la part de mon voisin, il m'a dit que sa mère m'appelle et lui il était seul à la maison, il sait rapprocher de moi et vous connaissais la suite il m'a gâché ma vie, il m'a détruit et moi j'avais que 12 ans, il m'a abusé... »*.

La maltraitance infantile, désigne toutes les formes de mauvais traitements psychiques ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence. Cela, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant (Kédia& Sabouraud-Séguin, 2020).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Donc, le viol et les autres agressions sexuelles, elles font parties des traumatismes les plus sévères et sont associées à des effets néfastes à long terme sur la santé mentale et physique des victimes et sur leur parcours de vie (Kédia& Sabouraud-Séguin ,2020).

Donc, son enfance et marquée par des événements difficiles à savoir, la maltraitance de la part du père et l'abus sexuel de la part de son voisin ce qui a laissé notre sujet de y aller vers l'addiction.

Informations sur l'adolescence :

On lui demandant de nous parler sur votre adolescence, elle répond comme : « *En arrivant à mes années d'adolescence, j'ai commencé à me dérailler de la bonne route. J'ai connu des personnes malhonnêtes, j'ai appris à fumer. C'était le moyen pour moi d'oublier mes souffrances. Je manquais mes cours au début jusqu'à ce que j'aie arrêté pour de bon puis j'ai repris mes cours forcement. Tout ça sans que mon père l'apprenne. Je commençais à aller aux fêtes à sortir avec des gars plus âgés que moi. Jusqu'à un jour mon père a tout capté. Il m'a enfermé dans ma chambre, il m'a frappé en m'insultant avec toutes les insultes possibles. J'avais le corps plein de bleus. Jusqu'à ce qu'il me frappe avec une chaise à la tête, là je me suis évanouie. Apres je ne me souviens de rien. Je me suis levé dans un hôpital. Je ne savais pas qui je suis, ni qui était les gens près de moi, même ma mère. Les docteurs l'ont dit que j'ai perdu la mémoire, elle n'arrêtait pas de pleurer, si vous voyez dans quel état elle était. J'ai suivi un programme pour reprendre ma mémoire. Et al hamdullah j'ai réussi à la reprendre et à me souvenir de tout. Après d'avoir sorti de cette galère, j'ai poursuivi ma vie à la normale ».*

Et quel était les principaux événements qui vous a marquée pendant cette période. « *Toujours mon père il est horrible, rigide, dure avec moi il m'a jamais pris dans ces bras en dirais pas que je suis sa fille, et ce qui m'a marqué plus c'est que j'ai passé mon BEM avec mon frère alors que moi je suis la plus grande, lui il a eu avec une bonne moyennes et moi j'ai échoué, c'était difficile comment mon père va réagir, il m'a tabassé, il ma isolée de toute la famille, je suis devenue une folle, quand je le vois, je deviens une malade, je le vois de loin je me met à pleurer il est la source de mon cauchemar, j'ai peur de lui, j'ai la phobie de mon père. Ils étaient tous en voyage hors Algérie sauf moi ils m'ont laissée chez mes grands-parents, il ma punie à cause de mon échec, il a ma souffert je vous jure. Et puis elle est venue ma cousine chez nos grand parents, et j'ai eu des attouchements au pris d'elle, et elle me*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

menacé si je ne fais pas ce qu'elle veut, elle va dénoncer a tout le monde que c'est moi qui s'approche d'elle et moi a force j'ai peur de mon père je la supporte et je dis rien, je la laisse faire ce qu'elle veut, et moi je surdose la consommation du Tabac, je trouver que le Tabac à mes côtés pour oublier tout, mes souffrances, je prends une cigarette pour me sentir mieux, j'ai honte de moi ». On a remarqué chez Mme. Rym un sentiment de honte, et un harcèlement moral du père de sa cousine, Mme. Rym quand elle nous répondait aux questions à manifester de la colère et de l'anxiété.

L'anxiété est désormais parmi les troubles concomitants souvent retrouvés chez les sujets addicts, cette dernière cause de nombreuse souffrance et perturbation dans leur vie (Morel&Luquiens, 2019).

Donc, son adolescence est marquée par un évènement difficile, à d'savoir, l'échec scolaire et la maltraitance de la part son père, ainsi, les attouchements de la part de sa cousine.

Informations sur l'âge adulte :

Pouvez-vous nous parlez sur votre vie actuellement : « Mon âge adulte, j'ai vraiment souffert. Ma mère a eu un cancer du sang, je n'ai pas pu résister j'ai peur de la perdre, je suis rentré dans une période de tristesse et de solitude, je voulais parler à personne. Je n'avais pas la conscience de mes actes. J'étais perdue je ne sais pas quoi, j'avais peur de la perdre, elle était durant toute ma vie ma sécurité, j'avais des idées négatives, je me disais toujours si ma mère me quitte je vais devenir folle, surtout mon père il était très rigide avec moi..., mais hamdallah ma mère a résisté contre sa maladie. Puis j'ai connu quelqu'un, on sait mariée, mais toujours pour lui je le trahis, il avait trop d'idées délirantes, il était jaloux, depuis mon mariage je n'ai pas vue une minute de paix, et moi j'ai peur de mon père de lui raconter ce qui se passe avec moi, je vivais dans un cauchemar, je ne sais pas quoi faire, mon mari n'arrêtait pas de se douter de moi, que je le trompe car j'avais auparavant beaucoup de relations avec d'autres hommes. Il me frappait tout le temps.

« L'autre fois je l'ai trouvé entraine de consommer du cannabis, il m'a demandé si je voulais en prendre un peu, et j'ai accepté. Je voulais juste oublier mes souffrances. Même en consommant cette substance je n'arrêtais pas de souffrir et d'avoir ma »..

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

« Contrairement, il était trop doux avec nos enfants il ne manquait de rien, il était toujours à leur disposition. C'était la cause pour lequel je ne voulais pas le quitter, je voulais le bien de mes enfants ».

« Mon père dirigeait une entreprise, c'était l'entreprise de la famille. On travaillait tous là-bas même mon mari. Il a profité de son poste et de l'absence de mon père pour lui voler de l'argent. Quand ce dernier a su, il était furieux au point qu'il m'a ordonné de divorcé. Et moi tant que j'avais peur de lui et terrifier j'ai respecté sa décision et j'ai divorcé. Mais juste après environ huit mois on s'est remarié sans que quelqu'un le sache ».

« Mon père était en voyage d'affaire en Espagne, je ne sais pas vraiment quoi faire quand il rentrera. S'il découvre la vérité il me tuera. Je sais qu'il a la tête dure et qu'il ne voudra rien savoir ni comprendre, comprendre que j'ai faire tout ça pour mes enfants et leur bien. Je ne veux pas qu'ils ne grandissent ni de vivre sans père. J'ai vraiment peur et je suis terrorisées aux faites qu'il ne me considèrerait pas comme sa fille ni un membre de sa famille ».

Analyse diachronique du cas :

Pour le récit recueilli, d'un adulte consommateur des SPAs, suit à notre rencontre, pour l'entretien, il a répondu aux questions du guide d'entretien, puis il a raconté son histoire d'enfance jusqu'à l'âge adulte et sur son vécu, comment il a commencé la consommation et surtout ce qu'il l'a poussé à être dépendant, et même à dealer de la drogue. Mm.Rym nous a raconté sur sa première expérience avec le tabac et le cannabis, ainsi sur les événements marquant de sa vie qui l'ont poussé à prendre. On peut dire que l'addiction est le traitement de son vécu, le sujet a vécu une enfance terrible sous la maltraitance du père, ainsi qu'une adolescence marquée par plusieurs événements surtout quand elle a eu des attouchements de la part de sa cousine et de la part de son voisin, ainsi son échec et le père qui la compare toujours à son frère qui était brillant ce dernier à pousser le sujet à prendre le chemin vers la déviance mais elle a pu s'en sortir. La période de son âge adulte caractérisé avec l'événement la maladie de sa mère ainsi de son mariage et le doute du mari envers sa femme, ainsi le vol du mari puis la plainte déposée par le père du sujet envers son beau- fils et imposer à sa fille qu'elle se divorce et ce qui vraiment inquiété notre sujet c'est qu'en son père sera au courant qu'elle a remarié avec le père de ses enfants j'ai fait tout ça juste pour mes enfants.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Le sujet a décidé de se mettre en cure de sevrage pour une nouvelle vie avec sa famille, et ses enfants. Le sujet est soutenu de la part de sa mère et ses frères dans le projet de soin.

Synthèse de l'entretien clinique de Mme Rym

D'après les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, Mm Rym. Présente un parcours de vie difficile avec d'évènements de vie douloureux marqués par la maltraitance infantile de la part du père ainsi sa rigidité. Le sujet a vécu une trajectoire de vie difficile depuis l'enfance jusqu'à la période de son âge adulte. Donc, Certains d'entre eux apparaissaient clairement comme étant traumatogènes.

II- Discussion de l'hypothèse

A partir des données recueillies, nous pouvons maintenant infirmer ou bien confirmer notre hypothèse à partir des cas présentés. Ensuite, nous allons confronter nos résultats avec les études antérieures sur ce sujet.

Hypothèse : Oui, il existerait un événement traumatique au moins dans le récit de vie des sujets addicts.

Pour vérifier notre hypothèse, nous nous sommes étayés sur les résultats de l'entretien clinique semi-directif, ainsi que sur le récit de vie de nos sujets de recherche, qui ont été analysés en se basant sur la théorie adoptées (psychodynamique).

Cas N° 1 : M. Mohammed

D'après l'analyse des discours recueillis à partir du récit de vie soutenu par un guide d'entretien, nous ne déduisons que les événements traumatiques favorisant le recours à l'addiction. Or, l'enfance de M. Mohammed est marquée par des événements difficiles, à savoir la maladie grave de son frère, et de sa mère. Une adolescence marquée par le décès de son grand père alors qu'il estime être la cause de son décès. Enfin, une période de l'âge adulte marquée par le deal des SPAs, une période passée au sein d'une prison, et un choc traumatique intense est apparu quand il a eu ses intestins entre ses mains. Donc, un parcours de vie difficile avec beaucoup d'évènements de vie douloureuse. Cela nous laisse apprécier qu'ils existent des événements traumatiques dans le récit de vie de M. Mohammed. De ceci, notre hypothèse est confirmée pour ce cas.

Cas N° 2 : M. Abd Alghani

En tenant compte des informations rassemblées au cours du récit de vie étayé sur un guide d'entretien, nous avons confirmé que l'enchaînement des événements traumatiques qu'a subi M. Abd Alghani depuis son enfance jusqu'à son âge adulte (la violence de son père envers lui, la scène dont son père a essayé de tuer sa mère, le viol qu'a subi sa sœur, et le décès de son père), en favorisant son recours à la consommation des SPAs. Donc, nous synthétisons qu'ils existent des événements traumatiques dans le récit de vie de M. Abd alghani. De ce fait, notre hypothèse est confirmée pour ce cas.

Cas N°3 : M. Youcef

En se basant sur l'analyse de l'histoire recueillie à travers le récit de vie étayé par un guide d'entretien, nous retenons que M. Youcef est traumatisé suite au décès de son père, ainsi que le suicide de son frère. Ceux-ci montrent que M. Youcef a vécu des événements traumatiques dans son récit de vie, et donc notre hypothèse est confirmée pour ce cas.

Cas N°4 : Mme. Salima

En nous référant aux données obtenues du récit de vie soutenu par un guide d'entretien, nous constatons que, Mme. Salima a vécu trois événements à caractères traumatiques tels que, l'absence du père, le viol qu'elle a subi par son cousin, et la scène du cadavre, qu'elle a vu, quand elle était sur le chemin de l'école. Nous déduisons alors, qu'ils existent des événements traumatiques dans le récit de vie de Mme. Salima. Donc notre hypothèse pour ce cas est confirmée.

Cas N°5 : M. Anis

À partir des récits rassemblés par le récit de vie étayé sur un guide d'entretien, nous n'avons constaté qu'une période de la vie du M. Anis est douloureuse. Car, d'après son discours, le sujet nous a raconté son histoire difficile, durant son adolescence il a subi la mauvaise nouvelle de sa vie, que sa maman était atteinte d'un cancer du sein, mais aussi la maladie de ses tantes (du côté maternel) ont compliqué son état encore d'avantage. Ceux-ci, montrent que M. Anis, a vécu des événements traumatiques dans son récit de vie. Donc notre hypothèse est confirmée pour ce cas.

Cas N° 6 : M. Islam

Suites aux résultats rassemblés à partir du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif, nous nous déduisons que M. Islam, a vécu une enfance difficile marquée par le décès de son frère, son adolescence passée à la prison, ainsi le décès de son père, et son âge adulte est caractérisé par les repréailles, M. Islam a subi à mainte reprise un viol au sein de la prison. En ce sens, dans la trajectoire de vie de M. Islam existe des événements traumatiques, et cela, nous laissent conclure que notre hypothèse pour ce cas est confirmée.

Cas N°7 : M. Aymen

D'après les discours que nous avons rassemblés à travers le récit de vie soutenu par le guide d'entretien, que l'histoire de M. Aymen, était difficile. Durant son parcours de vie, le sujet a vécu des événements émouvants, qui ont laissé en lui des traces traumatiques. Ces événements sont : l'absence du père, la confrontation d'une violence accompagnée par des coups de couteau, son père a violé sa sœur, la tentative de suicide de son père, et enfin, son mariage indésirable. De ce fait, l'enchaînement de ces événements traumatiques dans le récit de vie de M. Aymen nous ont permis de confirmer notre hypothèse.

Cas N°8 : M. Rida

Nous référons aux informations rassemblées du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif, nous pouvons démontrer que la trajectoire de vie du M. Rida, est marquée par des événements marquants, qui lui ont laissé des traces extrêmes, à savoir la violence conjugale du père, et la tentative de suicide de la mère. De cela, existent des événements traumatiques dans le récit de vie de M. Rida, donc notre hypothèse est confirmée pour ce cas.

Cas N° 9 : M. Saber

D'après l'histoire récoltée a travers le récit de vie étayé sur un guide d'entretien, nous pouvons dire que, M. Saber a vécu une enfance terrible, marquée par la violence du père envers lui, mais aussi envers sa mère. Une adolescence marquée par : l'abondance scolaire, et le décès de son ami. Donc à partir de cette histoire on peut dire qu'ils existent des événements traumatiques dans le récit de vie de M. Saber, alors, notre hypothèse est confirmée pour ce cas.

Cas N°10 : Mme. Rym

En nous référant aux résultats du récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif, nous pouvons constater, que Mme. Rym, à vécu une période pénible, de sa vie depuis son enfance jusqu'à son âge adulte, à savoir, un père rigide, et violent, des attouchements de la part de son voisin, et de sa cousine. Ainsi qu'un mariage raté qui s'est terminé par un divorce. La présence de ces événements traumatiques dans le récit de vie de Mme. Rym, nous permettent conclure, que notre hypothèse pour ce cas est confirmée.

Synthèse

En se basant sur les informations obtenues grâce au récit de vie que nous avons utilisé étayé par un guide d'entretien semi-directif, nous synthétisons que tous nos sujets de recherche ont confirmé notre hypothèse, c'est à dire que le psychotraumatisme vécu pendant la trajectoire de vie a fait de ses sujets des addicts.

Donc suite aux informations recueillis, notre hypothèse intitulée « Existe-il un évènement au moins, traumatique dans le récit de vie des sujets addicts » a été confirmé pour tous les sujets de recherche, car nous avons observé que les addictions aux SPAs, ont représenté des manifestations dite traumatisante dure et brutale qui a été manifesté sous forme de reviviscence des événements traumatiques, et l'apparition des symptômes répétitifs telle que la reviviscence des événements par des cauchemars et par des rêves répétitifs, qui a fait des angoisses et des hallucinations pour ces sujets.

En ce sens, le psychotraumatisme est désormais l'une des causes principales de l'addiction aux SPAs, les traces psychiques vécues pendant la phase de la vie chez les sujets addicts ont fait que la consommation est un traitement pour régler le choc subi, durant la trajectoire de vie. Donc, en plus de l'évènement marquant revivait à plusieurs, en plus de la consommation de ses substances ont augmenté. Par ailleurs, l'addiction est désormais comme pansement à une blessure vécue comme traumatisante. En effet, les troubles addictifs constituaient une réponse adaptative à une souffrance psychique irreprésentable ou à des anomalies de la régulation des éprouvés émotionnelles.

En effet, ces résultats concordent avec les études qui ont déjà été faites sur les sujets addicts traumatisés, nous allons donc les exposer dans ces prochaines lignes.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Dans ce même ordre d'idées, Laconi, et Chabrol (2020) ont étudié l'événement traumatogène, son âge de survenue, ses symptômes anxio-dépressifs et comportements addictifs. L'objectif principal de cette étude était d'examiner la répartition des événements traumatogènes auprès d'un échantillon de jeunes adultes ainsi que d'étudier leurs liens avec les conduites addictives, les symptômes dépressifs et certains troubles anxieux. Les chercheurs ont pu montrer que plus de 90 des répondants avaient vécu au moins un événement traumatogène au cours de leur vie et 20% d'entre eux présentaient un état de stress post-traumatique possible. Il y avait une corrélation importante entre événement traumatogène, les symptômes anxieux et dépressifs, et les comportements addictifs (Laconi & Chabrol, 2020).

Une autre étude empirique menée par Acheli (2019) en France s'intitule « Dépendance aux opiacés et stress post-traumatique ». Dont l'objectif était d'étudier les facteurs de risque post-traumatique auprès des patients héroïnodépendants. Le chercheur a l'hypothèse suivante : « la dépendance aux opiacés est corrélée aux événements traumatiques, à des troubles psychiatriques et à des déterminants sociodémographiques. En fin la recherche souligne des corrélations positives entre la dépendance aux opiacés et la situation sociale, les symptômes des troubles, panique, vie entière, troubles dissociation péri-traumatique et du TSPT. Donc le chercheur a pu confirmer son hypothèse.

Selon Hachet (2007), qui se réfère aux travaux d'Abraham et Torok, les sujets souffrent d'un trouble lié à l'usage de substance du fait d'une incapacité (ou plutôt d'une impossibilité) à élaborer psychologiquement une expérience vécue comme traumatisante. De cette impossible élaboration se crée un clivage au sein du Moi que les auteurs nomment « une crypte ». Le(s) trauma(s) ainsi « encryptés » dans le Moi sont indicibles, par peur et par honte. Par indicible, il faut comprendre que le trauma constitue une forme de « secret » que l'individu ne peut révéler ce qu'il porte donc en lui. Le clivage du Moi est normal lorsqu'il est transitoire mais il devient pathologique lorsqu'il est définitif : il est alors nommé clivage verrouillé ou crypte. Selon Hachet, les individus toxicomanes consommeraient donc le « toxique » par substitut de cette impossible élaboration. En effet, selon l'auteur, l'addiction vise à conserver l'imperméabilité entre la crypte et le Moi et, dans une autre mesure, à récupérer une sensorialité mise au tombeau par l'effet de la crypte dans le Moi. En effet, cette crypte ayant pour effet d'appauvrir le Moi de l'individu et donc son élan vital, celui-ci compense ainsi par le toxique sa capacité à ressentir et à désirer.

Une étude réalisée en France en 2020 sur l'influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues, L'objectif principal de Cette étude vise

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

à examiner l'influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans l'étiologie des addictions aux substances psychoactives. En conséquence les chercheurs ont pu montrer que les sujets qui développent les troubles liés à l'utilisation aux substances psychoactives disposent des styles d'attachement insécurité évitant et désorganisés. En outre, le nombre élevé de psychotraumatismes semble influencer la consommation de drogues (autres que le tabac et l'alcool) (Kenny, et al, 2020).

D'après Anaïs David (2017) une étude réalisée en France sur tentative d'approche du lien entre trouble de stress post-traumatique et conduite addictive avec et sans substance en population militaire. Les données de littérature montrent qu'il existe une association forte entre le trouble de stress post traumatique et conduites addictives. L'objectif principal de cette étude est de décrire les consommations tabac, d'alcool et de cannabis, chez un groupe de militaires souffrant d'un trouble du stress post traumatique (TSPT) suivis en psychiatrie. La méthode utilisée c'est le diagnostic de TSPT est vérifié par l'échelle PCL. Par conséquent ses consommations décrivent une modification de leur consommation et des addictions dans la suite de l'événement traumatique. Il apparaît que la confrontation à un événement traumatique influe sur la consommation de tabac, d'alcool et cannabis. Donc, le lien entre addiction et TSPT apparaissent complexes une étude qualitative permettrait alors de mieux comprendre le vécu des patients au moment des consommations et de mieux appréhender les interactions entre clinique psychotraumatique et addictions.

Pour finir, une étude réalisée sur France en (2013) sur prévalence des psychotraumatismes chez les femmes hospitalisées pour l'addiction en service spécialisé sur l'île de Réunion : étude prospective transversale de 35 patientes hospitalisées pour prise en charge d'une addiction Parmi les conduites addictives sur l'île de la Réunion, l'alcoolisme constitue un problème majeur de santé publique et place ce département dans les premiers, sur le plan national, en termes de morbi-mortalité. Dans la population générale, ces conduites addictives, soulignées dans de nombreuses conférences et inscrites dans un programme Régional de Santé (Le Schéma Régional d'Addictologie), sont souvent associées à un Etat de Stress Post Traumatique (E.P.S.T). Selon Deykin, parmi les demandeurs de soins pour abus, usages nocifs ou dépendances, la prévalence d'un E.P.S.T est retrouvée chez plus de 45% des femmes et chez plus de 24% des hommes. Près de la moitié des patients en demande de soins pour une problématique addictive sont donc concernés par une antécédente victimologie. Les drogues, véritable leurre pharmacologique dans les mécanismes de régulation du plaisir, de la souffrance, de l'approche et de l'évitement, semblent exercer un rôle auto-thérapeutique vis-à-

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

vis des symptômes psychotraumatiques. Les substances addictives s'immiscent et dérèglent les mécanismes subtils d'équilibre entre autonomie, prise de risque, recherche de sensation, gestion des émotions et dépendance. Elles permettent ainsi de masquer les symptômes psychotraumatiques. L'arrêt de la consommation peut aussi entraîner des reviviscences traumatiques récurrentes. L'addiction peut même devenir la pathologie première sans que l'E.S.P. T ne soit ni diagnostiqué, ni pris en charge. Cette problématique se retrouve particulièrement dans la population féminine de l'île de la Réunion : la fréquence des violences et des événements psychotraumatiques est élevée et la dépendance physiologique et psychologique des femmes à l'alcool reste un sujet très préoccupant. Pour ces patientes, outre la spécificité de la prise en charge addictologique liée au sexe, la dépendance aux substances psychoactives est plus forte lors d'un psychotrauma. Les symptômes de sevrage sont généralement plus intenses, le risque de rechute plus élevé et le pronostic global plus sombre. Le médecin généraliste, par sa connaissance privilégiée de l'environnement de ces femmes, est à même de les prendre en charge dans leur réalité socioculturelle, psychologique, économique autant que sur le plan somatique. Au-delà du simple traitement des conséquences psychopharmacologiques liées à l'usage de drogue ou des conséquences psycho-sociales qui en découlent, une prise en charge victimologie et addictologique réalisée concomitamment avec des approches thérapeutiques spécifiques permet de rechercher et d'identifier les véritables causes, vulnérabilité ou facteurs de risque, qui favorisent l'addiction. Ainsi, pour ces femmes aux pratiques addictives de l'île de la Réunion (Amari.C ,2013)

Nous touchons maintenant à la fin de ce modeste mémoire qui à durer près d'un an. Dans la recherche que nous avons abordée l'addiction aux SPAs n'a pas du tout été une partie de plaisir mais plutôt un travail d'immersions dans la vie intime et profonde des addicts.

L'addiction est une quête de satisfaction, ce qui amène le sujet à concentrer progressivement son existence sur le SPA. Par conséquent, la toxicomanie est une pathologie caractérisée par l'utilisation obligatoire de SPA, elle est donc devenue une menace majeure pour la santé publique car cette consommation est nocive pour les personnes, car les sujets commencent à abuser de ces substances pour soulager l'inconfort, malgré les conséquences négatives, mais deviennent plus ou moins incontrôlables et inmaintenable.

En revanche, la survenu d'une addiction est le résultat multifactoriel. D'une part, nous avons des facteurs liés à la personne elle-même tels que le sexe (la consommation des substances psychoactives est élevée chez le sexe masculin que le sexe féminin), une vulnérabilité génétique, une fragilité psychique (anxiété, difficulté à résoudre les problèmes).

Ainsi, le fait d'avoir traversé certains événements marquants dans la trajectoire de vie de l'individu ou d'avoir subi des traumatismes pousse certaines personnes vers l'addiction. Donc, l'évènement traumatique joue un rôle important dans la genèse des addictions aux SPAs. D'une autre part, nous avons des facteurs environnementaux tels qu'un environnement social et ou familial défavorable, une disponibilité aisée du produit addictif (la présence des antécédents familiaux à propos de la problématique addictive, la mauvaise confrontation des paires et le rôle qui joue les paires dans la consommation). En outre, le trouble addictif peut aussi découler de la présence d'un trouble psychologique comme la dépression, le trouble du stress post traumatique, les troubles anxieux, et la personnalité limite qui va apparaître chez les sujets addicts. Tous ces facteurs favorisent la facilité et le recours vers l'addiction.

En Algérie les sujets addicts sont plus isolés est confiné dans un environnement abrité, puisque les tabous et les préjugés sont si réintégré dans la société. En effet, on peut dire que la société algérienne dépeint souvent le sujet addict le statu d'un déviant parce qu'il représente un danger potentiel ou réel sur la santé publique qui menace la sécurité et la sûreté des autres et est prêt à tout en échange d'une dose de drogue. Peut-être que certains drames ont consolidé cette image du sujet addict en raison de leur discussion superficielle et subjective de ce phénomène.

Ainsi, le point de vue de la société algérienne sur le patient toxicomane est caractérisé par une grande superficialité et des lacunes résultant de l'ignorance de la nature et des types de toxicomanie. Par conséquent, un pourcentage non négligeable de la société algérienne classe la toxicomanie comme un crime et non comme une maladie, et ils traitent la personne dépendante de ce point de vue, tandis que d'autres voient leurs familles avec une certaine compassion, considérant qu'une personne dépendante a un stigmate qui lui restera au front toute sa vie.

En ce sens, les événements de la vie, notamment, ceux à caractère traumatique jouent un rôle important dans la genèse d'addiction aux SPAs, qui sont particuliers, intenses et violents. Il se caractérise par un afflux d'excitation excessive (causée par des facteurs externes : événements traumatiques), brisant la barrière d'excitation, de sorte que ces événements envahissent la personne, sous forme de cauchemars, provoquant une grande interférence à l'intérieur du psychisme. Donc, affronter la mort, les violences sexuelles et les violences physiques, tous ces événements traumatisants survenus avant et après l'incident sont à l'origine d'une souffrance psychique extrême. L'usage de substances psychoactives a d'abord atténué cette douleur. Mais cet usage devient un risque, voire une addiction.

Les points communs entre l'addiction aux SPA et le traumatisme psychique sont nombreux. L'une comme l'autre est fréquente parmi les addictions. L'une comme l'autre ne se développe que chez certains sujets exposés à des événements extrêmes et opposés, que l'on peut schématiquement qualifier de très négatifs (traumatiques) et très positifs (SPAs). Les facteurs prédisposant sont à peu près les mêmes, à savoir le milieu social défavorisé, les traumatismes précoces et les facteurs génétiques. Par conséquent, il y aura de nombreux symptômes, troubles du sommeil et de l'attention, retrait social, anxiété, dépression et apathie émotionnelle. Donc, ce sont deux pathologies caractérisées par des réactivations des souvenirs pathologiques.

Nous essayons de comprendre comment utiliser des objets addictifs pour des objets traumatisés. D'un côté, il vise à réduire la souffrance psychique, en supprimant les affects, ce qui traduit des effets négatifs du traumatisme. D'autre part, cette tendance cherchera à faire en sorte que l'excitation de la surexpérience soit liée à la recherche de réorganisation, qui est l'un des effets positifs du traumatisme.

Notre attention est portée sur « *le psychotraumatisme et addiction ; étude qualitative chez dix sujets adultes* ». Par conséquent, l'intention globale de notre recherche est de questionner les effets d'événements vécus antérieurement, généralement dans l'enfance ou l'adolescence.

En effet, notre recherche a été effectuée au sein de la clinique du stress et de l'anxiété, plus particulièrement au niveau du service des addictions, qui se situe à Hydra willaya d'Alger. Notre groupe de recherche est composé de dix cas adultes, ou ont a diversité du genre et de l'âge, dont deux femmes et huit hommes. Dans notre recherche nous nous sommes focalisés sur le vécu des sujets addicts, nous avons pu décrire et explorer leur vécu à partir du récit de vie.

Afin de réaliser notre recherche, nous avons opté pour l'approche psychodynamique, qui est l'approche adéquate, pour mieux comprendre les difficultés vécus et la souffrance de nos sujets durant la trajectoire de leur vie.

Pour la vérification de notre hypothèse, nous avons eu le recours au récit de vie soutenu par un guide d'entretien clinique semi-directif. Cet outil permet de faciliter l'approche du parcours difficiles de nos sujets, dans le but de repéré les événements les plus marquants. De but d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

A travers les discours obtenus durant notre recherche, nous avons constaté que notre hypothèse intitulée «Oui, il existe un évènement traumatique au moins dans le récit de vie des sujets addicts » est affirmée pour les dix cas. Donc, la trajectoire de vie de nos sujets de recherche est marquée par des événements difficiles.

Chaque sujet a présenté des événements pendant le parcours de leurs vies, le sujet Mohammed à confirmer l'hypothèse dont son enfance et marquer par un événement difficile à savoir la maladie de sa mère et son frère, son adolescence c'était l'arrêt de l'école et la période de l'âge adulte c'était le deal de drogue et 5 ans de prison, le mariage non désirer et surtout quand-il a vu ses intestins entre ses mains. Le sujet Abdelghani a pu confirmer l'hypothèse, une enfance terrible, maltraitance de la part de père ainsi, témoin de la violence conjugale du père envers la mère et témoin de le harcèlement physique envers sa sœur, une adolescence marqué par sortie de l'école, tandis que youcef à confirmer l'hypothèse dont son enfance marqué par la perte de son père, ainsi, la peur de se séparer avec sa mère, de plus le changement du foyer accompagné d'un mauvais environnement. Son adolescence marquée

par le suicide de son frère. D'un autre côté, Mm.Salima a confirmé l'hypothèse, dont son enfance marquée par l'absence du père, le viol qu'elle a subi par son cousin et scène du cadavre qu'elle a vu. Son âge adulte caractérisé par le deal de drogue et le vol. Cependant, le sujet Anis, a pu confirmer lui aussi l'hypothèse, dans une partie de sa vie est marquée par la maladie de sa mère et de ses tantes ainsi l'influence des paires. M. Islam, dont son enfance marquée par le décès de son frère, puis le décès de son père. De plus, il a subi à maintes reprises un viol au sein de la prison, ainsi, M. islam a pu confirmer l'hypothèse. Le sujet Aymen, a vécu des événements émouvant, qui ont laissé en lui des traces traumatiques ces événements sont, l'absence du père, la confrontation, d'une violence accompagnée par des coupes de couteau, et le viol de la sœur par son père, la tentative de suicide du père et son mariage non désirable. Donc, le sujet Aymen a pu confirmer l'hypothèse. Le sujet Rida, lui aussi à confirmer l'hypothèse, par les évènements marquants qu'il a subis, à savoir la violence conjugale du père et la tentative de suicide de sa mère. On arrive à M.Saber, a vécu une enfance terrible marquée par la violence du père envers lui et envers sa mère, son adolescence marquée par la mort de son ami, ainsi, il a confirmé l'hypothèse. Enfin, notre dernier sujet M. Rym, qui a confirmé son hypothèse, dont a vécu une période pénible de sa vie depuis son enfance jusqu'à son âge d'adulte, à savoir, un père rigide, violent, des attouchements de la part de son voisin et de sa cousine, ainsi, un mariage qui s'est terminée par un divorce.

A travers ces éléments, nous pouvons dire que, L'addiction aux SPAs et le résultat d'événements traumatogènes vécus par les sujets au cours de leur vie. Donc, d'après nos sujets de recherche, plus ce que la souffrance est intense, plus que le sujet augmente la dose de consommation.

En effet, il s'agit pour la majorité de nos cas d'un vécu traumatique cumulatif qui a perduré souvent longtemps. Donc, nous dirons que les récits de vie de nos sujets de recherche sont composés pour la majorité d'entre eux d'une multitude d'expériences bouleversantes vécues dès le jeune âge et sur une longue période.

A partir de notre recherche. Nous estimons que c'est préférable de créer des centres de soins spécialisés en addictions dans les CHU équipés avec des moyens nécessaires qui seront disponibles pour tous les sujets addicts. Plus que ça on aimerait avoir des psychologues formés dans le domaine de l'addictologie. Ainsi, l'importance de s'investir et de se concentrer dans le domaine social en créant des équipements de divertissement pour chaque catégorie

d'âge, pour éviter que l'individu s'oriente vers ces substances. Aussi de sensibiliser dans les écoles contre ces substances et leurs dangers.

Pour conclure notre recherche, nous espérons que la pierre angulaire a été posée concernant la trajectoire de vie des sujets addicts aux SPAs. Pour cela, nous avons essayé d'ouvrir la fenêtre aux prochains étudiants et chercheurs espère de l'étudier en profondeur et de mettre en lumière « *la dynamique familiale des sujets addicts aux SPAs*», « *le vécu psychologique chez les sujets addicts aux SPAs*». Ce sont de bonnes thématiques de recherche pour de futures enquêtes.

Liste des références

- Acheli, R. (2019). *Dépendance aux opiacés et stress post traumatique : Etudes empiriques des facteurs de risques post- traumatique auprès de patients héroïnodépendants sous traitement de substitution* [Thèse de doctorat en psychologie, Université du Nantes]. [www.theses.fr\(2019\)Nant2047](http://www.theses.fr(2019)Nant2047).
- Alami, S., & Desjeux, D., & Moussaoui, I. (2008). *Les méthodes qualitatives*. (2^e ed). Puf.
- Albarello, L. (2001). *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. De boeck.
- Angel, P., & Richard, D., & Valleur, M., & Abreges. (2000). *Addiction*. Masson.
- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Dunod.
- Bayet, P., & Rusinek, S. (2012). Etude des biais d'interprétation émotionnelle dans l'évaluation de situations futures chez le sujet alcoolodépendante. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(2), 44-45.
<https://www.direct.com/science/article/abs/pii/s1155170412000274>.
- Benamsili, L. (2019). *Psychotrauma*. <https://elearning.univ-bejaia.dz>.
- Benharkat, I. (2005). *Le deuil face à la mort violente d'une proche étude des réactions de deuil* [Mémoire de magister en psychologie clinique, Université Mentouri de Constantine]. <https://bu.umc.edu.dz>.
- Bénony, H., & chahraoui, Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Nathan.
- Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie*. (2^e ed). Armand Colin.
- Bertaux, D. (2010). *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie*. (3^e ed). Armand Colin.
- Bergeret, J. (1991). *Les conduites addictives. Approche clinique et thérapeutique, les nouvelles addictions*. Masson.
- Biron, A., & Huerre, P., & Reynaud, M. (1997). *Drogues : Toxicomanes et toxicomanie*. Hermann.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin
- Bénony, H., & Chahraoui, Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod.

- Bodebza Taliba, D., & Abassi, A., & Taliba, S., & Adja, E-h. (2019). Psychotrauma, addiction et voies vers la résilience. *French journal of psychiatry*,1(2), 90. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590241519307962>.
- Bonnet, A., & Bejaoui., & Bégard., & Pedinilli. (2010). Dépendance physiologique et fonctionnement émotionnel chez les jeunes adultes : affectivité, intensité émotionnelle et alexithymie dans la consommation de substances psychoactives. *Annales Médico-psychologique, revue psychiatrique*, 169(2), 92-97. <https://www.sciencedirect.com./science/article/abs/pii/S003448710003380>.
- Boudaren, M. (2017). Les addictions en Algérie : quoi faire. Consulté le (13 Avril 2021), sur le, <https://www.liberté-algerie.com/contribution/les-addictions-en-algerie-que-faire-272706>.
- Boumendjel, M., & Benyamina, A. (2016). Les pathologies duelles en addictologie : état des lieux et prise en charge. Dans : *Traité d'addictologie*, (Raynaud, M., & Karila, L., & Aubin, H-J., & Benyamina, A) (pp.139-149). Lavoisier.
- Bouskine, S. (2016). La problématique de la personnalité toxicomane et le besoin d'un objet d'anaclitique extérieur approche psychanalytique. *مجلة الجزائر للطفولة*, 4(5) , 202-228. <https://www.asjp.dz/en/article/36635>.
- Bouvet, C. (2015). *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Dunod.
- Campehauudt, L., & Qruvy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. (4^é ed). Dunod.
- Carcos, M., & Flament, M., & Jeamment, PH. (2003). *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*. Masson.
- Cario, R. (2000). *Victimologie de l'effraction d'intersubjectif à la restauration sociale*. (2^é ed). Hamattan.
- Cavali, S. (2007). Modèle du parcours de vie et individualisation. Dans *Gérontologie et société* (pp. 55-69). Fondation Nationale de Gérontologie.
- Caverin, J-P. (1998). Pour un code de conduite des chercheurs dans les sciences du comportement humain. Dans : *L'année psychologique* (Segui, J) (pp. 83-100). Puf.
- Chahraoui, Kh. (2014). *15 Cas psychopathologique du traumatisme*. Dunod.
- Chahraoui, Kh., & Bénony, H. (2003). *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Armand.
- Charron, C., & Dumet, N., & GuéGuen, N., & Lieury, A., & Rusinek, S. (2020). *Les 500 mots de la psychologie*. Dunod.

- Chiche, S., & Marmion, J-F. (2020). *Les mots pour comprendre la psychologie*. Science humain.
- Chidac, N., & Crocq, L. (2010). *Le psychotrauma, stress et trauma, considérations et historiques*. Elsevier Masson.
- Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche clinique. Dans : *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* (pp. 65-78). Éres.
- Classification statistique internationale de santé et des maladies et des problèmes connexes (CIM-10). (2012).
- Contant, J., & Couteron, J-P. (2019). Les thérapies psychodynamique des addictions. Dans : *Addictologie* (Morel, A., & Couteron, J-P). (3^e ed). Dunod.
- Coutanceau, R., & Smith, G., & Lemitre, S. (2012). *Trauma et résilience : Victimes et auteurs*. Dunod.
- Crocq, L. (1994). *Les victimes psychiques*. Odile Jacobe.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerres*. Odile Jacobe.
- Crocq, L. (2000). *Le traumatisme psychique dans la pensée*. Odile Jacobe.
- Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. Dans : *Les traumatismes psychiques* (De Clerq, M., & Lebigot, F., & Cole). Masson.
- Crocq, L. (2012). Quelques jalons dans l'histoire du concept du trauma. Dans : Roland Coubanceau, *Trauma et résilience : Victimes et auteurs* (pp. 173-186). Dunod.
- Crocq, L. (2014). *Traumatisme psychique*. (2^e ed). Elsevier Masson.
- Crocq, L., & Bouchard, J-P. (2018). Histoire de la psychotraumatologie. Les dramatiques attentats terroristes de 2015 et 2016 ont eu des répercussions considérables sur les psychismes. *Annales Medico-psychologiques*, 3(176) 305-309.
[https://www.ascodocpsy.org/sautepsy-modex.php?ivl=notle_displayp\(1\)1y=335681](https://www.ascodocpsy.org/sautepsy-modex.php?ivl=notle_displayp(1)1y=335681).
- Cyrulnik, B., & Duval, P. (2006). *Psychanalyse et résilience*. Odile Jacob.
- Daron, R., & Parot, F. (2013). *Dictionnaire de psychologie*. Puf.
- De montigny, P., & De montigny, F. (2014). Théorie du parcours de vie (vol 6). Cerif/UQO. https://.cerif.ca/sites/cerif-uqo-ca/files/-cahier6_théoriedu_parcours_de_vie_web.pdf.
- Desbrosses, S. (2007). *Attitude : définitions et caractéristiques*. Psychoweb. Consulté le (02 Avril 2021) sur <http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/21-attitudes-definitions-et-caracterist.html>.

- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative : Guide pratique*. Mc Graw-hull.
- Daudin, M., & Rondier, J-P. (2014). Le traumatisme de guerre, conduites addictives : une utilisation du concept locanien de jouissance. Dans : *L'information psychiatrique*. 90(6) (pp. 471-476). John Libbey Eurotext.
- DSM-5. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (3^é ed). Elsevier Masson.
- DSM-5. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (5^é ed). Elsevier Masson.
- DSM-5. (2016). *Diagnostiques différentiels*. (2^é ed). Elsevier Masson.
- Ermisse, G. (2004). *La déontologie, l'éthique et les obligations légales et réglementaires des archivistes français*. Persée. Consulté le (20Avril 2021) sur https://www.persee.fr/doc/gazar_0016-5522_2004num_196-1_3729.
- Feldman, M. (2009). Récits et traumatismes. Dans : *Entre trauma et protection : quel devenir pour les enfants juifs cachés en France (1940-1944)* (pp.281-312). Ères.
- Fernandez, L. (2012). La méthode clinique. *Deug* (pp. 1-9). <https://fr.slideshare.net/MOMOMEMO/B.méthode.clinique>.
- Fernandez, L., & Pedinielli, J-L. (2006). La recherche en psychologie. Recherche en soins infirmiers, 48(1), 41-51. Doi : 1039117/rsi.084-0041.
- Fortini, C., & Daeppe, J-B. (2016). L'entretien motivationnel. Dans : *Traité d'addictologie* (Reynaud, M., & Karila, L., & Aubin, H-J., & Benyamina, A) (pp. 343-351). (2^é ed). Lavoisier.
- Franjaux, W. (2011). *Liens familiaux, lien à soi et lien à l'alcool. Etude transgénérationnelle et liens d'attachements*. D.I. S.P.P.A.
- Freud, S. (1895). Etude sur l'hystérie. Puf.
- Gaulejac (de), V., & Legrand, M. (2015). *Intervenir par le récit de vie : Entre histoire collective et histoire individuelle*. Erès.
- Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*. Presse de l'université du Québec.
- Ghiglione, R., & Richard, J-F. (1999). *Cours de psychologie: champ et théorie*. (3^é ed). Dunod.
- Ghiglione, R., & Richard, J-F. (2007). *Cours de psychologie*. Dunod.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. (9^é ed). Dalloz.

- Hindgady, C., & Cohn, A., & Martiné, H., & El-Haga, W., & Schwan, R., & Paille, F. (2018). Impact du traumatisme sur le profil de dépendance et de psychopathologie chez les femmes dépendantes à l'alcool, revue européenne de traumatologie et de dissociation. *Purchase pdf*,2(2), 101-107.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468749917301035>.
- <http://www.globalcommission.drugs.org>.
- <https://www.aps.dz/societe/124224-surete-nationale-saisie-de-plus-de-600-kg-de-stupefiants-a-alger-depuis-janvier>.
- Ionescu, S., & Blanchet, A. (2013). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Puf.
- Jeammet, P-H., & Lamas, C., & Reynaud, M. (2006). *Traité d'addictologie*. Flammarion médecine sciences.
- Josse, E. (2006). *Catastrophe humanitaire*. De Boeck.
- Josse, E. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. (2^é ed). De Boeck.
- Kacha, F. (2005). *La psychiatrie en Algérie, l'information psychiatrique*. Chéraga.
- Kanfmann, J-C. (1996). *La description ethnographique*. Nathan.
- Karila, L., & Levy. F. (2013). *Psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie*. vernazobres Grego.
- Kédia, M., & Sobouraud-Séguin, A. (2013). *Psycho-traumatologie*. (2^é ed). Dunod.
- Kédia, M., & Sobouraud-Séguin, A. (2020). *Psycho-traumatologie*. (3^é ed). Dunod.
- Kpelly, E., & Schauder, S., & Masson, J., & Kossigan., & Koukou-Kpolou, C., & Moukouta, C. (2020). Influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues. *Annales Médico-psychologique, revue psychiatrique*, 179(6), 481-547. <https://www.sciencedirect.com/journal/Annales-Medico-Psychologique-Revue-Psychiatrique/vol/179/issue/6>.
- Laconi, S., & Sinanian, A., & Andreoletti, A., & Chabrol, H. (2020). Evénements traumatogènes, âge de survenue, symptômes anxio-dépressifs et comportements addictifs dans un échantillon de jeunes adultes recrutés en ligne. *Annales Médico-psychologique, revue psychiatrique*, 179 (5),425-431.
<https://www.sciencedirect.com/journal/Annales-Medico-Psychologique-Revue-Psychiatrique/vol/179/issue/5>.
- Lançon, C. (2013). *Conduites adictives et processus de changement*. John Libbey Eurotext.

- L'approche du récit de vie comme méthodologie de recherche n'est pas nouvelle. Consulté le (02 Mai 2021) sur, <https://d1n7iqsz6ob2ad.cloudfront.net/documentpdf/538c45589d82c.pdf>.
- Laquille, X., & Chassagnaux, A. (2017). *Pratique clinique en addictologie*. Lavoisier.
- Lebigot, F. (1998). Le débiefing individuel du traumatisme psychique. Dans : *Dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs* (Crocq, L., & Vitry, M, 2009). Unicef.
- Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Masson.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychique, clinique et prise en charge*. Dunod.
- Lebigot, F. (2006). *Le traumatisme psychique*. Yapaka.
- Lebigot, F. (2016). *Traiter les traumatismes psychique, clinique et prise en charge*. (3^e ed). Dunod.
- Lebigot, F., & De clereq, M. (2016). *Les traumatismes psychiques*. Masson.
- Lecavalier, M., & Chainey, R., & Denis., & Mltais, K., & Mantha, L. (2003). *Vers une compréhension du phénomène de dépendance : information de base en toxicomanie*. Institut Universitaire sur la dépendance, Québec.
- Legrand, M. (1993). *L'approche biographique, théorie, clinique*. Edition Presses Internationales.
- Lejoyeux, M. (2013). *Addictologie, Abrégés de Médecine*. Elsevier Masson.
- Lewin, L. (1927). *Phantastica, l'histoire des drogues et de leurs usages*. Josette Lyon.
- Lopez, G., & Kadi, N. (2020). *Traiter les psychotraumatismes*. Dunod.
- Leray, C. (2000). *Le creuset interculturel de l'histoire de vie*. Presse Universitaire de renne.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. (7^e ed). Masson.
- Mauro, F. (2002). *Histoire du café*. Desjonquères.
- Mijolla, A. (2002). Dictionnaire international de la psychanalyse : concepts, notions, biographies, œuvres, événements, institutions. Dans : *Revue Française de psychanalyse*, (Lussier, M) (pp. 1335-1339). Presses Universitaires de France.
- Morel, A. (2019). Psychotraumatisme et addiction. Dans : *addictologie*, (Morel, A., & Courteron, J-R) (pp. 269-280). Dunod.
- Morel, A., & Courteron, J-R. (2019). *Addictologie*. (3^e ed). Dunod.

- Morel, A., & Luquiens, A. (2019). Troubles psychiques et addictions. Dans : *Addictologie*, (Morel, A., & Couteron, J-P) (pp. 303-325). Dunod.
- Mouffok, S., & Chahmis, S. (2008). Evaluation de la prise en charge des toxicomanes en milieu institutionnel. Dans : *Prise en charge des toxicomanes, Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, séminaire de formation de médecins dans le cadre du projet Mednet*.
- Mucclieli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Puf.
- Mucclieli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Armand Colin.
- Niewiadomski, C., & Dehory-Momberger, C. (2019). *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*. Érès.
- Nourrisson, D. (1999). *Histoire sociale du tabac*. Ed Christian.
- Observation française des drogues et des toxicomanies. (2019). Drogues et addictions, données essentielles.
- Ocampo, E. (2007). *Approche psychanalytique de l'addiction*. Encyclopedica Universalis.
- Office national de lutte contre la drogue et de toxicomanie. (2008). *Prise en charge des toxicomanes, séminaire de formation de Médecins dans le cadre du projet Modnet*.
- Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie. (2010, septembre). Enquête épidémiologique nationale et globale sur la prévalence de la drogue en Algérie. www.pplateforme-elsa.org/.files/enquete_national-Algerie_ud-2010.pdf.
- Office des nations unies contre la drogue et le crime. (2015). *Rapport mondial sur les drogues. Résumé analytique : 4 N O D C. Research*.
- Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie. (2018). *Efforts de l'Algérie pour la réduction de l'offre de la drogue, 4^{ème} réunion intersession*.
- Ouellet, G., & Royt, D., & Huot, A. (2009). *Méthodes qualitatives en sciences humaines*. Modulo.
- Paillé, P. (2006). *La méthode qualitative*. Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucclielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4^é ed). Armand Colin.
- Pedinielli, J-L. (1994). *Introduction à la psychologie*. Nathan.

- Pedinielli, J-L., & Chauvel-Fantini, C. (2009). Ethique en psychologie clinique. Dans : *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*, (Ionescu, S., & Blanchet, A) (pp. 381-396). Puf.
- Pedinielli, J-L., & Bonnet, A. (2008). Apport de la psychanalyse à la question de l'addiction. Dans : *Psychotropes*, (41-45). De Boeck Supérieur.
- Pedinielli, J-L., & Rouvier, S. (2000). Ethique en clinique psychologique, l'éthique entre épistémologie et consensus. *Bulletin de psychologie*, 53 (445), 41-46. <https://pascalfrancis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecorddddDetail&idt=1329310>.
- Pedinielli, J-L., & Mariage, A. (2015). *Psychopathologie du traumatisme*. Armand Colin.
- Reynaud, M. (2005). *Addiction et psychiatrie*. Masson.
- Reynaud, M., & Karila, L., & Aubin, H., & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie*. (2é ed). Lavoisier.
- Rhéaume, J. (2008). Quand l'histoire devient agissante. Dans : *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle*, (Gaulejac (de), & Legrand) (pp. 63-88) . Erès.
- Rigaud, A., & Benyamina, A. (2014). *Psychothérapie*. Dunod.
- Romano, H. (2011). *Souvateurs des événements traumatiques : prise en charge psychologique des victimes et gestion de stress professionnel*. Masson.
- Rosenzweig, M. (1998). *Les drogues dans l'histoire : entre remède et poison*. De Boeck.
- Sabouraud-Séguin, A. (2002). *Traitement cognitivo-comportemental du stress post traumatique*. Dunod.
- Shadili, G., & Essadek, A., & Nicolas, I., & Paunetier, T., & Dematteis, V., & Corcos, M. (2018). Psychotraumatisme, fonctionnement limite et addiction à l'adolescence : réévaluation de la recherche de la notion de « comorbidité » pour l'hypothèse d'un « complexe symptomatique et une nouvelle explication des perspectives thérapeutiques, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 66(7-8), 486- 475. <https://www.sciencedirect-com.snd11.arn.dz.science/article/pii/so222961718301223>.
- Samai-haddadi, D. (2010). *Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques*. OPU.

- Simonet, E., & Daunizeau, B. (2002). *La prise en charge psychothérapeutique*. Dunod.
- Sinaian, A. (2016). *Addictions et traumatismes, de l'évitement à la répétition élaborative : le recours à l'objet d'addiction comme recherche d'élaboration des expériences traumatiques précoces et actuelles* [Thèse de doctorat en psychologie, Ecole doctorale connaissance, langage et modélisation, Nanterre]. www.thèse.fr/2016pa100023.
- Sinaian, A., & Pommier, F., & Pirlot, G., & Roques, M. (2014). Addiction, évitement et répétition du traumatisme. Dans : *Psychothérapies*, (pp. 173-184). Médecine et Hygiène.
- Souki, H. (2002). *Définitions des concepts et sémiologie des troubles psychiques post-traumatiques*. Pruntal Sarl.
- Tétrault, P., & Giulez, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck.
- Tourrette, C. (2014). *Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement*. Dunod.
- Tranquilo, C., & Montel, S. (2014). Psychotraumatisme et pathologies addictives. Dans *les psychotraumatismes*, (pp. 119-137). Dunod.
- Tarquinio, L. (2007). L'EMDR : Une thérapie pour la prise en charge du traumatisme psychique. *Stress et trauma*, 7(2) 107-120. https://www.researchgate.net/publication/285241582_L'EMDR_une_therapie_pour_la_prise_en_charge_du_traumatisme_psychique.
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie*. Belin Education.
- Varescon, I. (2013). *Différence entre éthique et déontologie*. Primento.
- Varescon, I., & Sultan, S. (2012). *Psychologie de la santé*. PUF.
- Verdon, J. (2002). *Boire au moyen âge*. Perrin.
- Watzlawick, P., & Helnick, B., & Jackson, D. (1972). *Une logique de la communication*. (Traduite de l'américaine par Janin Morche). Seuil.
- World health organisation. (2017, mars). Le problème mondial de la drogue sous l'angle de santé publique (N°70).

- Woody, G-E., & McLellan, A., & Luborsky, L. (1988). Socio-pathy and psychotherapy outcome. Arch Gen psychiatry. 42: 1081-1086. 98 Heroin Addiction and Related clinical problems.

Annexe

Annexe

Annexe n°1 : le guide d'entretien semi-directif :

Informations personnelles sur le sujet :

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Avez-vous des frères et sœurs ? si oui, quelle est votre place dans la fratrie ?
- 3- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 4- Quel est votre situation matrimoniale ? avez-vous des enfants ? si oui, combien ?
- 5- Quelle activité professionnelle exercez-vous ?

Axe 1 : Informations sur le trouble addictif

- 6- A quel âge avez-vous commencé à consommer les substances psychoactives ?
- 7- Quelles sont les substances utilisées ?
- 8- Quelle est votre première expérience ? pourquoi ? et comment ?
- 9- Avez-vous des antécédents d'addiction dans la famille ?
- 10- Comment vous vous-sentez actuellement avec la prise en charge ?

Axe 2 : informations sur la trajectoire de vie du sujet

Informations sur l'enfance :

- 11- Pouvez-vous nous dire quels sont les événements heureux et malheureux dont vous vous rappelez ?
- 12- Quels sont les événements de votre enfance qui vous ont le plus marqués ?

Informations sur l'adolescence :

- 13- Racontez-nous votre adolescence ?
- 14- Quels sont les principaux événements ayant caractérisés cette période d'adolescence ?

Informations sur l'âge adulte :

- 15- Racontez-nous votre vie actuellement ?
- 16- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Titre : psychotraumatisme et addiction : étude qualitative chez dix sujets adultes.

Résumé

L'addiction aux SPAs est un véritable problème de santé publique. Cette recherche aborde le psychotraumatisme et l'addiction aux SPAs sous l'angle de l'impact des événements traumatiques vécus dès le jeune âge et sur une longue période de la vie des sujets. Cette étude s'inscrit dans un référentiel psychodynamique, nous avons choisi comme terrain d'études une clinique spécialisée en gestion du stress, et de l'anxiété qui se situe à Hydra, la wilaya d'Alger. Notre groupe de recherche est composé de dix cas adultes, dont nous avons adopté une démarche clinique, celle de l'étude de cas, nous nous sommes servis d'un récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif. Cette recherche a exploré le vécu de nos sujets addicts. Les informations recueillies par le récit de vie de nos sujets de recherche ont démontré qu'il existe un événement traumatique, au moins chez eux durant la période de leur vie. En résumant, nous dirons que les récits de vie de nos sujets de recherche sont composés pour la majorité d'entre eux, d'une multitude d'expériences bouleversantes (événements à caractère traumatique). Vécues dès les jeunes âges et sur une longue période.

Mots-clés : psychotraumatisme ; addiction aux SPAs ; événements traumatiques ; récit de vie ; sujets addicts.

Title: psych traumatism and addiction: qualitative study in ten adult subjects

Summary

Addiction to SPAs is a real public health problem. This research addresses psych traumatism and addiction to SPAs from the angle of the impact of traumatic events experienced from a young age and over a long period of the subject's lives.

This study is part of a psychodynamic repository, we have chosen as a field of study a clinic specializing in stress management, and the anxiety that is found in Hydra, the wilaya of Algiers. Our research group is made up of ten adult cases, for which we have adopted a clinical approach, that of the case study, we used a life story supported by a semi-structured interview guide. This research explored the experiences of our addicted subjects. The information gathered from the life stories of our research subjects demonstrated that there is a traumatic event, at least in them during the period of their life. In summary, we will say that the life stories of our research subjects are composed for the majority of them, a multitude of overwhelming experiences (traumatic events). Lived from a young age and over a long period.

Keywords: psych traumatism; addiction to SPAs; traumatic events; life story; addicted subjects.