

République Algérienne Démocratique et Populaire

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : psychologie clinique

Thème :

La relation entre le soutien social perçu et le choix de stratégies de coping chez les étudiants addictes au cannabis.

Elaboré par :

- Chiboune Marouane

Encadré par :

Maitre Assistant :Laoudj Mabrouk

Année Universitaire : 2012 /2013

Remerciements

Nous profitons de ces quelques lignes pour remercier toutes les personnes qui m'ont aidé, de près ou de loin, pour réaliser ce travail de fin cycle.

Tout d'abord Je tiens à exprimer mes remerciements les plus sincères, à ma famille, qui ont répondu à tous mes besoins, surtout pour leur compréhension, et leurs encouragements durant tout au long de mon travail. Ainsi je remercie ma petite amie Leila pour son aide à la réalisation de ce travail.

Je tiens à remercier vivement mon promoteur Mr Laoudj. M d'avoir accepté de diriger ce travail. De même pour m'avoir guidé et conseillé tout au long de ce travail.

Je souhaitons remercier également le personnel du service médicale de la résidence université 1000 lit pour leurs collaborations.

Enfin, Je tiens à remercier les membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A Mes très chers parents qui m'ont aidé énormément durant tout le cursus scolaire, et qui m'ont vraiment soutenu et aidé et surtout ils m'ont accordé la chance d'être ce que je suis maintenant. Par leurs dévouements, et leurs sacrifices.

A mes frères : Mohand, Hamid, Kamel. Nassim

A ma très chère petit amie Leila

A tous mes amis.

SOMMAIRE

Introduction générale :	1
Problématique :	4
Les Hypothèse :	5
Définition des concepts clés :	5
Les objectifs de la recherche :	6

I. Chapitre : substances psycho-actives et addiction au cannabis.

Préambule :	7
1. Définitions de l'addiction :	8
2. Définition de cannabis :	8
3. Troubles liés à une substance :	8
4. Les comportements de consommation de substances psycho-actives :	9
5. La dépendance au cannabis :	13
6. Conséquences clinique de l'usage de cannabis :	13
7. Les Troubles induits par une substance :	14
8. Les facteurs de risque et de protection :	16
9. Les principales approches psychopathologiques des addictions :	21
10. La désintoxication :	23
11. La prévention :	24
12. Les modalités de soin et d'aide :	26
13. La consommation de cannabis chez les étudiants :	29
14. Le phénomène de la drogue en Algérie :	33
Conclusion :	36

II. Chapitre : le coping et le soutiens social

Préambule :	37
➤ Le Coping	
1. Les modèle cognitivo-comportemental du stress et du coping :	39
2. Les phases d'évaluation du coping :	42
3. Les stratégies de coping :	43
4. déterminants du coping :	45
5. Efficacité des stratèges de coping :	47

➤ le soutien social	
1. Définition du soutien social :	49
2. Les Dimensions du soutien social :	49
3. Le soutien social perçu :	50
4. Les Types de soutien :	51
5. Le soutien social et ses influences sur la santé et les stratégies de coping :	52
Conclusion :	54

III. Chapitre : méthodologie de recherche

Préambule :	55
1. La démarche de la recherche:	55
1.1 La pré-enquête :.....	55
1.2 La méthode clinique:.....	56
2. La population d'étude et les caractéristiques de choix :	57
3. Les techniques et les outils de recherche :	58
3.1 Entretien clinique :.....	58
3.2 Des instruments utilisés :.....	59
3.2.1 L'échelle de soutien social perçu :.....	59
3.2.2 Echelle de coping de Sylvie ESPARBES, Florence SORDES-ADER et Pierre TAP Construction :.....	62
Conclusion :	64

IV. Chapitre : analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule :	65
Cas 01 :	65
1.1 Analyse de l'entretien :.....	65
1.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu :.....	67
1.3 Analyse de l'échelle de coping :.....	67
Cas 02 :	69

2.1 Analyse de l'entretien :.....	69
2.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu :.....	71
2.3 Analyse de l'échelle de coping :.....	71
Cas 03 :	73
3.1 Analyse de l'entretien :.....	73
3.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu :.....	75
3.3 Analyse de l'échelle de coping :.....	75
Cas 04 :	77
4.1 Analyse de l'entretien :.....	77
4.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu :.....	78
4.3 Analyse de l'échelle de coping :.....	79
Cas 05 :	81
5.1 Analyse de l'entretien :.....	81
5.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu :.....	83
5.3 Analyse de l'échelle de coping :.....	83
Cas 06 :	85
6.1 Analyse de l'entretien :.....	85
6.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu :.....	87
6.3 Analyse de l'échelle de coping :.....	87
Discussion des hypothèses :	89
Conclusion générale :	91
Bibliographie :	93
Annexes :	I

La liste des tableaux :

Tableau N° 01 :Facteurs de risque et de protection face à la drogue :.....	20
Tableau N° 02 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 01)	68
Tableau N° 03 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 02).....	71
Tableau N° 04 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 03).....	75
Tableau N° 05 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 04).....	78
Tableau N° 06 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 05).....	83
Tableau N° 07 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 06).....	87
Tableau N° 8 : Les résultats des deux échelles.....	89

La liste des Feuilles de dépouillement

Feuille de dépouillement N° 01 : Les résultats de l'échelle de coping (cas 01)	68
Feuille de dépouillement N°02 : Les résultats de l'échelle de coping (cas 02).....	71
Feuille de dépouillement N°03 : Les résultats de l'échelle de coping (cas 03).....	75
Feuille de dépouillement N°04 : Les résultats de l'échelle de coping (cas 04).....	79
Feuille de dépouillement N°05 : Les résultats de l'échelle de coping (cas 05).....	83
Feuille de dépouillement N°06 : Les résultats de l'échelle de coping (cas 06).....	87

Introduction générale

Selon l'OMS (l'organisation mondiale de la santé), la toxicomanie constitue l'une des principales causes de l'handicap social. Ainsi, dans le cas des jeunes, les problèmes psychosociaux liés à l'abus des drogues figurent parmi les raisons les plus fréquentes d'interruption du cycle de développement intellectuel et du processus d'apprentissage social. Dans les secteurs de la production et de l'éducation, la toxicomanie fait perdre plus de journées de travail que n'importe quelle maladie et constitue la principale cause de contre performance professionnelle.

La problématique de toxicomanie est multidimensionnelle parce qu'elle a des répercussions sur la santé du consommateur et sur sa vie sociale et parce qu'elle présente plusieurs causes et plusieurs conséquences, qu'elle touche plusieurs facettes de la vie de l'individu et de son entourage et qu'elle affecte l'équilibre psychique de la personne et elle interfère sur la qualité de vie de ses relations interpersonnelles.

Dans toutes les catégories des drogues, le cannabis apparaît et est considéré comme l'une des drogues les moins dangereuses d'utilisation. Considéré actuellement comme une drogue douce et non dangereuse, car n'entraînant pas de conséquences socioéconomiques et culturelles pour expliquer ce fléau. Devant la gravité de ce fléau de nombreux chercheurs et professionnels se sont penchés sur de nombreux aspects, à savoir, psychologiques, sociologiques, montrent que la drogue touche beaucoup plus la jeunesse 83,59%. Les individus impliqués dans des affaires de trafic de drogue fléau en Algérie et l'identification des ressources capables de constituer des réseaux de prévention et de prise en charge. Les statistiques en Algérie pas de dépendance physique, il a une bonne presse auprès des jeunes qui n'ont pas conscience des effets qu'elle peut engendrer. Pour l'Algérie, le cannabis c'est la drogue la plus répandue, ainsi que des grandes quantités de psychotrope détournées de leurs utilisations licites. L'évolution de trafic de drogue en Algérie durant ces dix dernières années a accentué la consommation, et les problèmes liés à la consommation du cannabis ont augmenté dans notre société. En Algérie sont âgés de moins de 35 ans. 56% des toxicomanes ont commencé par la cigarette. 25 000 sont entrés dans des centres de désintoxication durant ces dix dernières années. 53% n'ont pas de structure familiale stable, 6% vivent dans la rue et 84% ont un niveau d'instruction moyen, donc on estime le pourcentage des étudiants consommateurs de drogue de 10% de la totalité des consommateurs.

Les recherches actuelles ont démontré que le consommateur de cannabis ne reste pas passif par rapport à ses problèmes et sa dépendance. En ce sens, il désigne la façon par laquelle il s'ajuste à cette situation. Ceci est dit coping.

Le coping est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les demandes externes et/ou internes perçues comme consommant ou excédant les ressources de la personne (Lazarus & Folkman, 1984)¹. L'Adaptation française de cette approche a introduit une conception nouvelle du stress. Il s'agit de l'approche transactionnelle, et plus particulièrement les travaux de Marilou Bruchon-Schweitzer qui, avec son équipe, propose un modèle d'analyse des stratégies d'ajustement face à l'adversité. Dans cette perspective, la façon de réagir face à une situation stressante, ne dépend ni de l'individu, ni de l'événement, mais résulte d'un compromis entre les caractéristiques personnelles de l'individu, et celles de la situation. Ainsi, « on ne cherche plus à décrire les réactions de stress par les événements auxquels le sujet est exposé (stresseurs), mais par la façon dont il gère la situation » (M. Bruchon-Schweitzer, 1994)².

La mise en place de stratégies d'ajustement suppose de multiples phases d'évaluation. C'est pour cette raison, qu'il est préférable de concevoir ces stratégies comme un moyen de « s'ajuster » aux événements, plutôt que de parler de processus « d'adaptation » « Le processus de coping peut être considéré comme une modalité d'expression particulière de l'adaptation » (G-N. Fischer ; C. Tarquino, 2006)³. Et au cours des phases d'évaluation on distingue une transaction entre l'individu et son environnement au niveau de ses ressources sociales telles qu'elles sont perçues par le sujet (Bruchon-Schweitzer, 2002)⁴. Il s'agit de « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » (Procidano *et al.* 1983)⁵ ou le soutien social perçu.

¹LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. "*Stress, appraisal and coping*". New York : Springer1984.

² BRUCHON-SCHWEITZER, M. et DANTZER, R. « *Introduction à la Psychologie de la santé* » Paris, Dunod 1994.

³ FISHER, G.N. & TARQUINIO, C. (2006). « *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* », paris, Dunod 2006.

⁴ BRUCHON-SCHWEITZER, M. « *Traité de Psychologie de la santé* ». Paris : Dunod, 2002

⁵ Procidano, M. E., & Heller, K. "*Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family : Three validation studies*". *American Journal of Community*.1983

Les études sur les relations entre les liens sociaux et la santé connaissent leur plus grand essor. À cette époque, plusieurs études signalent que les individus les mieux intégrés dans leur communauté et dans la société de façon plus générale avaient une meilleure santé que les personnes isolées. Également, il y a une augmentation des problèmes comportementaux chez les personnes qui n'arrivent pas à s'intégrer et la perception des ressources sociales diffèrent d'une personne à une autre.

En vue d'explorer ce vaste champ, nous avons porté une étude sur le thème « la relation du soutien social perçu et le choix de stratégie de coping chez les addictes au cannabis ». Pour atteindre notre objectif d'étude, nous avons adopté un plan de travail qui comporte une introduction générale, la problématique et les hypothèses.

Une partie théorique qui porte sur deux chapitres qui sont comme suite :

Chapitre I : ce chapitre est consacré à la présentation des substances psycho-actives (cannabis).

Chapitre II : ce chapitre est consacré à la présentation du coping et le soutiens social.

La partie pratique est subdivisée en deux chapitres :

Chapitre IV : ce chapitre est consacré à la présentation de la méthodologie de recherche.

Chapitre V : ce chapitre porte sur la l'interprétation, analyse et discussion des résultats.

Enfin, une conclusion générale à été conçu pour conclure notre travail de recherche.

Problématique :

Notre confrontation à des étudiants consommateurs de cannabis, à la résidence universitaire, nous a permis d'observer différentes manières de consommations.

Or, nos observations préliminaires ont montré certaines lacunes dans la détermination des deux principales conduites liées à l'utilisation du cannabis. C'est-à-dire la personne faisant un usage modéré de ce produit, et la personne ayant perdu le contrôle de sa consommation et vivant une relation de dépendance envers cette drogue. Entre ces deux conduites se situe celle de consommation inappropriée, qui entraîne des conséquences négatives physique et psychique sur le consommateur.

Ainsi, nous avons remarqué que les raisons qui expliquent la prise de cannabis sont le plus souvent la détente, le bien être, mais aussi l'envie de s'amuser, la conformité au groupe. Par ailleurs, certains étudiants peuvent utiliser le cannabis pour chasser l'ennui, suite à des problèmes familiaux. Ainsi, pour résoudre des problèmes, la peur, la douleur physique, le problème de solitude l'isolement social...etc.

D'un point de vue global l'usage du cannabis est considéré comme étant illégale par la législation algérienne, mal vue par la religion musulmane. Du fait que sa consommation à des répercussions sur la santé physique et mentale des individus, ainsi que sur leur vie économique, sociale, et familiale. Dans certains cas, parce qu'ils sont susceptible d'être confrontés à la justice. Devant toutes ces contraintes, nous avons observé que l'addicte au cannabis ne reste pas passif face à cette situation.

La dépendance à une substance comme le cannabis est parmi les situations les plus stressantes aux quelles une personne pourrait être confrontée. Dans les cas les plus fréquents l'addiction est associée avec des épisodes d'anxiété et de dépression; qui mettent le consommateur dans une situation de lutte afin de s'adapter à cette situation et d'adopter une stratégie d'ajustement.

Notre recherche consiste d'une part, à démontrer l'évidence qu'au-delà des questions de composition chimique et des relations entre le cannabis et le cerveau, il y a d'autres répercussions, notamment la dimension sociale, éducative, économique, législative, et de santé publique.

D'autre part, de définir la relation du soutien social perçu, et les stratégies de coping adoptées par le dépendant au cannabis. Nous avons jugé utile de porter notre travail de

recherche sur une enquête. En ce sens, afin de décortiquer notre question principale qui est Quel rôle joue le soutien social perçu dans le choix de stratégies d'ajustement chez les personnes addictes à la substance de cannabis ? Il est nécessaire de poser d'autres sous questions :

1. Comment les addictes au cannabis perçoivent la disponibilité de soutien social qu'ils reçoivent ?
 - ✓ Quel est le niveau de satisfaction de l'addicte au cannabis par-rapport aux soutiens qu'il reçoit ?
2. Quelle est l'influence de soutien social perçu sur le choix de stratégie de coping chez un addicte au cannabis ?
 - ✓ Quelles stratégies d'ajustement les personnes addictes au cannabis, avec un taux de soutien social perçu élevé, choisissent elles ?
 - ✓ Quelles stratégies d'ajustement les personnes addictes au cannabis, avec un manque de soutien social perçu, choisissent elles ?

Hypothèse générale :

La variation du soutien social perçu par la personne addicte au cannabis est un facteur qui détermine le choix de stratégies d'ajustement qu'il adopte.

Les hypothèses opérationnelles :

- Il y a un manque de disponibilité et de satisfaction de soutien social perçu, chez les addicte au cannabis.
- Le coping adoptées par les personnes addictes au cannabis, avec un taux de soutien social perçu élevé, est centré sur le problème.
- Le coping adoptées par les personnes addictes au cannabis, avec un manque de soutien social perçu, est centré sur l'émotion.

Définition des concepts clés :

- **Le soutien social perçu :**

Le soutien social perçu c'est l'évaluation par un individu de l'aide apportée par son entourage (de la part de leur famille, leurs amis, les professionnels de l'université...) cette

évaluation porte sur la disponibilité de ses ressources sociales et son niveau de satisfaction. La nature de ses aides pouvant être émotionnel, soutien d'estime, informatif ou matériel.

- **Le coping :**

C'est la réaction d'une personne à une situation jugée par lui comme stressante et menaçante qui le met dans une impasse. Cette réaction peut être positive ou négative.

- **L'addiction**

C'est un trouble caractérisé par un processus de l'usage répétée d'une substance ou d'un comportement puis l'installation progressive d'une dépendance s'accompagnant par un besoin compulsif de consommer, ou de répétée le comportement.

- **Cannabis**

Le cannabis est une plante, à l'instar des autres produits psychotropes (alcool, tabac, cocaïne, caféine,...) est actif sur le système nerveux central. Sans conteste ce produit génère certains effets sur l'organisme et sur l'état psychologique de ses consommateurs.

Les objectifs de la recherche :

L'objectif principal de cette recherche est de déterminer l'apport des liens sociaux et familiaux disponibles sur le choix de stratégies d'ajustement adoptées par les étudiants addicts au cannabis, pour faire face au stress de la dépendance à cette substance.

- Tenter de porter une étude auprès d'échantillons d'addictes qui ont rencontrés quotidiennement dans les services de soins aigus ou les services d'urgence de l'hôpital.
- Tenter de porter une étude sur le rôle de soutien social par rapport à un trouble de conduite.
- Tenter de mesurer le soutien social perçu des addicts au cannabis.
- Être proche des addicts qui sont pris en charge dans les centres de désintoxication.

I. Chapitre : substances psycho-actives et addiction au cannabis.

Préambule :

La notion de drogue, variable selon les cultures et les époques, ne doit pas être confondue avec celle de toxicomanie. De tout temps, certains peuples ont utilisé, de façon modérée, des produits toxiques. L'usage thérapeutique de ces substances est également fort ancien. C'est leur emploi toxicomaniaque qui est récent. (BIRON, A ol)¹ Le cannabis semble trouver son origine en Asie, quelque part entre la mer Caspienne et les contreforts sud de l'Himalaya. C'est en Chine que les plus anciennes traces de l'usage domestique du chanvre ont été trouvées. Les premières traces de cannabis, d'opiacés et de théine observées remontent à 3 000 ou 4000 ans av. Jésus-Christ. Plus récents, les antidépresseurs, les sédatifs et les hallucinogènes ont été synthétisés au milieu du 20e siècle. Quelle que soit l'époque, il n'y a pas vraiment eu de société sans drogue, de tous temps, il y a eu des usages déférents sacrés, domestiques et des usages récréatifs...etc. Le cannabis aujourd'hui est au centre de débats psychologiques, sociologiques, socioéconomiques, culturels et même politiques. Aussi, la relative innocuité attribuée à cette drogue explique par le peu de recherches scientifiques sur ce sujet jusqu'en 1995. Depuis la publication des derniers travaux des années 90, de nombreux éléments amènent à reconsidérer cette drogue avec beaucoup de prudence quant à ses effets à court, moyen et long terme, sur toutes les tranches d'âge, en particulier sur la jeunesse. Des professionnels comme Loo Petit et Deniker avaient présenté, il y a 40 ans, les méfaits du cannabis sur l'homme. Leurs inquiétudes n'avaient pas été prises en compte par leurs confrères, de même par les pouvoirs publics. Cependant, aujourd'hui, les statistiques de l'organisation mondiale de la santé (OMS) signalent que le pourcentage de mortalité mondiale, lié à la consommation de la drogue, est très élevé. En 2004-2005, les décès liés à la drogue ont représenté 4 % de la totalité des décès enregistrés chez les européens (de 15 à 39 ans). Au niveau mondial, sur 6,5 milliards de personnes, 25 millions de personnes (de 15 à 64 ans) ont des problèmes liés à l'usage de la drogue, ce qui représente 0,6% de la population mondiale dans cette tranche d'âge. (Mechel rosenzweig)². Le cannabis est notamment la drogue la plus consommée au monde (150 millions de personnes consomment le cannabis régulièrement)

¹ BIRON. A, HEURRE.P, REYMOND.M « *drogues toxicomanes et toxicomanie* » paris, Ed Hermann, 1979

² MECHEL. R « *Drogue et civilisations une alliance ancestrale* » Bruxelles Ed boeck université, 2008

1. Définitions de l'addiction :

C'est un terme qui correspondait dans le droit romain ancien, puis au Moyen âge en Europe continentale 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 condamner à payer, avec son corps et par son comportement, le manque de pertinence de ses systèmes de pensée (Bergeret,1991).

A partir des travaux de l'approche cognitivo-comportementaliste 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 » (VARSESCON ,I , 2005)¹

2. Définition de cannabis

Le cannabis est une plante appartenant à l'ordre des urticaires de la famille des cannabinaées. Les deux principales variétés sont le cannabis sativa sativa ou chanvre textile, et cannabis sativa indica ou chanvre indien.

Le cannabis sativa sativa est le chanvre textile. Ces plantes peuvent atteindre deux ou trois mètres voire six mètres de haut, dans des conditions de culture idéale .

Dans les pays chauds, le cannabis indica se présente plus trapu plus petit groupés en cymes compactes, et ne produit que peu de fibres.

Le cannabis est aussi 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 THC. Le cannabis est un produit psycho-actif, qualifié en France comme une drogue douce associée le plus souvent à la convivialité et la détente. Il se prête à une culture en intérieur ou en extérieur.il est maintenant cultivé plutôt dans des zones sauvages ou dans des jardins privés.(RICHARD et al.,2000) ² Le cannabis est le plus souvent fumé, plus rarement administré par voie orale.

3. Troubles liés à une substance

Les Troubles liés à une substance sont divisés en deux groupes :

¹ VARSESCON ,Isabelle. « *Psychologie des conduites addictives* », Ed belin, paris, 2005

² RICHARD D. PIROT S.SENON J. « *les drogues et leur mode d'action* ».in VARSESCON ,Isabelle. « *Psychologie des conduites addictives* », Ed belin, paris, 2005.

3.1 Troubles liés à l'utilisation d'une substance

- Dépendance à une substance
- Abus d'une substance

3.2 les Troubles induits par une substance (Intoxication par une substance, Sevrage d'une substance, Delirium induit par une substance, Démence persistante induite par une substance, Trouble amnésique persistant induit par une substance, Trouble psychotique induit par une substance, Trouble de l'humeur induit par une substance, Trouble anxieux induit par une substance, Dysfonction sexuelle induite par une substance, et Trouble du sommeil induit par une substance).

- Dans la classification de DSM-IV ont trouve 11 produit qui sont susceptible de présente des troubles : Alcool, Amphétamines, Caféine, Cannabis, Cocaïne, hallucinogènes, Nicotine, Opiaces Phen,•yclidine Séciatik, hypnotiques ou anxit /IN tiques, Solvants volatil,

4. Les comportements de consommation de substances psycho-actives :

Selon le DSM-IV trois grandes modalités de consommation de substances sont différenciées l'usage, l'abus et la dépendance. Seules les deux dernières sont reconnues comme des entités morbides dans les classifications internationales. Nous les retrouvons répertoriées en tant que « troubles liés à l'utilisation d'une substance » dans les manuels CIM-10 (1993) et le DSM-IV(1996)¹.

4.1. L'usage

Il est caractérisé par une consommation de substances psycho-actives qui n'entraîne ni complications somatiques ni dommages.

Reynaud a proposé une sous-catégorie, l'usage à risque, en soulignant combien il est important de compléter la question « trop c'est combien ? » par « trop c'est quand ? » et « trop c'est comment ? » (Reynaud et al., 2000)².

Les usages à risques correspondent à cette consommation qui dans certaines circonstances ou situations est susceptible d'entraîner des dommages. Ces usages à risque sont

¹ « DSM-IV. « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », 4ème éd. Trad. Paris, Masson, 1996.

CIM-10. « Classification internationale des maladies », 10ème éd. Paris, Masson, 1993.

² REYNAUD M, PARQUET JP, LAGRUE G. « Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives ». Paris, Odile Jacob, 2000.

particulièrement pertinents à la période de l'adolescence, période de grande transformation où l'exploration et la mise en danger sont souvent à leur apogée. Nous les détaillerons donc lorsque nous aborderons cette partie tout en rappelant dès à présent que ce sont ces usages à risque qui font le lit de l'abus et de la dépendance.

4.2. Abus d'une substance :

La caractéristique essentielle de l'Abus d'une substance est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance mis en évidence par des conséquences indésirables, récurrentes et significatives, liées à cette utilisation répétée. Pour que le critère d'Abus soit rempli, le problème lié à la substance doit être survenu de façon répétée au cours d'une période de 12 mois consécutifs ou persister au moment de l'évaluation.

- **Les Critères de l'abus d'une substance selon le DSM-IV :**

- 1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)
- 2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)
- 3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (arrestations pour comportement anormal en rapport avec l' utilisation de la substance)
- 4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

La définition donne par l'Organisation Mondiale de la Santé et retrouvée dans le CIM-10 (1993). Elle correspond à un mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé et dont les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic repose sur des preuves manifestes : l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et à des conséquences sociales négatives. Cependant, la désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent pas à faire le diagnostic. Par ailleurs, on ne doit pas faire ce

diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives.

4.3. La Dépendance :

État où l'utilisateur de drogue continue de consommer même si l'usage entraîne des problèmes qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial, ou social. La dépendance est un phénomène complexe qui peut avoir des composantes génétiques. La dépendance psychologique renvoie aux effets psychiques caractérisés par le désir insistant et persistant de consommer la drogue. La dépendance physique renvoie aux mécanismes d'adaptation de l'organisme à la consommation prolongée et peut s'accompagner d'une tolérance acquise.

4.3.1. Critères de dépendance à une substance selon DSM-IV

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

(1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- 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.

(2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes:

- syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique)
- la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

(3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

(4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

(5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur (de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets

(6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

(7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Spécifier si :

Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c.-à-d. des items 1 ou 2)

Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c.-à-d. tant de l'item 1 que de l'item 2)

4.3.2. Les critères de Goodman de la dépendance.

(Goodman, 1990) a proposé une définition permettant de délimiter ce champ vaste des addictions. Cette définition publiée dans une grande revue médicale, « the British Journal of Addiction », a largement été acceptée par la communauté scientifique. Elle n'est cependant pas officiellement reconnue, la catégorie des addictions au sens large n'ayant toujours pas intégré les manuels internationaux de classification des maladies.

Les critères nécessaires pour établir le diagnostic de trouble addictif, d'après Goodman, sont les suivants :

- A. Impossibilité de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.
- B. Sensation croissante de tension augmentant avant de débiter le comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf items suivants :
 - 1. Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.
 - 4. Importante perte de temps passée à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.
 - 5. Survenue fréquente du comportement lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - 6. D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont sacrifiées ou réduites en raison du comportement.

7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques, physiques ou financiers persistants ou récurrents déterminés par celui-ci.
8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F. Certains symptômes ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

5. La dépendance au cannabis :

Dans le DSM-IV, la dépendance au cannabis est décrite comme un usage compulsif ne s'accompagnant par , en général, d'une dépendance physiologique . toutefois, une tolérance a été rapportée chez des consommateurs chronique. Un syndrome de sevrage est décrit par certaines études. L'arrêt brutale d'une consommation chronique de cannabis induit des signe de sevrage. Ils surviennent environ de 12 à 24 heures après la dernière prise pour s'intensifier pendant un au deux jours avant de disparaître spontanée. ces signes caractérisent par de l'anxiété, de l'irritabilité de l'agitation, des insomnies de l'anorexie et une altération transitoire de l'état général.

6. Conséquences clinique de l'usage de cannabis

Dans le cadre d'un usage fréquent et prolongé, on peut constater :

- Des effets sur la mémoire. Un usage régulier de cannabis, même sur une courte période, induit des perturbations de la mémoire immédiate, troubles pouvant persister après quelques semaines d'abstinence.
- Les crises d'angoisse (attaque de panique). L'intoxication au cannabis semble pouvoir induire des attaques de panique chez des sujets présentant des contextes d'anxiété chronique.
- Un syndrome « amotivationnel ». celui-ci se manifeste par un repli sur soi, un désintérêt généralisé qui entraîne un désinvestissement des activités quotidiennes. Il se caractérise également par un déficit intellectuel et un émoussement affectif.
- Un syndrome confusionnel aigu, parfois appelé psychose cannabique avec des altérations sensorielles, troubles de la mémoire des faits récents et des délirantes...

La psychose cannabique peut se décliner sur trois formes : le syndrome confusionnel, aigu avec idées délirantes, altérations sensorielles, labilité émotionnelle ; de syndrome schizophréniforme avec idées de persécution, vécu paranoïaque ; le trouble psychotique chronique, variables en terme d'intensité. Le cannabis peut être le facteur déclenchant une organisation de la personnalité de type psychotique.

Au niveau somatique, quelques troubles sont à relever. Ils concernent plus particulièrement la sphère digestive.

Le cannabis pourrait avoir un effet sur la spermatogenèse, ainsi qu'un pouvoir cancérogène lié à la fumer des cigarettes de cannabis

7. Les Troubles induits par une substance :

7.1. Trouble de l'humeur induit par une substance :

La caractéristique essentielle du Trouble de l'humeur induit par une substance est une perturbation thymique marquée et persistante, considérée comme la conséquence directe des effets physiologiques d'une substance. En fonction de la nature de la substance et du contexte dans lequel surviennent les symptômes (p. ex., au cours de l'intoxication ou du sevrage) la perturbation peut comprendre soit une humeur dépressive ou une diminution marquée des intérêts ou (ou plaisir soit une humeur élevée, expansive ou irritable.

- **Les critères diagnostiques du Trouble de l'humeur induit par une substance selon DSM-IV**

A. Une perturbation thymique au premier plan et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par l'un des deux (ou les deux) critères suivants :

(1) humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités

(2) élévation de l'humeur, ou humeur expansive ou irritable

B. Les antécédents, l'examen physique ou les résultats des examens complémentaires montrent clairement que soit (1), soit (2) :

(1) les symptômes du Critère A se sont développés pendant ou dans le mois ayant suivi une Intoxication par une substance ou un Sevrage

(2) la perturbation est étiologiquement liée à la prise d'un médicament

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'humeur non induit par une substance. Les éléments suivants sont à prendre en compte pour montrer que les

symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Trouble de l'humeur non induit par une substance : la survenue des symptômes a précédé le début de la prise de la substance (ou de médicaments) ; les symptômes ont persisté pendant une période de temps conséquente (p. ex., environ un mois) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication grave, ou ils sont disproportionnés par rapport à ce qui peut être attendu étant donné le type et la quantité de substance prise ou la durée de consommation ; ou bien encore, d'autres signes évoquent l'existence indépendante d'un Trouble de l'humeur non induit par une substance (p. ex., antécédents d'Épisodes dépressifs majeurs récurrents).

D. La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un delirium.

E. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

7.2. Trouble anxieux induit par une substance

Un Trouble anxieux induit par une substance se distingue d'un Trouble anxieux primaire lorsque sont pris en compte le début, l'évolution et d'autres facteurs. Pour les substances donnant lieu à abus, il doit exister des éléments dans les antécédents, l'examen physique ou les résultats des examens complémentaires en faveur d'une Dépendance, d'un Abus, d'une intoxication ou d'un sevrage.

- **Les critères diagnostiques du Trouble anxieux induit par une substance selon DSM-IV**

A. Anxiété, Attaques de panique ou obsessions ou compulsions sont au premier plan du tableau clinique.

B. Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires de l'un ou l'autre des éléments suivants :

(1) les symptômes du Critère A se sont développés durant, ou moins d'un mois après, une Intoxication ou un Sevrage à une substance.

(2) l'utilisation d'un médicament est étiologiquement liée à la perturbation.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble anxieux non induit par une substance. Des arguments en faveur du fait que les symptômes sont attribués à un Trouble anxieux non induit par une substance peuvent inclure les points suivants : les symptômes précèdent le début de l'utilisation de la substance (ou du médicament) ; les symptômes persistent durant une période substantielle de temps (p. ex., environ un mois) après l'arrêt d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère ou sont de manière substantielle en excès par rapport à ce qui pourrait être attendu compte tenu du type ou de la quantité de la substance utilisée ou de la durée de son usage ; ou bien il existe d'autres arguments suggérant l'existence

d'un Trouble anxieux indépendant non-induit par une substance (p. ex., des antécédents d'épisodes récurrents non associés à une substance).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un delirium.

E. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

8. Les facteurs de risque et de protection

8.1. Les facteurs de risque :

Les facteurs de risque sont des éléments qui augmentent les probabilités de vivre un problème
Nous décrivons ici les principaux facteurs de risque environnementaux.

8.1.1. Les facteurs familiaux :

Aucun facteur familial pris isolément ne peut être considéré comme un élément de causalité linéaire. Cependant, la famille semble jouer un rôle important dans le déterminisme ou la prévention de l'usage de la drogue. On retrouve régulièrement et par ordre de gravité croissante : des conflits familiaux ou une tension relationnelle majeure, des habitudes de consommation abusive ou excessive chez les parents, des antécédents de deuils familiaux non résolus, une cécité des membres de la famille envers des comportements chez le jeune qui devraient susciter l'inquiétude ou, à l'inverse, une sollicitation anxieuse exacerbée chez l'un des parents (Chabrol, 1995)¹.

« le cadre paternel est un véritable rempart sur lequel l'adolescent va pouvoir s'appuyer. L'absence ou le dysfonctionnement de celui-ci sera une source d'angoisse majeure menant directement à la consommation de produits apaisants »(JEAMMET P2008)²

8.1.2. Les facteurs culturels et sociaux :

Les facteurs culturels influent sur les attentes des individus envers les produits, les modes de consommation, l'expression des conduites addictives, leur pérennisation et les réactions sociales vis-à-vis de ces conduites. On sait, par exemple, que plus les facteurs d'exposition sont élevés (ce qui est le cas de l'alcool en France), moins il est nécessaire d'avoir une forte vulnérabilité (ce qui explique, par exemple, les « alcoolismes d'entraînement

¹ CHABROL H. « *Les toxicomanies de l'adolescent* ». Paris, PUF, Collection «Que sais-je ? », 1995.

² JEAMMET P. « *Pour nos ados, soyons adultes* ». Odile Jacob, France 2008.

»). À l'inverse, lorsque l'exposition est faible (pour l'héroïne), on retrouvera d'importants facteurs de vulnérabilité (Reynaud, 2006)¹.

La perte des repères sociaux que sont la précarité, le chômage, certains quartiers défavorisés ainsi que tous les processus conduisant à l'exclusion ou à la marginalisation du jeune ont un effet favorisant et incitatif sur la consommation addictive de produits. Le plus important reste de loin l'échec ou la rupture de la scolarité...

La tendance précoce à la consommation de tabac et d'alcool peut aussi servir d'indicateur pour une éventuelle consommation abusive, tout comme la prise de substances illicites de plus en plus nocives.

Certains événements de vie tels que la mort d'un ami ou d'un membre de la famille, la maladie, des déménagements fréquents et le divorce des parents sont fortement liés au processus des conduites addictives.

8.1.3. Les facteurs démographiques

L'usage de substance psychoactive est connoté dans certaines régions géographique est connoté comme habituel.

Les populations immigrées et les minorités ethnique trouvent souvent refuge dans la drogue.

Des recherches sur le roles de l'acculturation entre parents et enfants mettent en évidence un rapport :entre la première génération d'immigrés et leurs descendants. Ces classique en France, ou l'on retrouve les memes données au sein de la population maghrébine. L'angoise, la dépression, le sentiment d'eloignemnt, la mésestime de soi, mais surtout la perté de repères culturels expliquent ces phénomènes. La place du père, autorité et image de la loi,est complètement dévalorisée.(Dan véléa 2005)²

8.1.4. Les facteurs de risque individuels

Au plan individuel, les facteurs associés à la consommation de la drogue sont les suivants: les problèmes de comportement (l'agressivité, l'anti socialité, l'opposition et l'hyperactivité), les déficiences au plan des habiletés sociales et de résolution de problèmes, une faible estime de soi, des aspirations scolaires peu élevées ainsi que la présence de

¹ REYNAUD M. « *Quelques éléments pour une approche commune des addictions*. In : M Reynaud. *Traité d'Addictologie* ». Paris, Flammarion, 2006 .

² DAN véléa « *toxicomanie et conduit addictives* » Ed Heures de France, paris 2005.

sentiments dépressifs. La tendance précoce à la consommation de tabac et d'alcool peut aussi servir d'indicateur pour une éventuelle consommation abusive, tout comme la prise de substances illicites de plus en plus nocives (Vitam, F,et al)¹

8.2. Les facteurs de protection :

8.2.1. Les facteurs de protection individuels

À l'inverse, il faut noter que les facteurs de protection que nous allons être amenés à décrire sont également des facteurs de bon pronostic lorsqu'on les retrouve chez les consommateurs de la drogue, que celui-ci soit un usager simple ou présente un usage nocif ou une dépendance.

Chaque individu possède des facteurs de protection qui lui sont propres. La quantité et la qualité de ces facteurs dépendent des aspects individuels, familiaux, scolaires et sociaux en place.

- **Estime de soi**

La perception de soi est la vue d'ensemble des habiletés, des caractéristiques et des qualités présentes ou absentes chez une personne.

L'estime de soi élevée est l'un des facteurs de protection personnels de la consommation problématique des drogues.(Vitam, F et al)

- **Le coping :**

La notion du coping réfère aux moyens utilisés par un individu pour tolérer, éviter ou minimiser l'effet du stress sur son bien-être physique et psychologique.

De façon plus concrète, le choix d'une stratégie de coping face à une situation stressante dépend de l'évaluation primaire et secondaire de l'individu vis-à-vis la situation. L'évaluation est primaire lorsque la personne évalue les enjeux de la situation et secondaire lors de l'examen des options et des ressources de coping disponibles (personnelles et environnementales). Les ressources de coping sont définies comme les caractéristiques individuelles généralement stables qui influencent la façon dont un individu réagit face à une situation donnée. Les tendances habituelles développées par l'individu pour gérer le stress concernent les styles de coping, alors que les stratégies sont les cognitions et les comportements utilisés dans une situation spécifique. (Lazarus & Folkman, 1984).

¹ VITAM, F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay, RE., & ZoccoUllo, M. « *L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes: prévalence, facteurs de prédiction et dépistage* ». L'usage des drogues et toxicomanie (volume 3). Montréal: Gaëtan Morin. (2000).

Selon les travaux de Lazarus et Folkman (1984)¹ catégorisent le coping en stratégies. Pour eux, les stratégies de coping doivent être perçues en fonction de leur efficacité, selon qu'elles favorisent ou nuisent à l'adaptation de la personne. Le coping est efficace lorsqu'il y a résolution du conflit, diminution des réactions physiologiques et de la détresse psychologique, un retour au bien-être personnel et à un fonctionnement normal. L'individu peut opter pour un style de coping centré sur le problème ou centré sur les émotions. Lorsque la stratégie de coping de l'addicte est centré sur le problème, il décide d'agir directement sur la source de stress afin de la diminuer ou l'éliminer. La demande d'aide et la réévaluation positive de la situation constituent les moyens les plus souvent envisagés. Lorsque les stratégies sont centrées sur les émotions, la personne tente de réduire l'anxiété reliée à la situation problématique sans agir directement sur la source du problème (évitement, négation, dédramatisation, etc.).

Des études ont montré que les sujets qui présentent des problèmes psychosociaux comme la consommation problématique de drogues utilisent davantage des stratégies de coping centrées sur les émotions comparativement aux autres adolescents. Ils ont tendance à contourner le problème. 93% des adolescents qui consomment des produits psychotropes de façon abusive utilisent les stratégies de coping d'évitement. Par ailleurs, Johnson et Pandina ont observé des associations entre le niveau de stress élevé, les stratégies de coping inefficaces et la consommation problématique d'alcool et autres drogues chez les adolescents.

8.2.2. Les facteurs de protection environnementaux

- **Les facteurs familiaux :**

La famille joue un rôle important au niveau de la consommation de la drogue. Elle représente le premier modèle de relations sociales. Le style parental peut être un facteur de protection très influent.

- **Affiliation aux groupes :**

L'affiliation à un groupe de pairs est un autre aspect important. Le statut et les habitudes de vie partagées au sein du groupe d'appartenance ont une grande influence sur la consommation. (Champagne, 2000)² conclut que l'affiliation à des pairs non-déviant fait partie de la liste des facteurs de protection régulant les habitudes de la consommation de substances illicites.

¹ LAZARUS et FOLKMAN, 1984.op. cit

² Champagne, G. « *La résilience chez les enfants: stratégies d'adaptation réussies ou phénomène d'internalisation mal mesuré?* » Mémoire de maîtrise. Trois-Rivières: Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières. (2000).

Efficacité personnelle

Capacité à surmonter les difficultés

Tableau 01- facteurs de risque et de protection face à la drogue :

Facteurs de risque	Facteurs de protection
<p>Environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des drogues • Pauvreté • Changements sociaux • Influence de la culture des pairs • Profession • Politiques concernant les drogues, le tabac et l'alcool 	<p>Environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situation économique • Maîtrise des situations • Soutien social • Intégration sociale • Événements positifs de la vie
<p>Individuels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prédisposition génétique • Maltraitance pendant l'enfance • Structure familiale perturbée et personnalité dépendante • Mauvais résultats scolaires • Exclusion sociale • Dépression et comportement suicidaire 	<p>Individuels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité à surmonter les difficultés • Efficacité personnelle • Perception des risques • Optimismes • Comportement favorables à la santé • Capacité à résister à la pression sociale

9. Les principales approches psychopathologiques des addictions :

9.1.L'approche systémique

L'approche systémique s'est surtout intéressée aux rapports entre l'addiction et l'environnement du sujet, notamment sa famille. Le sujet appelé « patient désigné » présente par son addiction le symptôme familial. Violence des interactions, cécité familiale, déni, séparations impossibles, relations privilégiées entre le sujet présentant une addiction et une personne de son entourage, relations quasi-incestuelles, mythe familiaux, transgressions des règles par les parents, contradictions avec les systèmes de valeur des parents, généalogie de la dépendance, rupture culturelles, pathologies du deuil. Caractérisant les familles du sujet présentant une addiction.(VARESCON, I .2005)

9.2.L'approche cognitivo- comportementaliste

La théorie du conditionnement classique de Pavlov, celle du conditionnement opérant de Skinner et la théorie de l'apprentissage social de Bandura s'appliquent aux différentes conduites addictives. Les thérapies comportementales ont été développées pour agir sur ces apprentissage en prenant en compte, à partir des années 1970, les processus cognitifs. Des lors, l'analyse du trouble addictif s'est fait en associant les dimensions cognitives, comportementales et émotionnelles ainsi que l'environnement de l'individu. Concernant l'aspect cognitif, les apports de Beck sont largement reconnus. En effet, suite à ces travaux sur la dépression, Beck a adapté son approche thérapeutique aux troubles cognitifs. L' auteur postule que l'existence de cognitions dysfonctionnelles participent au maintien des addictions et aux rechutes. Marlatt et Gordon ont proposé un modèle de prévention basé sur la restructuration cognitive du sujet.

Les pensées dysfonctionnelles sont le plus souvent mêlées aux facteurs de fragilisation personnelle comme l'anxiété, les difficultés interpersonnelles, les difficultés de communication, la dépression, une faible estime de soi, l'impulsivité et une image de soi négative. La lecture comportementale de la conduite addictive doit aussi passer par la compréhension de l'addiction en tant que processus de répétition. Celui-ci amène le patient par le cycle compulsif à une dépendance, ayant à court terme une réassurance créée par un mouvement de répétition, véritable forme d'existence par la présence du symptôme et parallèlement auto-thérapeutique (POUDAT ,1997)¹

¹ POUDAT, F. « *Approche cognitivo- comportementale des addictions* ». In Venisse J-L.,Bailly, D. « *addiction : quel soins* ». Paris, masson, 1987.

Enfin, cette approche prend en considération les éléments de l'histoire du sujet qui peuvent être considérés comme déclencheurs.

a) Le modèle du renversement psychologique de M.J.Apter(1989,1993)

Il postule l'existence de paires d'états psychologique opposés entre les quels des renversements s'opèrent tout au long de la journée, chez un même individu.

Chez les sujets présentant une addiction, il y aurait une paires d'états

plus particulièrement implique : l'état de recherche d'activation, opposé à l'état d'évitement d'activation certains individu ont tendance, pour des raisons qui tiennent à des contextes psychologique et d'énervement particuliers à rester confiner sur la recherche d'activation. Incapable de passer de l'état d'évitement d'activation sans éprouve une anxiété insurmontable ou incapable de se détendre dans des contextes de moindre stimulation sans ressentir un ennui moral, de tels individu recherchent constamment de hauts niveaux d'activation par la prise de produits psychotropes.

b) Le modèle de gestion hédonique de Brown .I.(1997)

Brown a prolongé la théorie du renversement psychologique d'Apter en prenant comme modèle le jeu pathologique et le phénomène des tueurs en série. Dans son modèle de gestion hédonique, les addictions représentent une stratégie de gestion des niveaux plaisir ou déplaisir. Brown considère les addictions comme des phénomènes motivationnels, liés à des attentes, à des valeurs elles mêmes déterminées par un apprentissage social de nature congitive. L'individu gère sa tonalité hédonique en jouant sur ses états d'activation et sur ses états psychologiques, gestion apprise durant l'enfance.

9.3.L'approche psychosociale

• Le modèle développé par S.Peele (1985)

Il a pris en considération différents facteurs : biologiques, de personnalité ainsi que le contexte environnemental, social, culturel et politique. C'est en fait une théorie intégrative de l'addiction que Peele a développée.

Selon lui, la dépendance n'est pas seulement liée à la composition chimique de la substance, mais aussi à l'expérience que le sujet en fait. De tâche, échec qui met en doute la capacité de réussir et se traduit par un sentiment d'incompétence personnelle et sujet a de lui-même. c'est l'effet analgésique qui sert de renforcement au comportement addictif. Il a accorde une place importante à l'environnement et aux réactions des individus qui, face à un même contexte varient considérablement.

9.4.L'approche psychanalytique :

Dans cette approche on trouve des apports des principaux auteurs contemporains qui ont largement contribué à l'étude des sujets présentant une addiction.

- **L'apport de Bergeret.J.**

Bergeret affirme que la clinique des conduites addictives nous ramène toujours à des carences narcissiques sérieuses et précoces et entraînant des vécus dépressifs contre lesquels il s'agit de lutter à la fois par le comportement et par le corps.

En générale on constate chez le sujet présentant une addiction une carence des identifications, une carence du fonctionnement imaginaire, un besoin de protection, une impétuosité des demandes affectives, essentiellement narcissique, créant un besoin de satisfaction immédiate. Toute frustration entraîne aussitôt un sentiment de manque et une angoisse qui renforcent la violence comportementale et physique manifestée à l'égard de l'autre, comme à l'égard de soi-même. Chez le sujet présentant une addiction, quel que soit le type d'addiction, la problématique dépressive se profile toujours, mais repose sur des modèles structurels différents (Bergeret, 1991)

- **L'apport de Jeammet, PH.**

Les recherches de Jeammet résident dans la relation qu'il établit entre les troubles de la séparation et la recherche paradoxale d'une dépendance à un objet externe, entre l'impossibilité d'une relation à l'objet libidinal et la tentative de maîtrise d'un objet externe. Ses conceptions se fondent sur une analyse du développement et des différents moments où le sujet peut se constituer comme indépendant.

Il en vient à s'interroger sur les premières relations mère-enfant, pour étudier les assises narcissiques en lien avec le narcissisme primaire et l'autoérotisme. La défaillance de ces assises narcissiques implique que l'investissement de l'objet, son introjection, représentent une menace pour le narcissisme. La solution addictive apparaîtrait comme une sorte de compromis pour résoudre le conflit entre l'axe objectal et l'axe narcissique et entre la pulsion et le narcissisme.

10.La désintoxication

La désintoxication consiste à un arrêt de la consommation pour permettre à une personne de retrouver son équilibre psychique et à la suite d'une intoxication aiguë ou chronique à un médicament ou aux drogues. Le degré de risque associé à cet arrêt est lié à

l'état de santé physique et psychique d'un individu, à la nature de la substance consommée, au mode de consommation utilisé ainsi qu'à la conduite sociale de cet individu.

Donc il y'a des variables dans le processus de désintoxication qui varie d'une personne à une autre.

Par ailleurs, les traitements doivent être individualisés selon les besoins spécifiques des patients et ajustés de façon appropriée selon la réponse au traitement, puisque le sevrage sera différent selon la capacité biologique de chacun. Ils existent trois buts à la désintoxication.

Le premier consiste à avoir un sevrage sécuritaire qui évite la complication en traitant les conditions médicales psychiatriques associées en contrôlant l'accès aux médicaments.

Le deuxième but permettrait un sevrage compatissant qui vise à limiter le malaise physique et psychique lié au syndrome de manque.

Le troisième but, est de profiter de cette fenêtre d'opportunité pour réparer les clients à la réadaptation.

La désintoxication peut constituer une phase préliminaire à la réadaptation bien que parfois elle peut s'effectuer sans être suivi par un traitement des dépendances

11.La prévention

La prévention des drogues rassemble de nombreux acteurs, y compris du secteur associatif. Généralement, des programmes départementaux, en concertation avec les services de l'Etat, les collectivités locales et les associations, sont définis. Dans les établissements publics locaux d'enseignement, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté jouent un rôle de coordination des politiques de prévention de dépendances.

Comme on le sait, les consommations de substances psycho-actives débutent à l'adolescence. La prévention à l'égard des jeunes constitue donc une priorité. Les mesures de prévention sont difficiles à exposer (encore plus difficiles à évaluer) car elles sont nombreuses ; elles peuvent prendre des formes variées et être menées dans des lieux très différents. Nous nous retiendrons que quelques exemples.

Auparavant, rappelons que l'on distingue généralement :

- La prévention préliminaire, qui vise à empêcher qu'un trouble, un processus ou un problème ne se produise.

- La prévention secondaire, destinée à reconnaître et, une fois qu'il est reconnu, à supprimer ou à modifier, dans un sens positif et le plus rapidement possible, un trouble, un processus ou un problème.
- La prévention tertiaire, qui a pour but d'enrayer ou de retarder la progression d'un trouble, d'un processus ou d'un problème et des séquelles alors que persiste la situation qu'il a suscitée.

De façon plus large, la prévention désigne l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective au sens d'assurer l'intégrité physique et mentale et de développer les capacités vitales de chaque individu, de réduire les menaces qui font peser sur les individus et les groupes, leurs environnement physique, psychologique et social . Prenons l'exemple de l'action de prévention appelée les élèves acteurs de prévention (Ballion R,2000)¹. Cette action expérimentale a été mise en place dans le cadre du plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie 1997-1999.

Les trois objectifs visés étaient de valider le concept de prévention par les pairs, de mieux comprendre la problématique de l'adolescent consommateur de produits toxiques, d'élaborer des outils pour les élèves et les utiliser auprès de leurs camarades. La méthode d'action a vu la mise en place d'un groupe de pilotage et de suivi, d'un appel d'offre pour constituer le groupe expérimental d'établissement et la tenue de trois stages nationaux concernant les équipes d'établissements et d'un stage consacré aux élèves. Les conclusions notent l'intérêt et l'engagement très positif de la part des élèves qui ont apprécié de rendre utile, de jouer un rôle social actif, et pour certains de trouver la solution à leurs propres problèmes. En ce qui concerne l'engagement des adultes au sein des établissements, il paraît directement proportionnel à celui du chef d'établissement. Le succès de telles opérations repose surtout sur l'existence dans l'établissement d'une politique et d'une équipe éducative. Dans le cadre du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000, un des objectifs en matière de prévention est de privilégier une approche de prévention fondée sur les comportements, plus que sur les produits, en distinguant l'usage nocif et la dépendance . Les orientations proposées étaient les suivantes : définir un programme national de prévention, élaborer un programme départemental de prévention en milieu scolaire et hors temps scolaire, professionnaliser les acteurs de prévention, généraliser les « comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté » (CESG) dans les établissements

¹ Ballion,R. « *les élèves acteurs de prévention. Convention d'études avec le ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie* ». Paris EHESS /CNRS.2000.

scolaires, conduire des actions de prévention, mettre en place dans les lieux festifs une véritable politique réduction et leurs parents (Cf. pour revue : la prévention en milieu scolaire.

12. Les modalités de soin et d'aide

12.1. Les psychothérapies :

12.1.1. Les thérapies cognitivo-comportementaliste

Prenant en considération à la fois le comportement et les cognitions, les paradigmes de changement vont reposer sur la technique de restriction cognitive associée à celle de l'entraînement aux habilités sociales qui ont des effets thérapeutiques durables.

L'objectif de la prise en charge est doublé dans un premier temps, il s'agit de faire prendre conscience au sujet des mécanismes en jeux dans le comportement addictif. Dans un second temps, le comportement addictif devra être remplacé par un comportement adapté et accepté par le sujet en lui donnant des moyens de faire face par lui-même aux situations stressantes.

Pour obtenir ces objectifs, les principaux aspects de la prise en charge vont se centré sur :

- L'information à délivrer au sujet concernant les substances consommées et leurs effets sur l'organisme ainsi que les modifications physiologiques qui vont se produire au moment de l'arrêt de la consommation.
- L'identification des stimuli qui vont conduire à la prise de substances :

Lieux, contexte, rencontre avec d'autres consommateurs

- La dissonance cognitive et les contradictions entre les croyances erronées, déformées, et le comportement des sujets.
- La restauration de l'estime de soi positive.
- La façon d'aider le sujet à trouver des moyens pour lutter contre l'anxiété, le stress, les affectes négatives.
- Le renforcement de lieu de contrôle interne.

12.1.2. La cure analytique ou psychothérapie d'inspiration psychanalytique

La prise en charge des addictes, est une entreprise périlleuse et certains professionnels refusent de s'engager dans un travail thérapeutique avec ces patients. C'est dans ce sens, que Bergeret (1989) n'hésite pas à écrire « il s'est avéré tout-à-fait regrettable que nombreux de psychanalystes se soient réfugiés, dans le confort de leurs cabinets et aient évité de s'aventurer auprès des addictes de peur d'être mis en échec et de recevoir de mauvais coups au niveau de leur narcissisme ».

D'autres, s'attachent d'avantage à la conduite de traitement. Charles-Nicoles (1988) propose de prendre en compte l'histoire du sujet, le fait de favoriser ses émotions, ses sentiments, ses affects et la restauration de l'estime de soi. L'auteur prévoit deux étapes au traitement :

La psychothérapie de soutien et la psychothérapie psychanalytique. La première visera à renforcer les défenses de la personnalité et à réduire l'anxiété, le thérapeute représentant d'abord la drogue, puis le moi auxiliaire du patient.

La question de l'alliance thérapeutique a été posée par Jeammet, concernant plus particulièrement les adolescents consommateurs de substance. Jeammet (1983) expose avec pertinence ce que tout thérapeute doit-savoir lorsque il s'engage dans la prise en charge des adolescents dépendants « les adolescents sont exemplaires des difficultés de l'approche psychothérapeutique et de la remarquable et dangereuse ambiguïté de la notion de demande à cet-âge. En effet, attendre qu'il manifeste d'eux même, une demande n'est pas nécessairement leur laisser exercer leur liberté de choix, ceux qui peuvent formuler une demande ne sont pas ceux qui sont le plus en difficulté. Pour les autres, reconnaître cette demande serait en effet, admettre, une dépendance à l'égard de l'objet que tout leur comportement ajustement pour lutte de nier ».

De ce fait, pour que la prise en charge ait le plus de chance de réussir, il faut chercher une alliance thérapeutique avec le consommateur.¹

12.1.3. La thérapie systémique

Elles sont basées essentiellement sur les interactions familiales sur le système de communication interpersonnelle. La participation de tous ces membres de la famille est généralement demandée.

Le postulat de la thérapie familiale se forme de la façon suivante : « les membres de la constellation familiale sont solidairement impliqués dans la conduite toxicomaniaque du patient désigné et doivent être solidairement mobiliser pour que cette conduite cesse, pour que la situation change » Pierre Angel

Les thérapies systémiques ont été impliquées dans le champ de la toxicomanie qu'à partir des années 1970 et ont connu des oppositions très vives en raison de leur nouveauté et l'innovation qu'elles introduisaient au sein de pratiques classées. A présent, leur efficacité n'est plus à démontrer. (Angel S, Angel P, 2002)².

¹ VARESCON Isabelle. « *psychopathologie des conduite addictives* ». paris, Ed belin, 2005.

² ANGEL. S, ANGEL. P, « *les toxicomanes et leur familles* ».paris, armond colin,2002

Dans les familles où un ou plusieurs des membres présentaient une toxicomanie, des caractéristiques ont été relevées par les thérapeutes comme la cécité des parents face à la conduite de leurs enfants, les deuils non résolus, les sollicitations anxieuses, les liens incestuels,...etc.

La référence au système de communication permet de faire en évidence les dysfonctionnements relationnels.

12.2. Le traitement médicamenteux de la dépendance au cannabis :

C'est essentiellement depuis le début des années 2000 que la médecine recherche des stratégies de prise en charge médicamenteux spécifiquement adaptées aux usagers abusant du cannabis ou dépendants de cette drogue. Il est rapidement apparu que les patients répondeurs aux divers types de traitement testés restent peu nombreux et que la dépendance au cannabis ne pouvait être circonscrite par une stratégie unique.

Les buts d'un traitement par médicament peuvent être différents : faciliter la période du sevrage, faciliter l'abstinence ultérieure et prévenir les rechutes.

- Dans la phase de sevrage : il n'existe pas de médicament ayant une indication validée dans le sevrage chez le patient dépendant du cannabis, mais des pistes de recherche sont explorées à la faveur des acquis de la neurobiologie dans ce domaine. Pour s'en tenir à quelques exemples
 - le bupropion (300mg/j, Zyban , un antidépresseur indiqué en France dans le sevrage tabagique)
 - La néfazodone(un antidépresseur commercialisé aux Etats-unis)
 - La mirtazapine (Norset, aussi est t'un antidépresseur)
 - Le TCH de synthèse (marinol)
 - La buspirone (un anxiolytique, Buspar)

Ont pu améliorer les signes de manque (irritabilité, agressivité, trouble de l'humeur, douleurs musculaires) et faciliter l'abandon de la drogue.

- Maintien de l'abstinence : peu d'études concernent ce type de traitement. Des résultats préliminaires montrent qu'une association entre un agoniste alpha2-central, la lofexidine, et du TCH de synthèse permettait de maintenir à terme une abstinence.

Mais il s'agit d'une manière de traitement de substitution. d'autres pistes sont explorées, telle une inhibition de la FAAH(l'enzyme catalysant la dégradation de l'anandamide) qui

permettrait d'augmenter les taux d'endocannabinoïdes dans le cerveau et de supprimer ainsi le besoin de consommer la drogue. (RICHARD Denis 2009)¹

13. La consommation de cannabis chez les étudiants.

13.1. Les caractéristiques de la vie étudiante

- Etant donné l'âge moyen des étudiants (18 ans à 26 ans), ce moment des études correspond à un moment particulier de leur cycle de vie comme nous l'avons vu. A la différence du statut de lycéen, être étudiant c'est aussi vivre le passage progressif vers une vie adulte « autonome ». On peut donc distinguer ceux qui ne souhaitent pas être autonomes et retardent cette situation pour pouvoir se consacrer entièrement à leurs études et ceux qui évoluent plus rapidement vers l'indépendance. On voit donc bien que l'un des problèmes qui affectent chaque étudiant, à un moment ou à un autre, c'est l'opposition entre une certaine autonomie morale et financière vis-à-vis des parents, et, d'autre part, la nécessaire dépendance que supposent les études.
- Les étudiants vivent fréquemment des situations de transition : entre le domicile des parents et un logement indépendant, entre l'autonomie financière et la dépendance économique à l'égard de la famille, entre les études et le travail. La diversification des publics accédant à l'université a d'ailleurs probablement contribué à accentuer cette caractéristique. Aux enfants de la bourgeoisie qui poursuivaient des études supérieures tout en restant sous l'étroite dépendance de la famille, a succédé un type d'étudiant qui entretient des rapports plus ambigus avec l'univers familial : toujours et peut-être même de plus en plus aidé par les parents, mais s'étant affranchi du contrôle familial sur sa vie quotidienne.
- Chez les étudiants, les examens ne constituent pas l'unique source de stress. En arrivant à l'université, ils deviennent relativement autonomes par rapport à leur famille, ce à quoi ils ne sont pas forcément préparés. En effet, pour beaucoup, le passage dans l'enseignement supérieur s'accompagne d'un déménagement, non seulement hors du foyer familial, mais souvent dans une autre ville. Ils quittent de ce fait leurs anciens amis, la rupture affective et le sentiment d'isolement qui en résultent pouvant être douloureux, un nouveau réseau relationnel restant à construire. Le nouvel étudiant devra se familiariser avec le milieu universitaire qui peut lui apparaître

¹ RICHARD Denis, « *le cannabis et sa consommation* » armand colin, 2009

comme hostile, notamment au début. Passer d'une classe de quarante élèves que l'on connaît depuis longtemps à des amphithéâtres de 600 étudiants est certainement éprouvant. De plus, le fait que les aides financières consenties par les parents et les aides boursières soient insuffisantes, sont des difficultés supplémentaires lors de cette transition. Ainsi, un certain nombre d'étudiants sont dans l'obligation de travailler pendant leurs études ; ils devront concilier les cours et un travail rémunéré, ce qui n'augure pas d'une vie étudiante des plus sereines. (BOULUT Emilie)¹

13.2. Les facteurs de consommations

Il est important de comprendre les liens existant entre les consommations de cannabis à l'adolescence et la maturation psychologique propre à cet âge. La question reste posée : pourquoi certains adolescents sont-ils attirés vers ce produit et d'autres non ? Globalement, on pourrait répondre que les effets du cannabis sont souvent recherchés pour réguler les turbulences émotionnelles caractéristiques de l'adolescence. En effet, l'adolescent, contraint de faire face aux transformations de son corps et de son esprit redoute souvent ce qu'il ressent et pense que ce qui lui arrive provient de son environnement. Sa vie intérieure déborde de fantasmes nouveaux, d'émotions et de sensations tumultueuses qui nécessitent une élaboration psychique conséquente. La difficulté avec le cannabis est bien de faire prendre conscience aux consommateurs de ce qu'est l'usage nocif qui se traduit souvent par des complications psychologiques et sociales. Pour évaluer les risques, il convient de tenir compte des modalités de consommation mais aussi de l'existence de facteurs de risques individuels et sociaux.

13.2.1 Les facteurs individuels et les facteurs liés à l'environnement interpersonnel.

- facteurs physiologiques (biochimiques, génétiques)
- attitude et comportement des parents par rapport à l'usage de drogues;
- pratiques d'éducation inconsistantes des parents;
- conflits familiaux;
- peu d'attachement parental;
- problèmes de comportement précoces et persistants;
- problèmes académiques (capacité intellectuelle, échec dans les études);

¹ BOUJUT Emilie « *Facteur prédisant le développement de symptômes dépressifs, de symptômes somatiques, de troubles des conduites alimentaires et de l'échec académique chez des étudiants de première année Présentée par* » Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux 2. 2007, n°1424

- peu d'engagement ou d'appartenance à les études.
- liens avec des pairs qui consomment;
- aliénation et rébellion contre l'autorité – comportement délinquant;
- attitudes favorables envers l'usage de drogue;
- usage précoce de drogue.(Thomas Rouault) ¹

13.3 Les résultats enquêtes sur la consommation de cannabis en Québec.

En ce qui a trait au cannabis, la récente enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP) montre que 12,2 % des répondants âgés de 15 ans et plus rapportent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans les douze mois précédents (Institut de la statistique du Québec, 2010). Cette proportion est nettement moins élevée que chez les jeunes du secondaire où elle s'élève à 27,2 % . Cette enquête ne rapporte pas de différence selon le sexe pour la consommation de cannabis dans la dernière année, mais la proportion est croissante selon l'année d'étude passant de 8 % au 1^{er} secondaire à 47 % au 5^e secondaire. Un peu plus d'un élève sur 10 (10,6 %) est un consommateur occasionnel (c.-à-d. environ une fois par mois), 7 % consomment régulièrement (c.-à-d. la fin de semaine ou quelques fois par semaine mais pas tous les jours) et 2,6 % consomment tous les jours. La proportion de consommateurs quotidiens s'élève à 5,1 % chez les jeunes du 5^e secondaire.

Dans l'ETC, plus de la moitié des répondants (54,5 %), âgés de 15 à 24 ans, ont consommé du cannabis plus d'une fois au cours de leur vie et 36 % l'ont fait plus d'une fois au cours des douze mois précédents. Les jeunes du Québec sont plus nombreux que ceux du reste du Canada à avoir consommé du cannabis au cours de leur vie (73,1 % c. 61,4 %) et dans les douze derniers mois (46,1 % c. 37,0 %). Toujours au cours des douze derniers mois, les jeunes hommes sont plus nombreux à avoir consommé du cannabis que les jeunes femmes (41,4 % c. 32,3 %) et les 18-19 ans sont aussi plus nombreux à en avoir consommé que les 15-17 ans ou les 20-24 ans (47,2 % c. 29,2 % c. 36,5 %). Enfin, dans cette même enquête, 21,4 % des consommateurs de cannabis en ont pris au moins une fois par semaine et 22,3 % en ont pris tous les jours au cours des trois mois précédents . Enfin, la nouvelle enquête de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues des Canadiens rapporte une proportion de 26,3 % de jeunes entre 15 et 24 ans qui ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois.

Toujours concernant le cannabis, l'enquête auprès des jeunes universitaires révèle que 39 % des répondants en avaient consommé dans les douze derniers mois et 20,9 % dans les

¹ THOMAS. R « *L'usage problématique de cannabis* » Toxibase – Crips, Île-de-France 2004

30 derniers jours.¹

13.4 Les résultats enquêtes sur la consommation de cannabis en France

Un tiers des étudiants a consommé du cannabis au cours de sa vie (34%), expérimenté à un âge moyen de 16,4 ans. 21% des étudiants ont fumé au cours des douze derniers mois, 11% déclarent une consommation de cannabis au cours des trente derniers jours, et seuls 3% une consommation régulière de cannabis, supérieure à une fois par semaine.

Le poppers et les champignons hallucinogènes apparaissent comme des psychotropes moins consommés, mais expérimentés au cours de la vie par respectivement 12% et 3% des étudiants. L'expérimentation des autres substances psychoactives existant sur le marché (produits à inhaler, cocaïne) apparaît très marginale au sein de la population étudiante.²

13.5. Modalités d'évaluation, Prévention et de Prise en charge des étudiants.

- Informer les étudiants sur les moyens permettant d'arrêter de fumer et sur les risques qu'ils encourent s'ils continuent leur consommation.
- Augmenter le nombre d'action de prévention sur le tabac et le cannabis en milieu étudiant.
- Augmenter le nombre d'étudiants connaissant les moyens pour arrêter de fumer.
- Augmenter le nombre d'étudiants réussissant à arrêter de fumer.
- Mesure du taux de monoxyde de carbone dans leur poumon et échange avec les étudiants
- Guide l'organisation de soirées étudiantes, en toute légalité, et en toute sécurité.
- Un guide pratique s'adresse aux organisateurs des soirées étudiantes. Il aborde les démarches administratives à effectuer pour limiter les risques et respecter les règles. Il fournit des informations et des exemples d'actions de préventions et de réduction des risques liés à la consommation de produits psycho actifs.³

¹ Rapport de recherche « *Pistes d'intervention pour réduire la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes de 18 à 24 ans qui fréquentent les centres d'éducation aux adultes au Québec* » Direction du développement des individus et des communautés, Québec, Juin 2011.

² La Mutuelle des Etudiants « *sente des étudiants sécu- mutuelle – prévention* » troisième enquête sur la sente des étudiants, Tours, 26, 27 /05/20011

³ Enquêtes nationales de santé « *Société-Mutualiste-des-Etudiants* », Paris, France : septembre 2007.

14. Le phénomène de la drogue en Algérie

La toxicomanie est aujourd'hui en Algérie au centre des préoccupations essentielles des familles, du mouvement associatif des instituts de santé publique des familles. Son ampleur et sa nouveauté étonnent car la rapidité avec laquelle la diffusion de la consommation des drogues s'est faite a été fulgurante et déconcertante.

14.1. Aperçu historique

L'Algérie jusqu'au début des années 80 a été un pays qui ne connaissait pas ce problème. Les rares consommations se retrouvaient dans certains milieux isolés et fermes quantitativement négligeables, et quand les services des douanes opéraient une saisie de cannabis (kif), c'était généralement des passeurs qui transitaient dans notre pays en transportant de la drogue marocaine.

L'Algérie était à l'abri de ce fléau qui touche une grande partie des métropoles urbaines du monde dans les années 80.

Dans une période de 5 à 7 ans, les données sur la question de la toxicomanie se sont renversées. Aujourd'hui, à croire les médias, le gouvernement, le mouvement associatif, les médecins et surtout les jeunes eux-mêmes. L'Algérie est devenue un grand pays consommateur de drogue (drogues douces pour l'instant) Kamel R 1995¹

14.2. Type de drogue consommée

La consommation des drogues algériennes se localise autour de deux produits principalement le cannabis (le shit, el zetla) le plus consommé et les psychotropes (tranquillisants, anabolisants...)

14.3 Les statistiques de consommation et de trafic de la drogue en Algérie.

Le bilan de la lutte contre le trafic et l'usage des stupéfiants et des substances psychotropes, au titre de l'année 2006, se caractérise par la saisie de 10.046,2 Kg de résine de cannabis, 527 gr d'herbe de cannabis, 858gr de graine de cannabis, 757 plants de cannabis et 319.014 comprimés de substances psychotropes de différentes marques.

¹ KAMEL. R, « *l'Algérie et sa jeunesse. Marginalisation et désarroi culturel* ». Paris, Ed l'harmattan 1995.

Dans une enquête de l'institut national de sante publique sur la consommation de produits psycho actif 76% des jeunes ont déclaré connaitre un consommateur de ces produits. Ce chiffre, obtenu par la méthode du « répondante » fonctionnant comme un indicateur indirect, qui confirme les résultants d'enquête.

- La distribution par âge révèle une plus grande proportion chez la tranche d'âge de 20 à 30 ans 83,59% par apport au nombre des consommateurs.
- Usage de la drogue et surtout trouve chez les chômeurs avec 42.6% par apport au nombre des consommateurs.
- Les hommes plus que les femmes avec 79.3% par apport au nombre des consommateurs.
- 56% des toxicomanes ont commencé par le cannabis.
- 6% vivent dans la rue.
- 84% ont un niveau d'étude moyen
- 25 000 consommateurs Bénéficient d'un suivi dans des centres de désintoxication durant ces dix dernières années.¹

Le pourcentage des étudiant consommateur de drogue né pas claire mais en estime 10% par apport au nombre des consommateurs.

Selon le constat de 2004, établi par la direction générale de l'office national de lutte contre la drogue et de la toxicomanie (ONICDT) relève 300 000 algérienne âges de 12 à 35 ans consommateurs de drogue.

14.4 Prévention et prise en charge en Algérie :

Les drogues prévalentes en Algérie sont toujours le cannabis et les psychotropes comme l'indiquent les chiffres évoqués dans les statistiques. Quant aux drogues dures, bien que pour le moment, leur quantité est relativement faible, les services concernés n'hésitent pas à manifester leur inquiétude devant l'évolution de plus en plus croissante des quantités de ce type de drogue saisies.

La prise en charge doit être rapide, notamment à travers la prévention la sensibilité l'information et les soins s'impose de fait d'autant plus que le contexte régional et

¹ Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie « 50ème session de la commission des stupéfiants des nation unies » vienne, 12/16 Mars 2007.

international, la situation géostratégie de l'Algérie sont propices à la généralisation de se phénomène. Divers séminaires et rencontres ont eu lieu ces dernières années à travers le territoire national afin d'évaluer les pratique de prévention de la consommation de la drogue et des toxicomanies et la prise en charge des toxicomanes. Différents secteurs ont conduit leurs efforts en s'appuyant sur des ressources locales et des potentialités existantes déjà en Algérie. (RIDOUH. B 2004)¹

L'Algérie ne cesse de déployer davantage d'efforts afin de parvenir et d'assuré des ressource de prise en charge .

Les principales actions entreprises dans ce cadre, se résument comme suit:

- L'organisation d'une série de séminaires et de rencontres associant les pouvoirs publics locaux et les acteurs de la société civile, dans le but d'informer et de sensibiliser le maximum de citoyens sur les dangers de la drogue.
- La mise en application de la nouvelle loi sur la drogue parue le 25 Décembre 2004, a nécessité un travail laborieux visant à lui donner toutes les garanties d'efficacité à travers l'élaboration des textes d'application nécessaires.
- Dans le but de mieux cerner le phénomène de la drogue en Algérie et en vue d'améliorer la stratégie nationale de prévention et de lutte contre ce fléau, l'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie a initié un projet d'enquête épidémiologique national qui sera mis en oeuvre durant l'année 2007, en partenariat avec le Centre National d'Etude et d'Analyses pour la population et de développement (CENEAP) et le Groupe Pompidou relevant du Conseil de l'Europe.
- Toujours dans le cadre de l'application du Plan Directeur National de Prévention et de Lutte contre la Drogue (PDN), le Ministère de la Santé a programmé la réalisation en **2007** de **53** centres intermédiaires de soins aux toxicomanes (CIST) et **15** centres de désintoxication répartis de façon équilibrée à travers le territoire national.
- Dans le cadre de la coopération régionale, l'Algérie a adhéré au réseau euro-méditerranéen de lutte contre la drogue que pilote le Groupe Pompidou, relevant du Conseil de l'Europe. Ce réseau comprend la France, les Pays Bas, l'Algérie et le

¹ RIDOUH. B, « *drogue et toxicomanie. Situation en Algérie , addiction et toxicomanie* » Ed frison-roche, paris 2004.

Maroc, en attendant l'adhésion de l'Espagne, l'Italie, le Liban et probablement le Portugal et la Tunisie. Un travail très intéressant a été entrepris au sein de ce réseau.¹

Conclusion

Puisque, la problématique de l'addiction est multidimensionnelle, l'analyse de l'usage de drogues à partir des différentes logiques de consommation permet d'échapper à une compréhension de cette consommation qui serait centrée uniquement sur la notion de dépendance et sur les conditions sociales, économiques et sanitaires des consommateurs.

De ce fait, quoi qu'il soit, le résultat d'une approche reste toujours peu convaincant pour expliquer la complexité de ce phénomène. Actuellement, de nombreux chercheurs essaient de rassembler tous les acteurs en relation avec l'addiction pour comprendre tous les facteurs qui peuvent conduire une personne à une dépendance

¹ Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, op. cit

I. Chapitre : le coping et le soutiens social

Préambule :

L'Origine du concept de coping est affiliée à celle des mécanismes de défense, développée depuis les années 1960. Par ailleurs, on trouve dans les recherches psychanalytiques l'utilisation de terme coping pour désigner les mécanismes de défenses les plus adaptés telles que, la sublimation. D'après A. FREUD, cette perspective était alors associée à un processus proche de celui du système de défense primaire et inconscient. Puis le concept de défense évoluera et celui de « répression » jouera un rôle important dans les écrits de FREUD de 1926 (« Inhibition, symptôme et angoisse »), le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels.

D'autres chercheurs, comme Haan « 1965 » et Vaillant « 1971 » ont démontré qu'il y'avait une différence entre le coping et les défenses dans laquelle le coping serait un processus plus mature et plus adapté que les défenses. « Etudier ou présenter les uns indépendamment des autres (mécanismes de défense versus stratégies de coping) ne paraît plus adéquat »¹ (Chabrol et Callahan, 2004, p.7).

A partir des années 60-70, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de coping, pour désigner les mécanismes de défense les plus « adaptés » (sublimation, humour). Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. (GREER, S. MORRIS ,T 1979)², par exemple, décrivent quatre types d'attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein : déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance-désespoir. La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénominations marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et les stratégies de coping, notions alors en émergence. De 1960 à 1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense (dans un sens comme dans l'autre) et quelques tentatives de clarification furent publiées (dont celle de HAAN, 1977)³. On pourrait tenter de résumer les différences entre mécanisme de défense

¹ CHABOL, H., & CALLAHA, S. « *Mécanismes de défense et coping* ». Paris, Dunod.2004.

² GREER, S., MORRIS, T. et PETTINGALE, K.W." *Psychological response to breast cancer. Effect on outcome*". Lancet, 1979.

³ HAAN, N." *Coping and defending*". New York : Academic Press. (1977).

et stratégie de coping de la façon suivante. Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié irrésistible, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité.

Il convient de distinguer nettement coping et adaptation. L'adaptation est un concept extrêmement large, qui inclut toute la psychologie, voire même la biologie. L'adaptation inclut tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage, etc...). En revanche, le coping est un concept beaucoup plus spécifique. S'il inclut aussi diverses réponses d'ajustement chez les individus, il ne concerne que les réactions à des variations de l'environnement évaluées comme menaçantes (ou stressantes). De plus, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatiques, alors que le coping comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscients, changeants, spécifiques et parfois nouveaux pour l'individu et pour l'espèce. Enfin la notion d'ajustement, flexible, est préférée à celle d'adaptation, notion jugée trop normative et finaliste. LAZARUS et FOLKMAN¹ (1984).

Dans les premières recherches sur la conceptualisation du coping, on distingue deux approches prédominantes : la première est l'approche interindividuelle qui porte sur la conception selon laquelle certaines caractéristiques stables de l'individu prédisposeraient l'individu à affronter les situations stressantes d'une manière plutôt que d'une autre. Certains chercheurs ont déclaré qu'il existait des différences interindividuelles stables dans la mise en place du coping, lorsque celle-ci est évaluée à des moments différents ou dans des situations variées. Afin d'expliquer ces différences individuelles révélées dans le déploiement de coping : deux conceptions ont été proposées par les chercheurs, il s'agit de traits de personnalité et du style de coping. En ce sens, il est nécessaire de s'intéresser aux relations qui existent entre les traits de personnalité et les stratégies de coping. L'objectif sera ainsi d'identifier ces traits de personnalité prédisposant l'individu à faire face au stress d'une façon plutôt que d'une autre dans certaines situations stressantes (Bolger, N, 1990,)².

Cette approche a été critiquée, notamment par le fait que les mesures de traits constituent de faibles prédicteurs des stratégies d'ajustement que l'individu adopte face au stress.

¹ LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S, 1984,op. cit

² BOLGER, N. "Coping as a personality process: A prospective study" . Journal of Personality and Social Psychology.1990.

D'après les fondateurs de l'approche transactionnelle, Lazarus & Folkman, la notion de coping ne peut pas être associée à un trait de personnalité ou à des variables dispositionnelles, par-ce-que les facteurs contextuels jouent un rôle très important dans la manifestation de faire face. Cette approche dite intra-individuelles ou contextuelle, se caractérise par cette manière d'envisager le coping qui est spécifique au model transactionnel. Ce model met systématiquement en lien le concept de coping avec celui de stress. (DINCA.A ,2008)

1. Les modèle cognitivo-comportemental du stress et du coping

Les modèles cognitivo-comportemental du stress et du coping dérivent du modèle général du stress de Selye et de l'approche cognitive proposée par Lazarus et Folkman (1984) Ils mettent en relation les sources et les symptômes du stress. Ils reposent sur une approche causaliste qui tente de mettre en évidence le fonctionnement de l'individu lorsqu'il fait face à une situation stressante.

Les deux principales approches sont d'une part, l'approche interactionniste, qui met en évidence l'écart entre la situation et l'individu, et d'autre part, l'approche transactionnelle qui montre l'influence de la perception de la situation de l'individu.¹

1.1.L'approche interactionniste du stress et du coping

La conception interactionniste du stress distingue trois domaines d'influence : l'environnement, le contexte et l'individu. Le stress est alors défini comme une divergence entre la demande de l'environnement et la capacité du sujet à y répondre. Elle souligne l'étroite interaction entre les caractéristiques individuelles, environnementales et contextuelles. Le stress peut alors être compris comme un décalage entre les exigences de travail et les capacités de l'individu. L'évaluation du stress ne peut donc être réalisée qu'en tenant compte de ces trois catégories. Les caractéristiques contextuelles et environnementales contribuent à modeler l'activité, et ce sont elles qui feront l'objet des interventions de type ergonomique, les caractéristiques de l'opérateur interne feront, quant à elles, l'objet d'interventions psychologiques.

¹ mémoire de Master 2 recherche en psychologie cognitive de Flore Maudière, codirigé par le Pr M. Hautekeete, Université de Lille III, et le Dr D. Servant, CHRU de Lille, Université de Lille II.

1.2.L'approche transactionnelle du stress et du coping

Se modèle explique que certains antécédents (environnementaux, dispositionnels) ont des effets principaux et des effets d'interaction sur la santé et le bien-être. D'après le modèle de Lazarus et Folkman (1984)¹, ces facteurs ont aussi des effets indirects sur la santé, effets qui transitent par des processus transactionnels. Une transaction entre individu et environnement est l'ensemble des processus (perceptifs, cognitifs, émotionnels, comportementaux) par lesquels un sujet placé dans une situation aversive, tente de la modifier et/ou de se modifier lui-même. Ces processus peuvent moduler l'impact de divers antécédents personnels et situationnels sur des critères adaptatifs (santé, bien-être, réussite dans une tâche,...). Le modèle transactionnel définit le stress comme un état psychologique qui implique à la fois des aspects cognitifs et émotionnels. L'état de stress est donc une représentation interne d'une transaction particulière et problématique entre une personne et son environnement.

Ce modèle a permis de découvrir l'importance de certains processus d'évaluation (stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu) et d'ajustement (stratégies de *coping*) (BRUCHON-SCHWEITZER, M. 2002b)²

Selon se modèle, l'ajustement à l'adversité se fait en plusieurs phases . Il dépend de plusieurs facteurs, certains antécédents et certains processus transactionnels étant supposés avoir des effets sur les critères . Les antécédents sont en principe de deux types, contextuels et dispositionnels mais ce modèle valorise surtout le rôle des processus transactionnels. Ceux-ci se rapportent en trois phase d'évaluation.

1.2.1.Définition de coping selon le modèle transactionnelle

Est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les demandes externes ou internes perçues comme consommant ou excédant les ressources de la personne » (Lazarus & Folkman, 1984).

En quelque sorte cette définition désigniez, la manière utilisée par les individus pour appréhender le facteur de stress. Le coping, au final, englobe l'émotion produite et le mécanisme ou le plan d'action mis en place pour s'adapter à ce stress.

¹ LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S, 1984.op. cit

²BRUCHON-SCHWEITZER, M. 2002. Op. cit

1.2.2. Définition de stress selon le modèle transactionnelle

Le modèle physiologique du stress proposé par Selye a été critiqué à partir des années soixante-dix, quand les neurophysiologistes se sont aperçus que les réactions hormonales (adrénaline, cortisol) ne sont pas purement réflexes mais qu'elles dépendent, notamment, de la situation des sujets et de leur degré d'excitation, c'est-à-dire de l'état émotionnel qu'induit le stress. un événement ne provoque une réponse de stress que parce qu'il survient de façon soudaine, donc la réaction de stress est alors d'autant plus intense que l'émotion engendrée par cet événement est forte (Dantzer, 1989)¹.

Selon cette approche, les stressors passeraient à travers une série de « filtres » qui auraient pour fonction de détourner, d'améliorer ou d'intensifier l'événement stressant et donc d'amplifier ou de diminuer la réaction de stress. Trois filtres principaux ont été identifiés

- la perception du stressor est influencée par les expériences antérieures avec des stressors similaires, le soutien social et la religion.
- les mécanismes de défense du moi (dénier, répression, etc.) qui agissent inconsciemment.
- les efforts conscients : mise en place de plans d'action, recours à diverses techniques (relaxation, exercice physique, médication, etc.). (ISABELLE Paulhan, 1992)²

définition que Lazarus et Folkman (1984)³ donnent du stress : le stress consisterait en une « transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ». Ce processus implique des interactions continues et des ajustements appelés transactions.

1.2.3. Définition du stress perçu

Une même situation pourra être perçue par différentes façons, certains comme une menace, et par d'autres comme un défi, une perte ou un bénéfice. Parmi ces processus d'évaluation, c'est le stress qui est la notion la plus importante. Ou la façon dont le sujet

¹ DANTZER, R. « *L'illusion psychosomatique* » Paris, Odile Jacob. (1989).

² ISABELLE Paulhan. « *le concept de coping* ». In: L'année psychologique. 1992 vol. 92, n°4.

³ LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. 1984. op. cit

perçoit et interprète les événements extérieurs. Ainsi, l'on peut très bien percevoir des événements comme pénibles et stressants sans pour autant manifester les différents symptômes de la détresse psychologique (anxiété, affects dépressifs, plaintes somatiques, hostilité, etc...). Le stress perçu n'est ni une caractéristique de l'environnement (les stressors), ni une caractéristique stable de l'individu, ni leur interaction, mais un processus transactionnel. Un stress perçu très intense (ou très faible) aurait, plus que les « stressors » objectifs, des effets délétères sur la santé mentale et somatique (Bruchon-Schweitzer, 2001b, p. 290)¹.

1.2.4. Définition de contrôle perçu

Au cours de cette phase, l'individu va évaluer ses ressources personnelles et sociales pour faire face à la situation : « Que puis-je faire dans cette situation ? puis-je y faire face »

De cette manière, le « contrôle perçu » est une croyance en la maîtrise d'un problème ou d'un stressor particulier. Il s'agit donc, d'un processus évaluatif en interaction avec le stress perçu (première phase). Il est relativement spécifique et transitoire, il s'agit d'un état momentané, car déterminé en fonction de l'évaluation elle-même. ce qui le distingue du Lieu de Contrôle (croyance généralisée en une maîtrise des événements futurs), qui est une ressource personnelle (antécédent). Il existe de nombreux outils pour l'évaluer, soit génériques, soit spécifiques. Des échelles « sur mesure » existent, par exemple pour évaluer le contrôle perçu vis-à-vis de l'évolution d'une maladie (comme le MHLCS) ou d'un cancer, comme la CLCS (Cousson- Gélie, Irachabal, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy & Lakdja, 2005).

2. Les phases d'évaluation du coping

L'évaluation primaire par laquelle l'individu évalue ce qu'il y a en jeu dans la situation. Il peut s'agir d'une perte (corporelle, relationnelle, matérielle...), d'une menace (possibilité d'une perte) ou d'un défi (possibilité d'un bénéfice). La nature de l'évaluation contribue ainsi différemment à la qualité et l'intensité de l'émotion. En effet, l'évaluation d'une perte ou d'une menace génère des émotions négatives telles que la honte, la colère ou la peur tandis que l'évaluation d'un défi engendre des émotions positives telles que la passion, l'euphorie.

¹ BRUCHON-SCHWEITZER. " *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement* ». Paris : Dunod.(2001)

L'évaluation secondaire par laquelle l'individu se demande ce qu'il peut faire pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir le bénéfice. Différentes options de coping sont alors envisagées : le changement de la situation, l'acceptation, la fuite, l'évitement, la recherche de plus d'informations, la recherche de soutien social, ou l'action impulsive.

Cette évaluation oriente les stratégies de coping qui sont utilisées pour faire face à la situation stressante :stratégies dont l'objectif est de diminuer directement la tension émotionnelle en ne changeant en rien le problème (coping centré sur l'émotion), ou stratégies qui, en modifiant la situation, agissent indirectement sur l'émotion (coping centré sur le problème). (ISABELLE Paulhan, 1992)¹

3. Les stratégies de coping

Les modèles actuels sur les stratégies d'ajustement sont nombreux, il existe plusieurs classifications et échelles de mesure. et Comme nous l'avons vu ci-dessus, ce sont les différentes phases d'évaluation qui vont déterminer les stratégies d'ajustement que va adopter l'individu. L'objectif étant de modifier la situation, modifié soi-même pour la rendre supportable.

« le coping à deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine de stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème » (LAZARUS et al)

Il existe trois grandes stratégies de coping, qui peuvent interagir ensemble, et de façon rétroactive.

3.1. Les stratégies centrées sur le problème

(Lazarus et Folkman 1984)² ont appliqué une échelle de 76 items, la (Ways of Coping Check-list) à 100 adultes qui devaient y répondre chaque mois pendant un an, en pensant à un événement récent qui les avait perturbés et à la façon dont ils avaient réagi. Ils obtiennent, en regroupant ces réponses par des analyses factorielles, ont distingué huit facteurs qui se regroupent en deux stratégies généralisées (stratégies centrées sur le problème et stratégies centrées sur l'émotion)

¹ ISABELLE Paulhan. 1992. op. cit

² LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S.1984. op. cit

Cette stratégie consiste à réduire les exigences de la situation, ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face (Bruchon-Schweitzer, 2002)¹.

Mettre en place des actions concrètes afin d'avoir une certaine emprise sur la situation, dans le but d'en diminuer les impacts.

Cette façon d'ajuster est observée dans plusieurs situations dans la vie, par exemple : lorsqu'une personne rencontre un problème, essaye toujours à faire face et rechercher des résolutions ou augmenter ses connaissances dans certains domaines, essayer d'avoir des information.

Dans des situations qui sont, soit objectivement soit subjectivement incontrôlables, le coping *centré sur le problème* ou d'engagement a été associé avec des symptômes intériorisés et des problèmes extériorisés plus fréquents, ainsi qu'avec de moins bonnes compétences . A titre d'exemple, des auteurs ont montré que lorsque des adolescents sont confrontés à des conflits qui concernent leurs parents, stresser sur lequel ils ont objectivement peu de contrôle, le coping *centré sur le problème* est lié à un ajustement plus faible (Compas et al., 2001)²

3.2. Les stratégies centrés sur l'émotion

« Il comprend les différentes attitudes de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation » (M. Bruchon-Schweitzer, 2002)

La plupart des études ont montré que le coping *centré sur l'émotion* est lié à un ajustement psychologique plus pauvre relativement aux différentes variables dépendantes citées ci-dessus . Les stratégies qui sont le plus souvent associées à ce faible niveau d'ajustement sont l'évitement cognitif et comportemental, le retrait social, l'acceptation résignée, la ventilation émotionnelle, le "wishful thinking", et le blâme de soi (Compas et al., 2001).

¹BRUCHON-SCHWEITZER, M. « *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes* ». Paris : Dunod. (2002).

²COMPAS, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. "Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research". Psychological Bulletin, 2001.

En revanche, dans les situations peu contrôlables, comme des conflits entre les parents ou des abus sexuels, les stratégies de coping *centrées sur l'émotion* s'avèrent liées à un meilleur ajustement. (Compas et al., 2001)

Se recentrer sur soi-même, afin de comprendre les effets (affectifs) que la situation engendre chez lui. il vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. La gestion des émotions peut se faire de divers façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Lazarus et Folkman 1984. ont distingué six dimensions se rattachent au coping centré sur l'émotion :

- la minimisation de la menace avec prise de distance.
- La réévaluation positive.
- L'auto-accusation.
- L'évitement
- fuite.
- La recherche de soutien émotionnel.

3.3. Stratégies de la recherche de soutien social :

Elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui" (M. Bruchon-Schweitzer, 2002)¹.

Il s'agit de tentatives effectives d'une personne pour obtenir une écoute, ou des informations ou encore une aide matérielle. et il se tourne vers autrui afin qu'il le soutienne et le guide dans son plan d'action.

4. déterminants du coping :

Selon le modèle de LAZARUS et FOLKMAN, (1984b), le coping est un ensemble de réponses à des situations stressantes spécifiques. C'est un processus dynamique qui change en fonction des situations et en fonction de la façon dont l'individu les évalue. Pour certains auteurs les déterminants du coping sont dispositionnels (caractéristiques cognitives et

¹BRUCHON-SCHWEITZER, M. .2002. op. cit

conatives de l'individu) pour d'autres, le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (nature du problème, contrôlabilité,...).

4.1. Les déterminants dispositionnels du coping :

Cette approche considère le coping comme un processus adaptatif comme les autres. Les stress et le coping seraient des phénomènes émotionnels, cognitifs et comportementaux induits par une grande variété de situations (de la résolution de problèmes à la gestion des émotions), et L'évaluation (primaire et secondaire) serait influencée par les antécédents psychosociaux de l'individu, ces antécédents étant essentiellement de deux types, cognitifs et conatifs.

- *Les déterminants cognitifs de l'évaluation et du coping :*

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation il y a les croyances et les motivations générales et Un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le lieu de contrôle. Les personnes croyant que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités, et leurs comportements plutôt que par des causes externes, comme la chance, leurs hasard ou le destin, vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème.

- *Les déterminants conatifs de l'évaluation et du coping :*

De nombreux autres traits de personnalité se sont avérés de bons prédicteurs des stratégies de coping. L'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion. A contrario, la résilience, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable (Agreeableness), le fait d'être consciencieux (conscientiousness) sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème. L'association entre personnalité et coping est très marquée (COSTA et al., 1996)¹ donc l'évaluation et le coping sont en partie déterminés par des caractéristiques psychosociales stables chez les individus et non par les caractéristiques fluctuantes des situations.

¹ COSTA, P.T., SOMERFIELD, M.R. et Mc CRAE, R.R. "Personality and coping : a reconceptualization". In M. ZEIDNER et N.S. ENDLER (Eds.), *Handbook of coping : Theory, research, applications*, New York : Wiley, (1996).

4.2. Les déterminants situationnels et transactionnels du coping :

Selon cette perspective, le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent-elles être déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles. (LAZARUS et FOLKMAN, 1984b)

4.3. Les déterminants du coping, une synthèse

Selon cette perspective, il y a plusieurs séquences du processus de coping qui se interagissent entre eux : antécédents environnementaux et personnels, évaluations Primaire et secondaire, stratégies de coping et effets de ces stratégies, avec des effets directs, indirects et des effets d'interaction entre les différentes variables. En fonction du résultat fonctionnel du coping (résolution ou non du problème, régulation ou non des émotions, il peut y avoir des rétroactions en boucle avec des réévaluations.

5. Efficacité des stratégies de coping :

Une stratégie de coping est efficace (ou adéquate) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème, mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives, et notamment sa détresse (LAZARUS et FOLKMAN, 1984b)¹ l'efficacité de coping doit être appréciée d'une manière multidimensionnelle en peut parler de bon ou de mauvais coping , des stratégies plus efficaces que d'autres pour modérer la relation entre stress et détresse ? D'après la synthèse de SULLS et FLETCHER (1985), il est plus fonctionnel en général de recourir à une stratégie de coping, quelle qu'elle soit, qu'à aucune, surtout si les stratégies disponibles sont variées et flexibles. D'après une synthèse de 43 études différentes, ces auteurs distinguent comme nous l'avons vu ci-dessus les stratégies vigilantes et les stratégies évitantes. L'évitement protégerait le sujet dans les expériences stressantes, au moins dans un premier temps (par exemple, lors de l'annonce du diagnostic d'une maladie grave). Pourtant, à moyen terme, les stratégies vigilantes deviennent plus efficaces si la situation aversive persiste.

¹ LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S.1984. op. cit

Les premières recherches consacrées à l'efficacité relative des stratégies de coping semblaient indiquer que les stratégies centrées sur le problème étaient plus efficaces que les stratégies centrées sur l'émotion. Ansa même les recherches récentes ont montré qu'un coping centré sur le problème réduit la tension subie par l'individu en éliminant (ou en atténuant) le stress. Le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et la dépression d'après plusieurs études (BOLGER, 1990 ; FELTON et REVENSON, 1984 ; TERRY, 1994). Les stratégies émotionnelles dites «défensives» impliquent une distorsion dans l'évaluation de la situation. Des réponses de coping comme la répression ou la pensée magique se sont révélées associées à des issues dysfonctionnelles (émotionnelles et somatiques), ceci d'après les recherches citées ci-dessus ainsi que d'après d'autres études (OLFF, 1991 ; PAYNE et FIRTH-COZENS, 1987)¹.

Selon (LAZARUS et FOLKMAN (1984b)² un coping centré sur le problème n'est vraiment efficace que si la situation est contrôlable. Face à un événement incontrôlable, les efforts répétés du sujet sont inutiles et épuisants et une stratégie émotionnelle évitante (répression) peut s'avérer plus adaptée (elle protège l'estime de soi et permet de ne pas être submergé par la détresse.

Et aussi, selon Lazarus et Folkman (1984), le coping peut affecter la santé physique de trois façons différentes :

- 1) peut influencer la fréquence, l'intensité et la durée des réactions physiologiques (pulsations cardiaques, pression artérielle, tension musculaire) et neurochimiques de stress (catécholamines urinaires, cortisol sanguin, par exemple) dans le cas où :
 - le sujet ne peut prévenir ou améliorer les conditions environne mentales stressantes par défaut ou inadéquation de stratégies centrées sur le problème (effort contrarié)
 - face à un événement incontrôlable, le sujet ne peut réguler la détresse émotionnelle (stratégies centrées sur l'émotion inopérantes).

¹BRUCHON-SCHWEITZER.M,2011.op. cit

² LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S.1984. op. cit

- le sujet a un style de vie ou style de coping qui est en lui-même à risque. Le meilleur exemple est le Type A (type coronarien) qui se décrit par l'ensemble des traits suivants : compétitivité impatience, hostilité, perception des événements stressants comme des défis.
- 2) peut affecter directement et négativement la santé (augmentation du risque de mortalité et de morbidité) quand il correspond à l'utilisation excessive de substances nocives telles que le tabac, l'alcool, la drogue... ou quand il entraîne le sujet dans des activités à haut risque (vitesse en automobile, par exemple).
 - 3) Les formes de coping centré sur l'émotion peuvent menacer la santé car elles gênent la mise en place de comportements adaptatifs. C'est le cas du déni ou de l'évitement qui peuvent conduire le sujet à ne pas percevoir ses symptômes ou à consulter tardivement.

➤ le soutien social

1. Définition du soutien social

Le soutien social. Selon Vedder, Boekarts et Seegers (2005), le soutien social fait référence aux ressources et aux réseaux sociaux auxquels un individu peut faire appel s'il a besoin d'aide, de réconfort ou de protection. Le soutien social peut également être défini comme étant une forme de capital social, englobant les relations humaines favorisant l'émergence de conséquences positives chez un individu (Coleman, 1988). À cet égard, plusieurs études démontrent que le capital social provenant de figures significatives adultes, telles que les parents et les enseignants, les associations, les collègues, la communauté ou il se sente appartenir (éthique, religieuse, parfois celle qui partage le même problème...)...etc.

2. Les Dimensions du soutien social

2.1. Le réseau de soutien

Le réseau de soutien est un sous-ensemble du réseau social, vers qui la personne se tourne (ou pourrait se tourner) pour obtenir de l'aide... »(Vaux,A 1988)¹

Et même lorsqu'on parle des ressources du réseau de soutien, on fait référence à la grandeur du réseau de soutien, à sa structure ou encore à ses caractéristiques relationnelles.

¹ VAUX, A." *Social Support. Theory, Research, and Intervention*", New York : Praeger. (1988).

Les instruments qui mesurent les ressources du réseau identifient les rapports qui relient la personne à sa famille, à ses amis, à ses pairs. Ces rapports sont vus comme un indicateur des ressources sociales qui, lors d'une crise, sont susceptibles d'offrir du soutien (Streeter et Franklin, 1992).

2.2. Les comportements de soutien(Le soutien social reçu)

C'est une description comportementale du soutien. Les comportements de soutien peuvent comprendre l'écoute, l'expression des inquiétudes, le prêt d'argent, l'aide pour réaliser une tâche, avoir l'opinion des autres, montrer de l'affection, etc.

Il s'agit d'un soutien actif (en opposition à un soutien potentiel) composé d'actions ou de comportements spécifiques effectués par les autres et considérés comme une expression manifeste de soutien ou d'assistance. Le soutien reçu fait donc référence à l'utilisation actuelle des ressources du soutien social(TARDY, C.H. 1985)¹.

Les recherches sur le soutien reçu montrent que la dimension émotionnelle du soutien est la plus importante : elle affecterait le contrôle perçu et faciliterait la recherche de stratégies d'ajustement (coping), elle serait modératrice quant aux effets du stress sur la santé. Bruchon-Schweitzer (2002) souligne que ces divers types de soutien doivent être considérés non seulement selon leur fonction, mais aussi selon leur adéquation avec les caractéristiques de la situation stressante et avec les attentes et les besoins de l'individu. D'autre part, elle met en évidence que la satisfaction du récepteur dépend de la cohérence entre type de soutien et source du soutien (collègues de travail, amis...).

3. Le soutien social perçu

Il s'agit de « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits ». L'appréciation subjective du soutien ou soutien perçu est associée à "l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui.

Donc, il s'agit d'une interprétation cognitive et subjective de ses ressources sociales disponibles qui s'évaluent par le niveau de satisfaction. Cette notion se distingue du réseau ou

¹ TARDY, C.H. (1985). « *Social Support Measurement* », American Journal of Community Psychology, vol. 13, n° 2,

du soutien reçu car elle ne désigne pas une caractéristique objective des relations sociales de l'individu, mais une transaction entre individu et environnement telle que perçue par l'intéressé.

- La disponibilité concerne le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin.
- la satisfaction vis-à-vis du soutien comme « une ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'un individu a de la qualité de ses relations interpersonnelles ». Ce n'est pas le nombre de connexions sociales qui seraient protecteur, mais le fait que parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre la compréhension, l'empathie et le fait de pouvoir se confier dans les moments les plus difficiles.(Bruchon-Schweitzer, 2002)¹

4. Les Types de soutien :

La plupart des chercheurs se réfèrent aux travaux de House (1981), qui identifie quatre fonctions du soutien :

4.1. Le soutien émotionnel : qui consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (confiance, amitié...), et qui apporte à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort. Ces affects vont aider la personne à traverser des moments difficiles lors d'événements comme le décès d'un proche, etc (Bruchon-Schweitzer, 2002,)². la nature de l'aide apportée au sujet est la Manifestation de confiance, d'empathie, d'amour, de bienveillance.

4.2. Le soutien d'estime : qui consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et ses valeurs. Ces encouragements lui permettront de renforcer sa confiance en elle-même dans les moments de doute, lorsque cette personne craint que les exigences d'une situation n'excèdent ses ressources et ses capacités (surcharge de travail, conflit de rôle, épuisement professionnel...). la nature de l'aide apportée au sujet est le Prêt d'argent, assistance technique, transport.

¹ Bruchon-Schweitzer, M. 2002. Op. cit

² Bruchon-Schweitzer, M. 2002. Op. cit

4.3. Le soutien informatif, qui implique des conseils, des suggestions, de l'apport de connaissance sur un problème, des propositions concernant la résolution d'un problème nouveau, par exemple. la nature de l'aide apportée au sujet est de donner de l'information, des avis et des conseils.

4.4. Le soutien matériel ou instrumental : qui implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de bien matériel, ou de services rendus dans des moments difficiles. la nature de l'aide apportée au sujet est la rétroaction (exemple : tu fais un bon travail)

Bruchon-Schweitzer (2002) souligne que la dimension émotionnelle du soutien est la plus importante : elle affecterait le contrôle perçu et faciliterait la recherche de stratégies d'ajustement (coping), elle serait modératrice quant aux effets du stress sur la santé. aussi ces divers types de soutien doivent être considérés non seulement selon leur fonction, mais aussi selon leur adéquation avec les caractéristiques de la situation stressante et avec les attentes et les besoins de l'individu. D'autre part, elle met en évidence que la satisfaction du récepteur dépend de la cohérence entre type de soutien et source du soutien (collègues de travail, amis...).

5. Le soutien social et ses influences sur la santé et les stratégies de coping

Le soutien social, d'après la majorité des études, a des effets protecteurs complexes sur la santé. Il diminue le stress perçu, augmente le contrôle perçu, renforce les stratégies « actives » de coping, facilite l'adoption de comportements sains et affecte le fonctionnement de divers systèmes physiologiques comme le système immunitaire parexemple (Bruchon-Schweitzer, 2002)

Le soutien social paraît avoir des effets protecteurs sur la santé physique. Une étude a été menée sur 82 patients séropositifs suivis pendant 30 mois (Bidan-Fortier, 2001)¹. Toutes les variables de cette étude ont été évaluées à l'inclusion (T0), à 15 mois (T1) et à 30 mois

¹ BIDAN-FORTIER, C. « *L'évolution différentielle de l'infection par le VIH : une approche biopsychosociale. Étude quasi-prospective d'une cohorte de 82 patients masculins séropositifs* ». Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux 2. (2001).

(T2). Le soutien social est évalué par une échelle spécifique (qui mesure un facteur général de satisfaction vis-à-vis du soutien). La compétence immunitaire est évaluée par quatre indicateurs qui se regroupent en un facteur général (nombre total de lymphocytes, nombre de lymphocytes CD4+, charge virale, nombre de traitements anti-rétroviraux). Le soutien social perçu mesuré en T0 est associé à une meilleure compétence immunitaire en T1 (15 mois). Ce résultat est en accord avec ceux de la littérature : recevoir du soutien et en être satisfait renforcerait nos défenses immunitaires.

Les effets directs, effets indirects :

Quant aux chemins reliant le soutien sociale à ces issues adaptatives, ils sont tantôt directs (effets principaux) tantôt indirectes (effets modérateurs)

L'hypothèse concernant l'effet directs du soutien sociale sur le sante est cohérente avec le (modèle biomédical) classique et avec les diverses études épidémiologique (couse à effets).

Les effets directs prédominent dans les études prenant en compte les aspects structuraux du soutien. L'isolement augmente le risque de morbidité et de mortalité du a des pathologies cardio-vasculaires en particulier.

De nombreuses études ont testé l'effets modérateur éventuel du soutien social sur la santé. Cette hypothèse, selon laquelle le soutien social atténue les effets nocifs du stress sur la sante, et cohérente avec le modèle interactionniste.

Les effets directs et indirects du soutien social sur la santé, peu en revanche explorent les mécanismes selon lesquels le soutien affecte celle-ci (Bruchon-Schweitzer, 2002). Le soutien social pourrait affecter plusieurs variables, intermédiaires ou dépendantes, du mécanisme transactionnel de stress notamment :

- L'évaluation (primaire) de la situation de stress, en diminuant le stress perçu
- L'évaluation (secondaire) des ressources, en augmentant celles-ci et en renforçant le contrôle perçu de la situation.
- L'élaboration des stratégies d'ajustement en favorisant les stratégies actives centrées sur le problème.
- Les issues pathologiques de type anxiété ou dépression en les diminuant.

Les travaux de plusieurs auteurs (Kessler *et al*, 1994 ; Valentiner *et al*, 1994) font apparaître en effet que le soutien social, qu'il soit effectif ou simplement perçu, est corrélé avec l'utilisation de stratégies dites « actives » ou centrées sur le problème considérées comme les plus efficaces au détriment des stratégies dites « passives » ou centrées sur l'émotion.

Par ailleurs, si l'on se réfère aux rares travaux effectués sur les liens entre le soutien social et l'affectivité négative on constate qu'un soutien social perçu comme adéquat atténue la détresse psychologique (anxiété, dépression) chez les individus soumis à des événements extrêmement stressants comme par exemple le stress causé par l'addiction à la substance du cannabis.

CONCLUSION

D'après tout ce qu'on a démontré, l'objectif était de clarifier la notion de coping et de décrire les cognitions sous-jacentes aux comportements utilisés pour faire face à une situation difficile, pour réduire l'anxiété et le stress perçu. Dans ce sens, nous avons souligné les différents facteurs qui influencent l'efficacité du coping, dont le soutien social est un des facteurs déterminants, qui affecte le contrôle perçu et facilite la recherche de stratégies d'ajustement.

Les recherches consacrées au coping sont volumineuses, il reste pourtant beaucoup à découvrir quant à l'effet des diverses caractéristiques des événements, des variables sociodémographiques (âge, classe sociale...) et des particularités motivationnelles, cognitives et conatives des individus sur l'élaboration des processus transactionnels.

III. Chapitre : méthodologie de recherche

Préambule :

Afin de réaliser une recherche scientifique il faut se s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation. Cette étape est très important il permette de guide et de cerner notre travail.

Afin de vérifier et de répondre à nos hypothèses de notre thème de recherche qui est « La relation entre le soutien social perçu et le choix de stratégies de coping chez les addictes au cannabis » nous nous sommes basés sur la démarche clinique, nous avons appliqué l'entretien clinique semi-directif pour compléter les résultats des deux échelles de soutien social perçu et l'échelle de coping.

1. La démarche de la recherche:

1.1 La pré-enquête :

Avant de définir la démarche utilisée on parlera de notre pré-enquête qui nous a permis de choisir cette démarche. Cette étape est assez pertinente dans un travail de recherche puisque elle nous permet d'explorer les répercussions personnelles, et de recueillir des informations sur le thème de notre recherche, ainsi elle nous aide à mieux formuler nos hypothèses. En laissant l'interviewer s'exprimer le plus librement possible. Cette enquête exploratoire nous a permis de préciser et de sélectionner notre échantillon d'étude qui répond aux exigences de notre thème de recherche. « La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toute la recherche scientifique, elle est phase exploratoire, d'ordre documentaire ou suppose un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente. »(CARIO. R 2000)¹

Dans notre pré-enquête on a procédé à des visites au sein de centre médicale de la résidence universitaire 1000lit ce qui nous a permis d'avoir un contact avec le médecin et le personnel du centre. Nous avons pu avoir la liste des consommateurs, qui se présentent au centre médicale pour des problèmes liés à l'usage de cannabis.

¹ CARIO. R « *victimologie de l'effraction de inter subjectif à la restauration social* », paris, Ed harmattan, 2eme édition, 2000.

L'objectif de la recherche :

L'objectif principal de cette recherche est de déterminer le rôle de soutien social perçu sur le choix de stratégies d'ajustement adoptées par les personnes addictes au cannabis, pour faire face au stress de la dépendance à cette substance.

Les hypothèses de notre thème de recherche

Hypothèse générale :

La variation du soutien social perçu par la personne addictive au cannabis est un facteur qui détermine le choix de stratégies d'ajustement qu'il adopte.

Les hypothèses opérationnelles :

- Il y a un manque de disponibilité et de satisfaction de soutien social perçu, chez les addictes au cannabis.
- Le coping adoptées par les personnes addictes au cannabis, avec un taux de soutien social perçu élevé, est centré sur le problème.
- Le coping adoptées par les personnes addictes au cannabis, avec un manque de soutien social perçu, peut être la stratégie de la recherche de soutien social.

Par ailleurs, afin de vérifier et de répondre à nos hypothèses, Nous nous sommes basés sur la démarche clinique.

1.2 La méthode clinique :

Cette méthode envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Lagache 1949)¹

Elle est définie comme suite : « la démarche clinique est avant tout interpersonnelle, elle travaille dans la relation et sur la relation ». Et à faire avec des personnes en situation et en interaction s'interroge de la position du clinicien et de son implication dans la situation.

¹ LAGACHE 1949 in « l'unité de la psychologie » khadija. Chahraoui, herve. Bénony, « méthodes d'évaluation et recherche en psychologie clinique » paris, Ed Dunod, 2003

Donc elle répond aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations, à la dimension concertée des situations, la dynamique, la genèse. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibré fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de la vie. La méthode clinique utilise l'entretien, les testes, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. L'analyse des productions en provenance de ces outils est largement diversifiée puisqu'il peut s'agir d'analyse de contenu, d'analyse psychopathologique, d'analyse normale, d'analyse perceptivo-cognitive, ...etc (hadija. C, herve. B2003) ¹.

De même « la démarche clinique s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (histoire de l'individu et situation actuelle), et elle prend en compte l'engagement de l'observateur ». (Ghiglione « R », Richard J.F, 1999).²

L'objectif de la démarche clinique consiste à comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostique. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expiration émotionnelle. La clarification de la demande et de problème, l'émergence de relation entre les faits, les événements passés et présent, ect.

2. La population d'étude et les caractéristiques de choix :

Notre population d'étude est constituée de six cas, avec lesquels nous avons travaillé dans l'anonymat. Choisis après la pré-enquête faits auprès des étudiants présents au centre médicale de la résidence universitaire de la wilaya de Bejaia, pour des problèmes liés à la consommation de cannabis.

¹khadija. Chahraoui, herve. Bénony, « méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique »paris, Ed Dunod,2003

² GHIGLION (R), RICHARD J.F et Al, « Cours de psychologie, 2bases, méthodes et épistémologies », Paris, Dunod ,1999.

Cette population à été choisie selon la liste des consommateurs présents au centre médicale pour des problèmes lies à l'usage de cannabis.

De même cette population a été choisie selon certains critères de sélection à savoir :

- La tranche d'âge : comprise entre 20 ans et 30 ans.
- Le sexe : seulement les hommes.
- Situation matrimoniale : célibataires.
- Activité professionnelle : étudiants.
- Niveau d'étude : qui diffère selon l'année d'étude.
- Substance consommée : cannabis.
- La durée de consommation régulière : plus d'une année (y compris que les consommateurs sont dépendant à la substance).
- Situation socioéconomique (niveau de vie) : élevé, moyen, bas.
- Des résidents à la résidence universitaire 1000 lits de la wilaya de BEJAIA.

Notre population d'étude est portée sur le sexe masculin. Notons que le pourcentage de consommation masculin est dominant en Algérie avec un pourcentage de 79% de la population consomme de cannabis.

3. Les techniques et les outils de recherche

3.1 Entretien clinique :

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus :

Biographie, environnement vécu, représentations, croyances, émotions, histoire personnel, souvenirs, rêves...etc.

L'entretien clinique de recherche s'inscrit uniquement dans l'activité de recherche du clinicien. Dans ce cas, il n'y a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostic, mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur contrairement à l'entretien thérapeutique ou le sujet est en situation de demande.

Dans notre recherche on utilise l'entretien clinique de recherche qui est considéré comme étant un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives d'un dépendant à la drogue par-rapport à l'ensemble des facteurs en relation avec sa dépendance.

Dans les différents types d'entretiens de recherche, nous avons jugé utile d'utiliser l'entretien clinique semi directif.

- **L'entretien semi-directif**

Les chercheurs disposent ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre.

L'espace spontané des associations est moins présenté dans ce type d'entretien dans la mesure où le cliniciens chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit.

Nous avons utilisé cette technique afin de collecter le maximum d'informations sur l'appréciation subjective de l'addicte dans plusieurs domaines et plusieurs dimensions qui sont en relation avec sa situation.

3.2 Les instruments utilisés :

3.2.1 L'échelle de soutien social perçu :

a) Aperçu historique sur l'échelle.

Il existe de nombreuses échelles mesurant le soutien social perçu et notamment la disponibilité et la satisfaction. La plus utilisée est le SSQ (social, support, questionnaire).de (Sarason et al. 1983)¹. Ces auteurs se sont inspirés par l'origine de la théorie de l'attachement de Bowlby, en associant la notion de soutien social et les besoins fondamentaux : besoin de proximité avec la mère, puis besoin d'une relation privilégiée avec un autrui significatif.

¹ SARASON I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. » *Journal of Personality & Social Psychology* » 1983 , N°44

Plusieurs versions du SSQ existent dans une version longue à 27 items et une version courte à 6 items seulement, le SSQ 6. Elles permettent de recueillir des informations de façon très simple et économique sur quelle personne un individu conte-il pour l'aider d'une chacune de six situations décrites (cité de 1 à 9 personnes au maximum), quel degré de satisfaction ressent-il vis-à-vis de ce soutien (de 1 : très insatisfait, à 6 très satisfait).

Dans le SSQ 6, on calcule ainsi un score total de disponibilité (de 0 à 54) et un score total de satisfaction (de 6 à 36). La version française du SSQ6 est présentée dans le tableau 5.5.

SARASON I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. » *Journal of Personality & Social Psychology* », N° 44(1)

Les auteurs du SSQ ont mené diverses études établissant son excellente validité de construit : l'outil mesure soit la disponibilité et la satisfaction, soit un facteur général de soutien social perçu ; ce score total de soutien est associé à de bonnes compétences sociales, à l'estime de soi et à des scores faibles de dépression.

La fidélité test-retest ainsi que l'homogénéité du SSQ6 sont très satisfaisantes. De nombreuses études établiront par la suite que ces biens de soutien social perçu qui est l'aspect de soutien le plus prédictif vis-à-vis de divers critères d'ajustements, dans le bien être de la santé, nous avons introduit le SSQ6 et validé cette adaptation française sur un échantillon de 348 adultes français et deux sexes.

Grace à une analyse en composantes principales suivie de rotations obliques, deux composantes de soutien social perçu ont été identifiées chez les hommes comme chez les femmes : la disponibilité (qui rend compte de 31.62% de la variance totale) et la satisfaction (25.10% de la variance totale). La fidélité test-retest et la consistance interne de deux échelles sont très satisfaisante comme dans les travaux de Sarason et de ses collègues, la disponibilité s'avère positivement associée avec extraversion et avec la stratégie de recherche de soutien social et la satisfaction est négativement associée à divers mesures d'affection négative (anxiété, névrosisme, pessimisme...etc.) et au coping centré sur l'émotion.

b) L'administration

Après les remarques et les informations nécessaires à fournir au sujet pour établir un bon contact. L'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant

la consigne inscrite sur la feuille de test « Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties : Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne. Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme (aucune personne) mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question. S'il vous plaît, répondez de votre mieux à toutes les questions. »

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées. L'administration de ce test est établit dans une durée de 05 minutes environs.

c) Cotation

C'est le questionnaire de soutien social le plus utilisé car il permet de recueillir des Informations de façon très simple et économique : sur quelles personnes un individu compte-il pour l'aider dans chacune des six situations décrites (de 1 à 9 personnes au maximum) et quel degré de satisfaction ressent-il vis-à-vis de ce soutien (1=très insatisfait, 2=insatisfait, 3=plutôt insatisfait, 4=plutôt satisfait, 5=satisfait, 6=très satisfait). On effectue alors la somme des scores obtenus aux six items du facteur satisfaction (cotés de 1 à 6), pour constituer le score de satisfaction vis-à-vis du soutien reçu (variant de 6 à 36). Un score élevé indique un fort degré de satisfaction.

De même, la somme des scores obtenus aux six items du facteur perception de disponibilité (cotés de 0 à 9) représente un score de disponibilité du réseau social (variant de 0 à 54). Un score élevé indique un réseau social perçu comme important.

3.2.2 Echelle de coping de Sylvie ESPARBES, Florence SORDES-ADER et Pierre TAP Construction

Présentation de l'échelle :

Il existe plusieurs échelles d'évaluation de coping. Dans notre recherche on a utilisé l'échelle de « Sylvie ESPARBES, Florence SORDES-ADER et Pierre »¹. Cette échelle peut inclure toutes sortes de stratégies, dont certaines échelles n'étaient pas prises en compte jusque-là. Ces auteurs ont proposé une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux, informationnels et affectifs. Elle dans version longue à 54 items . Elle est composée de trois champs : l'action (champ conatif), l'information (champ cognitif) et l'émotion (champ affectif) dont l'articulation permet l'émergence de six stratégies (focalisation, support social, retrait, conversion, contrôle et refus), chaque champ est constitué de six dimensions, chaque stratégie comprend trois dimensions. L'échelle constituée en tout de 18 dimensions. Chaque dimension est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle en cinq points.

L'administration

Après les remarques et les informations nécessaires à fournir au sujet pour établir un bon contact. L'examineur lui remet la feuille de test et lui demande pour la remplir en suivant les instructions à la première page, pour son compte personnel et prenant son temps.

La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence aux consignes du test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle de cinq points, de 1 (pas de tout d'accord) à cinq (tout-à fait d'accord). Le test peut être fait individuel ou collectif.

¹ SYLVIE. E et ol « *les stratégie de coping* » Ed Dunod, paris, 1989.

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées. L'administration de ce test est établit dans une durée de 15 minutes environ.

Cotation :

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement 01 en suivant les questions de 1 à 54 dans l'ordre de test, ensuite cinq types de notes finales sont possibles au choix.

Avec la feuille de dépouillement 01 on obtient :

- 1- **Une note par dimension** : c'est la somme de trois questions constituant la dimension. Il suffit pour cela d'additionner les trois chiffres d'une même colonne. Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par un individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus fines d'une échelle.
- 2- **Une note par champ** : c'est la somme de six dimensions constituant le champ. (case blanche non grisée). Il suffit d'additionner les six cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case approprié. Ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée dans les trois champs.
- 3- **Une note générale de coping** : c'est la somme des trois notes des trois champs. Il suffit de rapporter la note dans la case totale G.
- 4- **La note de coping positive et la note de coping négative** : il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées positives, négatives et dans les cases blanches. En faisant la somme des neuf dimensions positives du coping positif qu'il suffit d'inscrire dans la case totale de cette ligne. Il est de même pour le coping négative.

Avec la feuille de dépouillement 02 on obtient :

Une note totale par stratégie : il suffit de rapporter par lignes les notes obtenues aux dimensions (feuille de dépouillement 01), de les inscrire dans le tableau de dépouillement 02

et de faire la somme par lignes. Avec cette note, on obtient la stratégie la plus utilisée par le sujet.

La méthode suivie dans la présentation des cas :

La méthode de traitement des données et des résultats est la suivante :

Premièrement nous analysons les informations obtenues dans les entretiens cliniques de chaque cas.

Deuxièmement, nous interprétons et nous analysons les résultats de l'échelle de soutien social perçu.

Troisièmement, nous interprétons et nous analysons les résultats de coping de chaque cas.

Enfin, nous essayerons de vérifier nos hypothèses émises au début de cette recherche par-rapport aux résultats obtenus.

Conclusion

Dans notre méthode de recherche, nous avons essayé de réaliser un travail scientifique qui répond aux exigences de la méthodologie des sciences humaine et sociale, notamment aux exigences de la méthodologie de psychologie clinique.

L'importance de la méthode clinique est celle de faciliter la mesure des productions des représentations subjectives en situation et en relation. Avec la richesse et la diversité de ses outils, cette méthode constitue une des méthodes les plus pratiques.

IV. Chapitre : analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule :

Afin de confirmer ou d'infirmier les hypothèses émises au début de notre recherche nous avons procédé dans ce chapitre à l'interprétation et l'analyse de tous les résultats obtenus dans notre recherche par l'analyse des entretiens et l'interprétation de la relation entre les résultats des échelles.

Cas 01

1.1 Analyse de l'entretien :

Informations personnelles :

N est âgé de 29 ans, célibataire, il est l'aîné d'une fratrie de six frères. Niveau universitaire 2^{ème} année biologie, habite avec ses parents. Issue d'une famille d'un niveau socio-économique moyen.

Renseignements sur la consommation de cannabis :

Au cours de l'entretien, N affirme que la première fois où il a touché au cannabis, il avait 16 ans « c'est le milieu de notre village... là où j'habite, tu ne peux pas échapper à la consommation de la drogue » N a essayé de ne pas consommer pour une deuxième fois mais il n'a pas pu, tous ses amis sont des consommateurs « je dois consommer pour m'intégrer dans le groupe ». Durant les premiers temps de sa consommation, l'effet du cannabis ne lui a engendré que peu de plaisir. Ce n'est qu'après 6 mois de consommation, que N commence à apprécier le plaisir, ce qui l'a poussé à multiplier sa consommation de cannabis tout en maintenant un rythme régulier. Autrement dit, N consomme des quantités de cannabis tout au long de la journée, une quantité au matin et une autre au soir.

Par ailleurs, il a affirmé que les principales raisons qui ont causé sa dépendance sont : les problèmes familiaux « je vis dans une famille nombreuse, je suis obligé de rencontrer mes cousins, tous les jours, je n'aime pas rentrer à la maison, je reste toujours avec mes amis et consomme de la drogue... » la deuxième raison « j'aime pas voir ma mère avec tous ses problèmes et ne rien faire alors je préfère être inconscient et fuir les problèmes de la maison »

Renseignements sur la présence des symptômes de dépendance

N affirme que sa consommation est toujours croissante « toujours j'ai besoin d'une quantité plus importante que celle que j'ai l'habitude de consommer ». Suite à une consommation de plus de dix ans, N présente presque tous les symptômes de l'addiction. Aussi N à l'habitude de consommer l'alcool, pour soulager le manque de cannabis. Il confirme qu'il passe beaucoup de temps à essayer de se procurer du cannabis et même que parfois il en abandonne ses études.

Renseignement sur les relations familiales et sociales :

Durant l'entretien, N n'a pas arrêté de parler des problèmes de sa famille. Nous constatons que ses relations avec sa famille ne sont pas bonnes, et sa date de bien avant qu'il n'ait commencé la consommation. Cependant, il affirme entretenir une bonne relation avec sa mère. Il nous explique autre membre de sa famille leurs manquait de respect, pour qu'il a accepte de déménager avec sa mère et ses frère. le comportement de N à changé depuis qu'il s'est mis à consommer du cannabis « je suis devenu indifférent à leurs problème et je n'ai pas de contacts comme avant mais il y a juste ma mère qui s'inquiète pour mon état et parfois j'ai honte qu'on me voit dans un état inconscient. N confirme qu'il entretient des bonnes relations avec ses amis « j'ai des amis qui m'aident dans tout les domaines. C'est vrais, ce sont tous des consommateurs de la drogue mais ce sont des type bien »

Renseignements sur la perception subjective

Notre sujet énonce qu'il n'a jamais senti que ses proches essayait de l'aider « je suis seule j'ai personne dans ma vie qui peut me rassurer ou chercher de quoi j'ai besoin » au contraire, il déclare que certaines personnes l'ont poussé à rechuter dans la consommation. Il considère que ses relations sociales et familiales ne sont pas satisfaisantes « si j'étais satisfait de mes relations je n'essayerai pas de toujours être inconscient pour les fuir. N n'a jamais suivi une cure de désintoxication.

Enfin N réclame juste la paix à la maison pour être bien.

1.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau N° 02 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 01)

	1	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	2	0	1	0	2	1	6	11.11 %
Satisfaction	4	1	5	1	3	2	16	29.22 %

Le temps de la passation de l'échelle avec N à durée 04 minutes pour le remplir.

La lecture des résultats, de l'échelle affirme un niveau très bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec une scores de 6/54 (avec un pourcentage de 11.11 %). Aussi les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien perçu indiquent un niveau bas avec un résultat de 16/36 (avec un pourcentage de 29.22 %)

1.3 Analyse de l'échelle de coping

Feuille de dépouillement N° 01

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	3	2	1	2	3	2	5	3	4	3	2	4	1	3	5	2	3	1		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	2	1	5	2	4	2	5	4	3	2	3	5	2	3	3	2	2	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	2	4	5	4	3	2	4	3	1	2	2	3	5	4	5	3	2	1		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G
Action	7			9			14			7			8			7			52	161
Information		7			10			10			7			10			7		51	
Emotion			11			6			8			12			13			6	56	
Position	7	7		9				10	8		7					7	7	6	70	
Négatif			11		10	6	14			7		12	8	10	13				91	

Le temps de la passation de l'échelle avec N à durée 12 minutes pour le remplir.

Les résultats de l'échelle indiquent que le sujet utilise le coping négatif avec un score de 93. De même la stratégie la plus utilisé est la stratégie centrée sur l'émotion avec un score

de 56. En outre, l'intervalle entre les résultats des deux autres stratégies n'est pas trop grande avec un score de 52 pour l'utilisation de la stratégie centrée sur l'action et un score de 51 pour l'utilisation de la stratégie de la recherche de soutien social.

N a répondu aux items correspondants à la stratégie de la recherche de soutien social dans une linke de (1 à 5)

Il a répondu non pour les items 3, 13, 18, 20, 45, 54 avec un score 1

Il a répondu oui pour les items 7, 15,21, 25, 30, 39, 49, 51 avec un score de 5

La sous stratégie la plus utilisée est C « retrait comportemental et sociale » avec un score de 14

La sous stratégie la moins utilisée est P et N « conversion par la valeur et support social émotionnel » avec un score de 06

Conclusion

D'après l'analyse de l'entretien en constate que N est addicte au cannabis. Il a des problèmes familiaux et son père est absent pour le soutien. Il a refusé de parler de ce dernier au cours de l'entretien se qui confirme le niveaux bas des résultats de l'échelle du soutien social perçu. Ce qui explique l'utilisation de coping centré sur l'émotion

Mais malgré tout les problèmes que vie N, problèmes liés à l'addiction au cannabis, problèmes familiaux et manque de perception de soutien social, on trouve qu'il utilise le coping centré sur l'action avec un score 52, ce qui explique sa volonté de changer sa situation familiale; aussi le niveau de satisfaction de soutien qu'il reçoit de sa mère.

Cas 02

2.1 Analyse de l'entretien :

Informations personnelles :

Z est un homme âgé de 27 ans, célibataire 2^{ème} d'une fratrie de 4 dont 3 garçons et une fille. Niveau universitaire 3^{em} année économie habite avec ses parents. Il est issu d'une famille dont le niveau économique est moyen : un père fonctionnaire de commune (la daïra) et la mère est femme au foyer.

Renseignements sur la consommation de cannabis :

Pendant l'entretien Z a accepté facilement la collaboration avec nous. Durant l'entretien Z affirme que la première fois où il a touché au cannabis il avait 20 ans et ça a été à l'université et depuis il n'arrête pas d'augmenter sa consommation. Durant les premiers temps de sa consommation il confirme qu'il a trouvé beaucoup de plaisir « les problèmes que j'ai sont en grande partie résolus depuis que j'ai découvert le cannabis. Mes anciens réflexes de timidité, pouvoir rire de tout avec tout le monde de façon totalement décomplexée... J'aime tout dans le cannabis » Z décrit sa consommation « dans les premiers temps je ne consommait pas beaucoup, mais depuis 3 ans je n'arrête pas de consommer tout seul et avec des amis et surtout le soir » Alors Z consomme régulièrement depuis trois ans et avec des quantités plus importantes aussi bien le soir que dans la journée. Ainsi, il explique les raisons de sa consommation comme « mon rapport au cannabis est d'ailleurs pas logique mais moi je trouve que ce n'est pas une obligation d'avoir une raison de mal être ou un problème pour le consommer, je l'ai abordé avec sérénité et je ne garde que de bons souvenirs de mes expériences sous l'effet de cannabis » donc il nous explique qu'il n'y a pas de problème qui le pousse à consommer mais c'est juste qu'il trouve du plaisir à consommer.

Renseignements sur la présence des symptômes de dépendance

Z affirme que sa consommation est toujours croissante, il n'arrête pas d'augmenter la quantité pour avoir le plaisir désiré et surtout le soir « je consomme beaucoup le soir j'arrive à consommer jusqu'à six doses (joints) ». Il a, une fois, essayé d'arrêter de consommer et il nous décrit son état dans cette situation et il présente des symptômes de sevrage. De ce fait, il a utilisé d'autres substances similaires pour soulager et éviter les symptômes du sevrage « quand j'ai arrêté le cannabis, je me suis mis à consommer de l'alcool et les substances psychotropes pour oublier le cannabis et éviter son manque ». Z désire arrêter à cause de la peur de la maladie mais il n'y arrive pas « je ne peux pas arrêter de consommer. C'est vrai »

les malade procuriez pas le cannabis sa me fait peur mais j ai pas le choix il me faut ma dose ». Il se déplace et fait beaucoup des fourres afin de d'obtenir le cannabis.

Renseignements sur les relations familiales et sociales :

Lorsque nous avons abordé les relations familiales, le sujet nous a montré une grande culpabilité de la dégradation de ses relations avec sa famille suite à sa consommation de cannabis « mon père je l'ai déçu et mes frères ils me regardent d'un mauvais œil, surtout mon grand frère il n'arrête pas de me dire que je suis encore adolescent et que je n'arrive pas à grandir ». il nous affirme aussi qu'il a honte lorsque il rentre à la maison sous l'effet du cannabis et qu'il a l'impression que sa famille souffre de sa consommation surtout sa mère « ma mère n'arrête pas de se plaindre de moi et de mon comportement à la maison » Z nous a affirmé que son comportement a changé depuis qu'il s'est mis à consommer du cannabis « je suis devenu mal dans ma peau, je parle pas beaucoup à la maison et surtout pas à mon père et mon grand frère. J'évite tout contact avec l'un des membres de ma famille ». Par ailleurs, il nous fait une remarque de ses relations sociales qu'il juge bonne surtout avec ses amis « je suis bien avec mes amis, j'ai même des amis qui ne consomment pas de cannabis mais j'entretiens de bonnes relations avec eux ».

Renseignements sur la perception subjective

Z affirme que sa famille essaye toujours de l'aider à se sortir de cette situation mais ils ne le soutiennent pas à accepter son état « ma famille m'aide à arrêter la consommation mais ils acceptent jamais mon cas comme je suis ... mon frère me propose toujours d'aller au centre de désintoxication ». il déclare qu'il n'y a personne qui le pousse à consommer. Ainsi, il considère que ses relations sociales et familiales sont satisfaisantes « je suis bien avec mon entourage tout le monde m'aide, c'est moi le problème pas eux » Z n'a jamais suivi une psychothérapie ou un suivi médical concernant sa dépendance. De même il voit qu'il a besoin de la considération à la maison « j'ai besoin de la considération à la maison et je crois que je ne l'ai reçue pas tant que si je suis toujours addicté au cannabis »

2.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau N° 03 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 02)

	1	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	3	1	0	3	3	3	13	24.07 %
Satisfaction	3	4	1	3	2	4	17	47.22 %

Le temps de la passation de l'échelle avec à durée 05 minutes pour le remplir.

Les données qu'on a obtenu de l'échelle affirment un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec une scores de 13/54 (avec un pourcentage de 24.07 %). Les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau bas avec un scores de 17 /36 (avec un pourcentage de 52.77 %)

2.3 Analyse de l'échelle de coping

Feuille de dépouillement N° 02

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	4	2	2	2	3	2	2	3	4	2	2	4	1	2	5	1	2	3			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	2	4	5	3	2	3	3	3	3	2	3	4	2	4	4	2	2	5			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	3	2	5	2	3	3	2	3	4	4	2	3	2	1	4	4	3	2			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G	
Action	9			7			7			8			5			7			43	155	
Information		9			8			9			7			7			7		47		155
Emotion			12			8			11			11			13			10	65		
Position	9	9		7				9	11		7					7	7	10	76	155	
Négatif			12		8	8	7			8		11	5	7	13				77		155

Le temps de la passation de l'échelle avec z à durée 14 minutes pour le remplir.

La lecture des résultats, de l'échelle indiquent que le sujet utilise le coping négatif avec un score de 77. De même est celui de la stratégie centrée sur l'émotion avec un score de

65, par rapport aux scores obtenu dans utilisation des deux autres stratégies avec un score de 47 concernent l'utilisation de la stratégie de la recherche de soutien social et un score de 43 concernent l'utilisation de la stratégie centrée sur le problème.

Notre sujet à répondu aux item correspondants à la stratégie centrée sur l'émotion dans une linke de (2 à 5)

Il a répondu oui pour les items 3, 6, 54 avec un score 2

Il a répondu oui pour les items 15, 21, 36, 39 avec un score de 5

La sous stratégie la plus utilisée est M « focalisation émotionnelle » avec un score de 13

La sous stratégie la moins utilisée est E« régulation des activités » avec un score de 05

Conclusion

A travers l'analyse de l'entretien on déduit que Z est dépendent au cannabis. De même sa famille essaye de l'aider à se débarrasser de son addiction mais le sujet à besoin d'être accepté et compris avec son addiction. A cette effet l'analyse des résultats de l'échelle montre que le sujet a un niveau bas de la disponibilité des personne susceptibles de l'aider, de même les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu.

Z utilise le coping centrée sur l'émotion, ce qui peut être expliqué par toutes ses synthèses et les résultats de l'échelle du soutien social perçu, par le besoin de la considération qu'il essaye toujours d'avoir dans la famille et aussi par le manque de disponibilité de soutien social perçu.

Cas 03

3.1 Analyse de l'entretien :

Informations personnelles :

S est un homme âgé de 25 ans, célibataire 5^{ème} d'une fratrie de 06 dont 02 garçons et 04 filles. Niveau universitaire 2^{ème} année lettres et langues étrangères (Anglais), habite avec ses parents. Il est issu d'une famille dont le niveau économique est moyen : un père enseignant dans un établissement primaire et la mère est décédée.

Renseignements sur la consommation de cannabis :

Le déroulement de l'entretien avec S s'est passé dans le calme, ses réponses sont claires et spontanées, il nous affirme qu'il fume du cannabis depuis l'âge de 19 ans, il était alors au lycée « ma première fois a été juste par curiosité mais après deux années de consommation j'ai essayé d'arrêter mais je n'y suis pas arrivé...je suis dépendant ». S nous décrit sa consommation et il nous révèle que dans les premiers temps il ne consommait pas beaucoup. Il prenait un joint chaque deux jours, et c'est après deux années qu'il a commencé à multiplier sa consommation en consommant tant bien le soir que la journée de 3 à 4 joints chaque fois. Ainsi il nous explique les raisons de sa consommation dans plusieurs événements dans sa vie. Le décès de sa mère « ma mère est morte depuis que j'ai 15 ans », les problèmes de financement de ses études et l'incapacité de continuer ses études et le plaisir qu'il trouve dans le cannabis... « il faut dire que cette situation n'était pas prévue et que différents événements ont fait que je ne suis pas parvenu à m'abstenir de consommer. Une chose me paraît évidente : pour arrêter une dépendance tu dois être stable »

Renseignements sur la présence des symptômes de dépendance

Le sujet nous affirme que sa consommation est toujours croissante. Il augmente les quantités de sa consommation pour obtenir l'effet désiré. Il désire même de consommer jusqu'à atteindre l'état d'insouciance. S a réussi à arrêter de consommer une fois pour une période de 20 jours. Durant cette période il prenait de l'acétaminophène pour soulager les symptômes de sevrage. Il nous a confié qu'il ne cesse d'essayer d'arrêter mais n'y arrive pas. Il nous confirme aussi qu'il a abandonné ses études à cause du cannabis « à force de consommer je suis devenu indifférent à mes études et je fais rien dans ma vie j'ai tout lâché ». Il nous déclare aussi qu'il passe tout son temps à la recherche de l'argent pour l'achat du cannabis.

Renseignements sur les relations familiales et sociales :

S nous raconte que son père n'est pas au courant de sa consommation de même ses Sœurs. Cependant, son grand frère le sait mais les relations qu'il entretient avec lui n'ont pas changé du fait de sa consommation, vu que lui aussi il consomme de la drogue. Il nous confie que malgré sa, il se sentait coupable du fait de son état « j'ai des sentiments de culpabilité et de honte quand je prends de l'argent à la maison pour acheter de cannabis et les actes que je produis sous l'effet du cannabis ». Il ajoute aussi qu'il ne se comporte pas comme avant avec sa famille et son entourage. Il nous affirme qu'il ne parlait pas beaucoup avec sa famille et ses amis depuis qu'il était au lycée. Il ne partageait rien avec eux sauf avec les amis avec lesquels il consommait ainsi que son frère « je suis devenu solitaire un monstre je partage rien avec ma famille. Ils ne savent même pas que j'ai refais l'année à trois reprises à l'université ». mais il nous déclare qu'il entretient de bonnes relations avec ses amis consommateurs de drogue.

Renseignements sur la perception subjective

Le sujet nous a dit que ses proches le soutiennent dans les autres domaines sachant que sa famille n'est pas au courant de sa dépendance mis appart son frère qui l'aide à s'en sortir de cette situation, en le conseillant d'arrêter et de continuer ses études. S considère que ses relations familiales sont satisfaisantes. Il nous raconte aussi qu'il a mis terme à ses relations avec ses amis consommateurs pour garantir son abstinence mais il n'y ait pas parvenu.

S n'a Jamais suivi une psychothérapie ou un suivi médical concernant sa dépendance. Il nous déclare qu'il a besoin d'être stable dans tous les domaines, mais sa situation ne le lui permet pas.

3.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau N° 04 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 03)

	1	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	4	1	1	3	3	3	15	27.77 %
Satisfaction	2	3	3	4	2	2	16	44.44 %

Le temps de la passation de l'échelle avec à durée 04 minutes pour le remplir.

En références aux résultats obtenus dans l'échelle nous interprétons un niveau bas de perception de La disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un scores de 15 /54 (avec un pourcentage de 27.77%). Les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau bas avec un résultat de 16/36 (avec un pourcentage de 44.44 %)

3.3 Analyse de l'échelle de coping

Feuille de dépouillement N° 03

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	2	2	4	5	3	4	3	1	5	3	3	4	5	3	4	1	2	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	2	3	3	3	5	1	4	4	4	5	1	5	2	3	5	1	4	2		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	3	1	4	4	4	5	2	3	4	5	5	3	2	1	3	1	3	3		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G
Action	7			12			9			13			9			3			53	171
Information		5			12			8			9			7			9		50	
Emotion			11			10			13			12			12			10	68	
Position	7	5		12				8	13		9					3	9	10	76	104
Négatif			11		12	10	9			13		12	9	7	12					

Le temps de la passation de l'échelle avec à durée 15 minutes pour le remplir.

La lecture des résultats de l'échelle indique que le sujet utilise le coping négatif avec un score de 104. De même est celui de la stratégie centré sur l'émotion avec un score de 68,

par rapport aux scores obtenus dans l'utilisation des deux autres stratégies avec un score de 53 concernant l'utilisation de la stratégie centré sur l'action et un score de 50 concernant l'utilisation de la stratégie de la recherche du soutien social.

Notre sujet à répondu aux item correspondant à la stratégie centré sur l'émotion dans une linke de (1 à 5)

Il a répondu non pour l'item 24 avec un score 1

Il a répondu oui pour les items 9, 18, 30, 33, 42 avec un score de 5

La sous stratégie la plus utilisée est Q et D « contrôle émotionnel et conversion comportementale » avec un score de 13

La sous stratégie la moins utilisée est H « support social informationnel » avec un score de 5

Conclusion

Suite à l'analyse de l'entretien et de l'échelle de soutien social perçu on déduit que S est addicte au cannabis, que sa famille n'est pas présente pour le soutenir face à cette situation et sa situation n'est pas stable, ainsi il perçois un niveau bas de soutien social, ce qui explique son utilisation de la stratégie 5 de coping centrée sur l'émotion.

Cas 04

4.1 Analyse de l'entretien :

Informations personnelles :

W est un homme âgé de 27 ans, célibataire 3^{ème} d'une fratrie de 5 dont 2 garçons et trois filles. Niveau universitaire 1^{er} année économie habite avec ses parents . Il est issu d'une famille dont le niveau économique est moyen : un père fonctionnaire dans une entreprise et la mère femme au foyer.

Renseignements sur la consommation de cannabis :

Durant l'entretien W s'est montré calme et communicatif. Il nous a affirmé qu'il a eu son premier contact avec le cannabis à l'âge de 19 ans et qu'il ne s'est pas arrêté d'en consommer depuis « Toutes ces années jusqu'à aujourd'hui, j'ai fumé en me disant qu'un jour ou l'autre il faudrait arrêter » il nous confirme qu'il a trouvé du plaisir au début de sa consommation mais après sa vie s'est compliquée suite aux problèmes liés à la dépendance « Je suis devenu quelqu'un de solitaire. Moi qui étais si vaillant, si actif, plein de projet... ». W consomme de grandes quantités aussi bien le soir que le matin de 5 à 6 joints à chaque fois et il consomme la même quantité que seul ou avec un groupe d'amis. Il nous confie que les raisons qui sont derrière sa consommation c'est qu'il a des périodes d'angoisse et de faiblesse qui justifient sa consommation de cannabis « mes peurs et mes angoisses me dominent et je les domine en fumant des joints. Donc le joint me domine... J'ai toujours un tas d'excuses et de théories pour justifier ma consommation »

Renseignements sur la présence des symptômes de dépendance

W nous affirme que sa consommation est toujours croissante. Il n'éprouve pas de désir à consommer de petites quantités. Il cherche toujours à consommer de la bonne qualité de cannabis ou celle qui procure du plaisir. Il aime consommer jusqu'à l'état d'inconscience. « Je fumais de plus en plus, toujours à la recherche de me sentir mieux et être inconscient » il n'a jamais arrêté de consommer, sauf dans les périodes où il ne trouve pas ou acheter du cannabis ou le manque d'argent pour l'acheter. Il désire arrêter mais il est très faible pour le faire. Il a une dépendance psychique envers le cannabis. W n'aime pas le changement, il a abandonné tous ses projets à cause de sa dépendance « Le cannabis a anesthésié mes désirs. Il a brisé ma volonté, il a noyé mes capacités... je suis devenu un bon à rien ». Il passe aussi beaucoup de temps à essayer d'obtenir du cannabis.

Renseignements sur les relations familiales et sociales :

Le sujet nous dit que ses relations familiales ne sont pas affectées, qu'il a des parents compréhensifs, mais lui par contre, il ressent de la honte de son état et aussi de la culpabilité que ses proches souffrent de sa consommation et aussi son comportement à changé depuis qu'il prend de cannabis « j'ai changé, je ne suis pas celui d'avant, actif, sociable avec ma famille et mon entourage ». Il nous affirme qu'il entretient de bonnes relations avec ses amis qui sont tous des consommateurs de drogue.

Renseignements sur la perception subjective

W nous confirme qu'il a de bonnes relations avec sa famille. Il le soutient avec tout les moyens « ma famille a accepté ma réalité et c'est la seule personne qui me voit pas comme un délinquant ». Il nous raconte que son père l'aide toujours avec des consignes pour arrêter. Il le rassure. De même, il considère que ses relations familiales sont satisfaisantes. Il nous dit qu'il a mis un terme à des relations pour garantir son abstinence mais il n'y est pas parvenu. Il a bénéficié d'un suivi médical suite à des problèmes liés au cannabis. Il nous déclare qu'il a besoin des moyens et une prise en charge fiable pour dépasser sa dépendance.

4.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau N° 05 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 04)

	1	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	3	2	6	3	2	2	18	33.33 %
Satisfaction	6	5	4	6	4	4	29	80.55 %

Le temps de la passation de l'échelle avec W à durée 05 minutes pour le remplir.

Les données qu'on a obtenus de l'échelle affirment un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un scores de 18/54 (avec un pourcentage de 33.33%). Les résultats obtenus de la satisfaction de sujet vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau élevé avec un score de 29/36 (avec un pourcentage de 80.55 %)

4.2 Analyse de l'échelle de coping

Feuille de dépouillement N° 04

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	4	3	2	1	3	3	5	2	3	3	1	3	2	5	1	1	4	4			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	5	2	3	2	2	2	1	3	4	2	4	2	3	2	2	2	3	4			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	3	2	5	5	3	3	4	3	3	1	2	2	4	2	3	2	3	1			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G	
Action	12			8			10			6			9			5			50	140	
Information		7			8			8			7			9			10		39		
Emotion			10			8			10			7			7			9	51		
Position	12	7		8				8	10		7					5	10	9	76		
Négatif			10		8	8	10			6		7	9	9	7				74		

Le temps de la passation de l'échelle avec W à durée 14 minutes pour le remplir.

La lecture des résultats, de l'échelle indiquent que le sujet utilise le coping positive avec un score de 76. De même est celui de la stratégie centrée sur l'émotion avec un score de 51. Mais l'intervalle entre les résultats de la stratégie centrée sur l'action n'est pas trop grand avec un score de 50. Et nous avons obtenu un score de 39 concernant la stratégie de la recherche du soutien social.

Notre sujet à répondu aux item correspondants à la stratégie centrée sur l'émotion dans une linke de (1 à 5)

Il a répondu non pour les items 15, 54 avec un score 1

Il a répondu oui pour les items 39 avec un score de 5

La sous stratégie la plus utilisée est A « focalisation active » avec un score de 12

La sous stratégie la moins utilisée est F « distraction » avec un score de 05

Conclusion

D'après l'interprétation et l'analyse de l'entretien et de l'échelle de soutien social perçu on constate que W est dépendant au cannabis. Il entretient de bonnes relations avec sa famille et son entourage mais il lui manque du soutien matériel pour sortir de cette situation ; ce qui confirme sa perception de niveau bas de disponibilité des ressources. Par ailleurs le résultat de l'échelle montre un niveau très élevé de sa satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu, ce qui explique le résultat de l'échelle de coping avec un score de 51 pour la stratégie centrée sur l'émotion et le score de 50 pour la stratégie centrée sur l'action; ce qui est traduit son niveau élevé de satisfaction de soutien perçu.

Cas 05

5.1 Analyse de l'entretien :

Informations personnelles :

M est âgé de 25 ans, célibataire, il est l'inné d'une fratrie de trois frères et deux sœurs. Niveau universitaire 1^{er} année SEJC, habite avec ses parents. Issue d'une famille d'un niveau socio économique moyen. Un père commerçant et la mère femme au foyer.

Renseignement sur la consommation de cannabis :

Au cours de l'entretien, M affirme que la première fois où il a touché au cannabis, il avait 18 ans et il était au lycée au lycée « J'ai commencé à consommer occasionnellement vers 18/19 ans, déjà plus ou moins fumeurs régulier de cigarettes. Les premières expériences sa été en petit groupe ». Puis en 3^{ème} année (BAC), M change de lycée suite a des problèmes de comportementaux (manque de respect envers ses enseignants, etc..). Suite à ce changement, il a commencé à consommer régulièrement « j'ai commencé à consommer sérieusement. Je me suis retrouvé seul après mon exclusion de mon premier lycée. Souvent, le matin avant les cours, j'aimais être inconscient en cours, et surtout montrer aux gens que je l'étais ». Par ailleurs, il nous confirme qu'il ne trouvait pas beaucoup de plaisir de consommer au début mais ce qui l'incitait à le faire c'était le statut qu'occupait le consommateur du cannabis « mais amis me respectait parce que je consommait le cannabis » M aime consommer tout seule avec une quantité de 3 à 4 joints. Dans la journée, il ne trouve pas beaucoup de plaisir à consommer le soir, il consomme moins le soir.

Il affirme que les raison qui ont causé sa dépendance c'est l'adaptation. Il n'arrive pas a s'adapter au changement. Le premier changement étant le lycée, ensuite, une nouvelle université « avec tout ses changement je suis devenu pas sociable. Je n'avais pas des nouveaux amis et je restais seule et fumais de cannabis ».

Renseignement sur la présence des symptômes de dépendance

La consommation de M est toujours croissante. Il trouve du plaisir lorsqu'il augmente la dose de sa consommation. Il nous dit que le cannabis occupe une place très importante dans son quotidien « je ne peux pas vivre sans le cannabis, c'est lui qui me donne la motivation d'être normal. Sans le cannabis je deviens un malade mental ». il trouve du plaisir de consommer jusque être inconscient, il nous confirme qu'il a essayé d'arrêter de consommer

trois fois. Une y est parvenu pour une période de deux mois. Les deux autres fois il est parvenu à s'abstenir pour une période de plus de 15 jours. Et pendant cette période il prenait de l'alcool pour soulager les symptômes de sevrage. Il nous raconte qu'il lui arrive d'abandonner ses études pour chercher du cannabis et de se déplacer pour de longues distances afin de l'obtenir.

Renseignement sur les relations familiales et sociales :

Notre sujet exprime un sentiment de désespoir envers sa vie familiale « toutes mes relations familiales sont affectées. Il n'y a personne qui peut me faire confiance ». Il a aussi honte de son état et surtout que ses petit frère ont tous réussi dans leurs études et ont tous des vies professionnelles épanouies contrairement à lui. Il a remarqué que sa famille souffrait de sa consommation « ils ont de la Peine pour moi. Ma mère se plaint toujours de mes comportements. Ils s'inquiètent a mon état de santé et même, parfois, elle pleure parce que je suis dépendant de la drogue ». Par ailleurs, il déclare que son comportement n'a pas trop changé avec les membre de sa famille mais avec ses amis et son entourage, il a beaucoup changé et il ne parle à personne de ses problème; il ne partage pas des expérience avec des amis et même il nous à dit qu'il n'a pas des vrais amis sauf les voisins et les amis de l'université.

Renseignement sur la perception subjective

M nous raconte que sa famille n'était pas au courant de sa consommation jusqu' à ce que son père trouve du cannabis dans un terroir de sa boutique, il y à deux ans. Le sujet nous dit qu'au début, ils l'ont soutenu pour arrête mais, après ses nombreuses rechutes, ils ont perdu confiance en lui. Suite à cette indifférence de sa familiale, il considère que ses relations avec sa famille ne sont pas satisfaisantes. M a mis un terme à plusieurs de ses relations pour garantir sont abstinence mais il n'y est pas parvenu. Il a bénéficié d'un suivi médicale et d'un suive thérapeutique pendant une période de 4 mois avec le psychologue de la résidence. M déclare qu'il a besoin de la confiance de sa familiale qu'i n'a pas reçu pour avoir le courage et la motivation d'arrêter sa consommation.

5.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau N° 06 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 05)

	1	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	3	0	1	1	0	0	5	9.25
Satisfaction	4	1	3	1	1	1	11	30.55

Le temps de la passation de l'échelle avec M à durée 04 minutes pour le remplir.

Selon l'interprétation, de l'échelle, les résultats affirment un niveau très bas de perception de disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un score de 5/54 (avec un pourcentage de 9.25 %). De même les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau bas avec un score de 11/36 (avec un pourcentage de 30.55 %).

5.3 Analyse de l'échelle de coping

Feuille de dépouillement N° 05

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	2	3	3	2	4	5	4	2	3	4	4	4	3	3	4	3	4	2		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	4	2	3	4	4	2	4	4	5	4	3	1	2	3	4	5	2	3		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	3	3	2	4	2	5	5	2	3	3	2	4	2	4	3	4	2	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G
Action	9			10			13			11			7			12			52	162
Information		8			10			8			9			10			8		53	
Emotion			8			12			11			9			11			9	57	
Position	9	8		10				8	11		9					12	8	9	84	91
Négatif			8		10	12	13			11		9	7	10	11				91	

Le temps de la passation de l'échelle avec M à durée 11 minutes pour le remplir.

La lecture des résultats, de l'échelle indiquent que le sujet utilise le coping négatif avec un score de 91, De même est celui de la stratégie centrée sur l'émotion avec un score de

57, par rapport aux scores obtenu dans utilisation des deux autres stratégies avec un score de 53 concernant l'utilisation de la stratégie de la recherche du soutien social. Et un score de 52 concernant l'utilisation de la stratégie centrée sur l'action.

Notre sujet à répondu aux item correspondants à la stratégie centrée sur l'émotion dans une linke de (1 à 5)

I a répondu non pour l'item30 avec un score 1

Il a répondu oui pour les items 6, 27, avec un score de 5

La sous stratégie la plus utilisée est C « retrait comportemental et social » avec un score de 13

La sous stratégie la moins utilisée est E « régulation des activités » avec un score de 07

Conclusion

A travers l'interprétation et à l'analyse de l'entretien et de l'échelle de soutien social perçu, on déduit que M est addicte au cannabis. Ses relations familiales ont été affectées suite à sa consommation. De même, les résultats de l'échelle indiquent un niveau bas de disponibilité et de satisfaction du soutien obtenu, ce qui explique le résultat de l'échelle du coping avec l'utilisation de la stratégie centrée sur l'émotion pour faire face à sa dépendance.

Cas 06

6.1 Analyse de l'entretien :

Informations personnelles :

F est un homme âgé de 26 ans, célibataire 3^{ème} d'une fratrie de 04 dans 02 garçons et 02 filles. Niveau universitaire 1^{ère} année lettres et langues étrangères (Français) habite avec ses parents. Il est issu d'une famille dont le niveau économique est moyen : un père fonctionnaire dans une école primaire et la mère est femme au foyer.

Renseignements sur la consommation de cannabis :

F accepte facilement de nous parler et de nous confier tout les détails de son histoire avec le cannabis. Il nous raconte que ses premières consommations remontent à ses 18 ans au lycée, par curiosité et envie de goûter à la drogue. Il a même précisé, qu'il a goûté à plusieurs substances psychotropes, mais que le plaisir et l'euphorie, il les a trouvé dans le cannabis. Au début, F a commencé à consommer occasionnellement de différentes substances et après une année de consommation, il est devenu consommateur régulier du cannabis. Il prenait de 5 à 6 joints dans la journée et il n'a pas de préférence entre le soir et la journée. Il préfère consommer avec un groupe d'amis. Il nous confie les raisons de sa consommation en nous expliquant qu'au début, c'était juste par curiosité mais ça c'était avant d'avoir subi une déception amoureuse. Il nous confie qu'il est tombé amoureux d'une fille au lycée, qu'il a fréquenté pendant un moment avant de découvrir qu'elle s'apprêtait à se marier avec un immigré avec lequel elle était fiancée bien avant leur rencontre. Il ajoute que c'est la raison qui l'a poussé à devenir addicté. « Après avoir rompu avec cette fille je n'arrêtais pas de consommer le cannabis pour oublier »

Renseignements sur la présence des symptômes de dépendance

Notre sujet trouve du plaisir à consommer une bonne qualité du cannabis. Il nous dit qu'il cherche toujours à consommer de la bonne qualité ou à augmenter la dose de sa consommation pour obtenir l'effet désiré. Il nous affirme qu'il utilise des substances psychotropes pour soulager le manque de cannabis dans les périodes où il a essayé d'arrêter. Il présente plusieurs symptômes de sevrage à chaque arrêt de consommation. Il a une grande volonté d'arrêter mais il n'y arrive pas à cause des symptômes de sevrage. « Je ne peux pas arrêter le cannabis. Il fait parti de moi et à chaque fois que j'essaie d'arrêter, je tombe dans la consommation des médicaments ». Fatah passe tout son temps à essayer d'obtenir du

cannabis. Il se déplace et dépense tous son argent pour acheter du cannabis, ce qui explique la présence des symptômes de dépendance chez F.

Renseignement sur les relations familiales et sociales :

F nous raconte qu'il y a pas mal de dérapages comportemental suite à sa consommation, ce qui à rendu sa vie familiale très compliqué « personne ne parle avec moi sauf ma mère. Je suis devenu invisible à la maison. Je nr peu conter sur personne. Je suis un péché, aux yeux de ma famille. Il sont tous des croyants pratiquants». Par ailleurs, il trouve ses actes, sous l'effet du cannabis. Il en est à éviter tout contacte avec eux lorsque qu'il prend du cannabis. Il nous dit aussi que sa famille souffre énormément de son état « ils sont tous déçue de mon état et pour eux c'est comme si j'étais atteins d'une maladie chronique». Le comportement de F à changé depuis qu'il prend du cannabis. Il est devenu violent avec ses sœur et il n'entretient pas de bonnes relations avec son frère « avant, nous étions comme des amis avec mon frère, mais le cannabis a mis des distances entre nous ». Cependant, il nous confirme que ses relation avec ses amis sont devenue bien mieux avec le cannabis « le cannabis ma rendu sociable, sa consommation a noué des lien avec des amis »

Renseignement sur la perception subjective

F nous explique que sa famille l'aide pour réussir dans la vie. Aussi, pour réussir ses études mais pas pour arrêté son addiction. Il déclare que sa famille ne parle Jamais avec lui à ce sujet. Par contre ses amis arrivent à le convaincre d'arrêter. Ils l'ont à plusieurs reprise aidé à arrêter, mais n'y sont pas parvenus ; c'était un échec pour toutes ses tentative. De même, il considère que ses relations familiales sont insuffisantes et ne sont pas satisfaisantes « je suis prêt à arrêter; il me manque juste le soutien de ma famille pour y parvenir...je ne peux pas payer mes traitements tout seule » et pour ses relations sociales, il considère qu'elles sont satisfaisantes. F n'a jamais suivi une psychothérapie ou un suivi médicale, sauf des consultations médicale en raison des symptômes du sevrage.

6.2 Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau N° 07 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 06)

	1	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	5	4	4	4	5	2	24	44.44 %
Satisfaction	3	2	2	2	3	3	15	41.66 %

Le temps de la passation de l'échelle avec F à durée 05 minutes pour le remplir.

Selon les résultats qu'on a obtenu de l'échelle, nous interprétons un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un score de 24 /54 (avec un pourcentage de 44.44 %). Les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau bas avec un score de 15/36 (avec un pourcentage de 41.66 %).

6.3 Analyse de l'échelle de coping

Feuille de dépouillement N° 06

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	3	2	2	2	4	2	2	2	4	2	1	2	3	2	5	2	2	4		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	5	5	3	2	5	3	3	3		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	2	3	5	5	2	3	4	3	3	2	2	2	3	3	5	3	3	3		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G
Action	8			10			8			7			9			8			50	157
Information		7			8			8			8			7			8		46	
Emotion			9			8			10			9			15			10	61	
Positif	8	7		10				8	10		8					8	8	10	77	
Négatif			9		8	8	8			7		9	9	7	15				80	

Le temps de la passation de l'échelle avec F à durée 13 minutes pour le remplir.

La lecture des résultats de l'échelle indique que le sujet utilise le coping négatif avec un score de 80, De même est celui de la stratégie centrée sur l'émotion avec un score de 61, par rapport aux scores obtenu dans utilisation des deux autres stratégies avec un score de 50

concernant l'utilisation de la stratégie centrée sur le problème. Et un score de 46 concernant l'utilisation de la stratégie de la recherche du soutien social.

Notre sujet à répondu aux item correspondent à la stratégie centrée sur l'émotion dans une linke de (2 à 5)

Il a répondu oui pour les items 3, 6, 12, 21, 48 avec un score 2

Il a répondu oui pour les items 5, 15, 30, 33, 39 avec un score de 5

La sous stratégie la plus utilisée est M « focalisation émotionnelle » avec un score de 15

Les sous stratégies les moins utilisées par Fatah on trouve trois H, D et L « support social informationnel, conversion comportementale et dénégation » avec un score de 07

Conclusion

A travers l'interprétation et l'analyse de l'entretien et de l'échelle du soutien social perçu on constate que Fatah est dépendant au cannabis. Il entretient de bonnes relations avec sa famille mais pas lorsqu'il est question de son addiction. À cet effet le résultat de l'échelle indique un niveau bas de la perception de disponibilité et de satisfaction de soutien social, ce qui explique l'utilisation de F la stratégie centrée sur l'émotion pour justifier et accepter sa dépendance.

Discussion des hypothèses :

À partir de l'analyse des résultats des l'entretiens cliniques semi directif et ceux de l'échelle du soutien social perçu et l'échelle du coping des cas étudiés, nous sommes arrivés à confirmer notre hypothèse générale qui est « La variation du soutien social perçu par la personne addictive au cannabis est un facteur qui détermine le choix de stratégies d'ajustement qu'il adopte ». Ce qui indique les résultats généraux des échelles.

Se qui montre le tableau suivent :

Tableau N° 8 : Les résultats des deux échelles

	Cas 01	Cas 02	Cas 03	Cas 04	Cas 04	Cas 05
Disponibilité de soutien social	11.11 %	24.07 %	27.77 %	33.33 %	9.25 %	44.44
Satisfaction de soutien obtenu	29.22 %	47.22 %	44.44 %	80.55 %	30.55 %	41.66
Coping centre sur l'action	52	43	53	50	52	50
Coping centre sur information	51	47	50	39	53	46
Coping centre sur l'émotion	56	65	68	51	57	61
La sous stratégie la plus utilise	C	M	Q, D	A	C	M
Les sous stratégies la moins utilise	P, N	E	H	F	E	H, D, L
Coping positif ou négatif	négatif	négatif	négatif	positif	négatif	négatif

L'interprétation des résultats de ce tableau montre que 05 cas ont un niveau bas de la perception de disponibilité et de satisfaction du soutien social et qu'ils utilisent un coping négative centré sur l'émotion pour faire face à leur dépendance. La seule cas qui perçoit une satisfaction de soutien obtenu avec un niveau élevé utilise un coping positif centré sur l'émotion mais avec un intervalle de 01 par rapport à l'utilisation du coping centré sur

l'action. Ainsi, la sous stratégie la plus utilisée par ces cas est A « focalisation active » se qui explique le rôle de la perception du soutien social dans le choix de la stratégie adoptée.

La première hypothèse partielle qui est « Il y a un manque de disponibilité et de satisfaction du soutien social perçu, chez les addictes au cannabis », est confirmée, en interprétant les entretiens nous constatons que la plus part des cas ont de mauvaises relations avec leurs familles en raison de leurs consommation de cannabis. Les résultats de notre étude ont aussi montré que tout les cas ont un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin. Ainsi 05 cas qui ont un niveau bas concernant la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu. On trouve un seul cas qui a un niveau élevé de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu.

La deuxième hypothèse partielle qui est « Le coping adopté par les personnes addictes au cannabis, avec un taux de soutien social perçu élevé, est centré sur le problème » n'a pas été confirmée parce que les résultats de l'étude montrent que le seul cas qui a un niveau élevé de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu utilise la stratégie centrée sur l'émotion. Mais on ne peut pas nier le rôle du soutien social perçu élevé dans l'utilisation de la stratégie centrée sur le problème. C'est, en effet, la deuxième la plus utilisée avec un intervalle de 01 et aussi les résultats montrent que la sous stratégie la plus utilisée est la sous stratégie de coping centrée sur le problème A « focalisation active »

La troisième hypothèse partielle qui est « Le coping adopté par les personnes addictes au cannabis, avec un manque de soutien social perçu, est centré sur l'émotion » a été confirmée. A cet effet l'interprétation des entretiens montre que les addictes souffrent du manque de soutien social et les résultats des deux échelles de notre étude montrent que les 05 cas qui ont un niveau bas de soutien social perçu, utilisent un coping centré sur l'émotion.

Conclusion :

Après l'analyse et la discussion des résultats des entretiens cliniques semi directif et ceux de l'échelle du soutien social perçu et l'échelle de coping et discussion des hypothèses de notre recherche, nous sommes arrivés à confirmer l'hypothèse générale et deux hypothèses partielle et nous avons infirmé une hypothèse partielle en raison de manque des cas avec un taux de soutien social perçu élevé.

Conclusion générale

Le but général de cette étude clinique est d'explorer la thématique de « L'influence du soutien social perçu sur les stratégies d'adaptation utilisées par les addictes au cannabis face à une situation difficile »; qui est un sujet d'étude très important, très complexe et surtout très sensible à traiter, parce qu'il touche une population vulnérable, d'une part en raison des troubles d'addiction, d'une autre part en raison de la complexité des liens sociaux des addictes dans notre société.

Notre étude se limite à une tranche de cette population, qui est, les étudiants qui présentent des troubles d'addiction liés à la consommation du cannabis, de sexe masculin et âgés entre 20 à 30 ans.

Cette étude nous a permis de comprendre les effets du soutien social perçu sur le bien-être et la santé psychique de l'addicte au cannabis. À cet effet, les résultats ont largement montré le rôle des liens sociaux et familiaux perçus comme disponibles et satisfaisants sur l'utilisation d'un coping positif et l'utilisation des sous stratégies de coping centrées sur l'action. En revanche, les résultats indiquent l'effet de manque de soutien social perçu sur l'utilisation de l'addicte à un coping négatif centré sur l'émotion.

D'après notre étude, on constate que les sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort, les conseils, les encouragements et les ressources matériel ou instrumental sont des facteurs déterminants pour la santé psychique de l'addicte et sa façon de s'ajuster à des situations difficiles.

L'intérêt de cette étude consiste également en le choix de la population d'investigation et le facteur étudié. A notre avis, il est utile de conduire des études auprès d'échantillons qui ressemblent aux populations rencontrées quotidiennement par les des services de soins aigus ou les services d'urgence de l'hôpital. Ainsi l'intérêt est de porter une étude sur le facteur du soutien social perçu. Tandis que le soutien social est souvent étudié dans son milieu naturel par rapport à la disponibilité des ressources social.

Nous croyons que l'une des forces de cette étude est la pertinence du choix du cadre conceptuel. En effet, le modèle transactionnelle a deux avantages. Premièrement, ce modèle est centré sur les perceptions du sujet étudié. Deuxièmement, ce modèle propose une série de variables relativement bien étudiées dont il est connu qu'elles ont un impact direct ou indirect sur les résultats de santé.

La principale limite de cette étude a été de mesurer le soutien social perçu qui reste problématique. Notre étude porte sur un seul facteur transactionnel, le soutien social perçu. On ne peut ignorer l'impotence des autres facteurs (contrôle perçu et du stress perçu) pour une meilleure compréhension du phénomène. Notre population d'étude a été restreinte à seulement six cas.

Pour conclure notre travail, nous espérons que notre recherche à contribuer à faire la lumière sur la problématique de la relation de soutien social perçu et les choix de stratégie de coping chez les addicts au cannabis. et nous avons pu donner une idée sur les procédures à apprendre pour faciliter l'adaptation au étudiant addicté, par le développement des compétences personnelles des étudiants addicts en leur apprenant à adopter des stratégies de coping fonctionnelles (coping centré sur le problème) plutôt que des stratégies nocives (coping émotionnel-évitant ou festif-addictif). Aussi nous avons vu à quel point l'entourage familial et social peuvent avoir des effets bénéfiques. S'ils en avaient les moyens, les professionnels de la santé affectés à l'université pourraient évidemment jouer un rôle très important par la prévention et la prise en charge.

Par ailleurs, des efforts doivent être réalisés, en matière d'éducation pour la santé, dans le but d'aider les étudiants addicts à modifier leurs comportements.

Enfin nous souhaitons que notre étude à contribuer à rendre visible d'autres problématiques concernant ce vaste champ de l'addiction et de porter aussi une contribution dans les études ultérieures.

Bibliographie :**Ouvrage :**

1. ANGEL. S, ANGEL. P, « *les toxicomanes et leur familles* ».paris, armond colin,2002
2. BALLON,R. « *les élèves acteurs de prévention. Convention d'études avec le ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie* ». Paris EHESS /CNRS.2000.
3. BIRON. A, HEURRE.P, REYMOND.M « *drogues toxicomanes et toxicomanie* »paris, Ed Hermann, 1979
4. BRUCHON-SCHWEITZER, M. et DANTZER, R. « *Introduction à la Psychologie de la santé* » Paris, Dunod 1994.
5. BRUCHON-SCHWEITZER.” *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement* ». Paris : Dunod.(2001)
6. BRUCHON-SCHWEITZER, M. « *Traité de Psychologie de la santé* ». Paris : Dunod, 2002
7. BRUCHON-SCHWEITZER, M. « *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes* ». Paris : Dunod. (2002).
8. CARIO. R) « *victimologie de l'effraction de inter subjectif à la restauration social* », paris, Ed harmattan,2eme édition, 2000.
9. CHABROL H. « *Les toxicomanies de l'adolescent* ». Paris, PUF, Collection «Que sais-je ? », 1995.
10. CHABROL, H., & Callahan, S. « *Mécanismes de défense et coping* ». Paris, Dunod.2004.
11. COMPAS. B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. “*Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research*”. Psychological Bulletin, 2001.
12. COSTA, P.T., SOMERFIELD, M.R. et Mc CRAE, R.R. “*Personality and coping : a reconceptualization*”. In M. ZEIDNER et N.S. ENDLER (Eds.), *Handbook of coping : Theory, research, applications*, New York : Wiley, (1996).
13. DANTEZER, R. « *L'illusion psychosomatique* » Paris ,Odile Jacob. (1989).
14. DAN véléa « *toxicomanie et conduit addictives* » Ed Heures de France, paris 2005
15. FISHER, G.N. & TARQUINIO, C. (2006). « *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* », paris, Dunod 2006.
16. GHIGLION (R), RICHARD J.F et Al, « *Cours de psychologie, 2bases, méthodes et épistémologies* », Paris, Dunod ,1999.
17. GREER, S., MORRIS, T. et PETTINGALE, K.W.”*Psychological response to breast cancer. Effect on outcome*”. Lancet, 1979.
18. HAAN, N.” *Coping and defending*”. New York : Academic Press. (1977).
19. JEAMMET P. « *Pour nos ados, soyons adultes* ». Odile Jacob, France 2008.
20. KALEL. R « *l'Algérie et sa jeunesse. Marginalisation et désarroi cultural* ». paris , Ed l'harmattan 1995

21. LAGACHE 1949, in « *l'unité de la psychologie* » khadija. Chahraoui, herve. Bénony, « *méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique* » paris, Ed Dunod,2003
22. ¹ hadija. Chahraoui, herve. Bénony, « *méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique* » paris, Ed Dunod,2003
23. LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. “*Stress, appraisal and coping*”. New York : Springer1984.
24. MECHEL. R « *Drogue et civilisations une alliance ancestrale* » Bruxelles Ed boeck université, 2008
25. POUDAT, F. « *Approche cognitivo- comportementale des addictions* ». In Venisse J-L.,Bailly, D. *addiction : quel soins*. Paris, masson, 1987.
26. REYNAUD M, PARQUET JP, LAGRUE G. « *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives* ». Paris, Odile Jacob, 2000.
27. REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : M Reynaud. *Traité d'Addictologie*. Paris, Flammarion, 2006, 3-13.
28. RICHARD D. PIROT S.SENON J.les drogue et leur mode d'action.in VARSESCON ,Isabelle. *Psychologie des conduites addictive*, Ed belin, paris, 2005.
29. RIDOUH. B , « *drogue et toxicomanie. Situation en Algérie , addiction et toxicomanie* » Ed frison-roche, paris 2004.
30. SYLVIE. E et ol « *les stratégie de coping* » Ed Dunod, paris, 1989.
31. THOMAS. R « *L'usage problématique de cannabis* » Toxibase – Crips, Île-de-France 2004
32. VARSESCON ,Isabelle. *Psychologie des conduites addictive*, Ed belin, paris, 2005
33. VITAM. F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay, RE., & ZoccoUllo, M. *L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes: prévalence, facteurs de prédiction et dépistage. L'usage des drogues et toxicomanie (volume 3)*. Montréal: Gaëtan Morin. 2000.
34. VAUX, A.” *Social Support. Theory, Research, and Intervention*”, New York : Praeger. 1988.

Thèses :

1. CHAMPAGNE, G. « *La résilience chez les enfants: stratégies d'adaptation réussies ou phénomène d'internalisation mal mesuré?* » Mémoire de maîtrise. TroisRivières: Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières. 2000.
2. BIDAN-FORTIER, C. *L'évolution différentielle de l'infection par le VIH : une approche biopsychosociale. Étude quasi-prospective d'une cohorte de 82 patients masculins séropositifs*. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux 2. 2001.
3. BOUJUT Emilie « *Facteur prédisant le développement de symptômes dépressifs, de symptômes somatiques, de troubles des conduites alimentaires et de l'échec académique chez des étudiants de première année Présentée par* » Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux 2. 2007, n°1424
4. mémoire de Master 2 recherche en psychologie cognitive de Flore Maudière, codirigé par le Pr .HAUTEKEETE. M , Université de Lille III, et le Dr D. Servant, CHRU de Lille, Université de Lille II.

Revues :

1. BOLGER, N. "Coping as a personality process: A prospective study" . Journal of Personality and Social Psychology, 1990, N°88
2. ISABELLE Paulhan. « le concept de coping ». In: L'année psychologique. 1992 vol. 92, n°4.
3. Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). *Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family : Three validation studies. American Journal of Community Psychology*, N° 11
4. SARASON I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. » *Journal of Personality & Social Psychology* » 1983 , N°44
5. TARDY, C.H. (1985). « *Social Support Measurement* », *American Journal of Community Psychology*, vol. 13, n° 2,

Les rapports de recherche :

1. Enquêtes nationales de santé « Société-Mutualiste-des-Etudiants », Paris, France : septembre 2007.
2. La Mutuelle des Etudiants « *sente des étudiants sécu- mutuelle – prévention* » troisième enquête sur la sente des étudiants, Tours, 26, 27 /05/20011
3. Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie « 50ème session de la commission des stupéfiants des nations unies » vienne, 12/16 Mars 2007.
4. Rapport de recherche « *Pistes d'intervention pour réduire la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes de 18 à 24 ans qui fréquentent les centres d'éducation aux adultes au Québec* » Direction du développement des individus et des communautés, Québec, Juin 2011.

Manuel :

1. CIM-10. « *Classification internationale des maladies* », 10ème éd. Paris, Masson, 1993
2. DSM-IV. « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », 4ème éd. Trad. Paris, Masson, 1996. »

Les Annexes

Annexe 01 : Le guide d'entretien.

Informations personnelles :

1. Prénom :
2. Age :
3. Situation conjugale :
4. Lieu de résidence :
5. Niveau universitaire :

Renseignement sur la consommation de cannabis :

- Quand avez-vous touché pour la première fois au cannabis ?
- Lorsque vous avez consommé pour la première fois est-ce que vous avez désiré d'en consommer encore ?
- Combien de fois par jour.
- Cette première fois a-t-elle induit d'autres consommations ?
- Quelles quantités consommez-vous ?
- De quelle manière vous consommez ?
 - Est-ce que Vous consommiez seul ou avec un groupe ?
 - Est-ce que Vous la consommiez en cachette ?
 - Quand-t-est-ce que vous consommez le cannabis ? le matin, le soir ou tout au long de la journée ?
- Consommez-vous pour fuir des problèmes de la vie quotidienne ?

Renseignement sur la présence des symptômes de dépendance

- Avez-vous besoin d'une quantité plus forte pour obtenir l'effet désiré ?
- Avez-vous besoin de consommer beaucoup pour être en état de plaisir ?
- Vous arrive-t-il de consommer jusqu'à l'état d'inconscience ?
- Avez-vous déjà consommé d'autres substances similaires pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ?
- Est-ce que vous continuez à consommer des quantités plus importantes ?
- Est-ce que vous désirez d'arrêter d'en consommer ?
- Vous arrive-t-il d'abandonner vos études pour chercher du cannabis ?
- Vous arrive-t-il de vous déplacer pour de longues distances afin d'obtenir le cannabis ?

- Avez-vous subi des déceptions sentimentales comme conséquence de votre addiction ?

Renseignement sur les relations familiales et sociales :

- Est-ce que votre vie familiale à été affecté suite à la consommation du cannabis ?
- Commettez-vous sous l'effet du cannabis des actes honteux?
- Avez-vous l'impression que votre famille, vos proches souffrent de votre consommation ?
- Est-ce que votre comportement à changé envers votre famille et votre entourage depuis que vous prenez de cannabis.
- Vos amis consomment-ils de cannabis ? quelle est la nature de votre relation avec eux ?

Renseignement sur la perception subjective

- Est-ce que vous sentez que vos proches essayent de vous soutenir ?
- ya t-il une personne qui essaye de vous aidé pour s'abstenir de votre consommation du cannabis ? De quelle manière ?
- Au contraire, ya-t-il des personnes qui t-ont repoussé à consommer, soit à nouveau?
- Considérez-vous vos relations sociales et familiales comme satisfaisantes?
- Avez-vous dû mettre un terme à des relations à cause de cannabis ou pour garantir votre abstinence ?
- Bénéficiez-vous d'un suivi (psychothérapeutique, médical) ?
- De quoi auriez-vous besoin et que vous n'avez pas reçu ?

Annexe 02 : questionnaire d'auto-évaluation de soutien social (S.S.Q. DE SARASON & AL., 1983)

Consigne :

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties : Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne. Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question. S'il vous plaît, répondez de votre mieux à toutes les questions. Vos réponses resteront confidentielles.

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ?

Aucune	1)	4)	7)
personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

2-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait	4. plutôt satisfait
2. insatisfait	5. satisfait
3. plutôt insatisfait	6. très satisfait

3-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé?

Aucune	1)	4)	7)
personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

4-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. très insatisfait | 4. plutôt satisfait |
| 2. insatisfait | 5. satisfait |
| 3. plutôt insatisfait | 6. très satisfait |

5- Qui vous accepte tel que vous êtes c'est-à-dire, avec vos bons et mauvais côtés?

- | | | | |
|----------|----|----|----|
| Aucune | 1) | 4) | 7) |
| personne | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

6-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. très insatisfait | 4. plutôt satisfait |
| 2. insatisfait | 5. satisfait |
| 3. plutôt insatisfait | 6. très satisfait |

7-En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ?

- | | | | |
|----------|----|----|----|
| Aucune | 1) | 4) | 7) |
| personne | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

8-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. très insatisfait | 4. plutôt satisfait |
| 2. insatisfait | 5. satisfait |
| 3. plutôt insatisfait | 6. très satisfait |

9-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ?

- | | | | |
|----------|----|----|----|
| Aucune | 1) | 4) | 7) |
| personne | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

10-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. très insatisfait | 4. plutôt satisfait |
|---------------------|---------------------|

2. insatisfait

5. satisfait

3. plutôt insatisfait

6. très satisfait

11-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?

Aucune 1)

4)

7)

personne 2)

5)

8)

3)

6)

9)

12-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait

4. plutôt satisfait

2. insatisfait

5. satisfait

3. plutôt insatisfait

6. très satisfait

Annexe 03 : Echelle de coping de Sylvie ESPARBES, Florence SORDES-ADER et Pierre TAP

Consigne

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable. Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerner et qui est très angoissante, stressante, vous préciserez vos réactions, votre façon de réagir face à cette situation difficile.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisie dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouvez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée de 1 pas du tout à 5 très souvent.

Vous devez répondre à toutes les affirmations.

Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante.

	Pas du tout		Très souvent		
	1	2	3	4	5
01. Je fais face à la situation.	1	2	3	4	5
02. je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins...)	1	2	3	4	5
03. j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
04. je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	1	2	3	4	5
05. j'essaie de ne pas penser au problème	1	2	3	4	5
06. je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
07. j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
08. j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
09. j'essaie de ne pas paniquer	1	2	3	4	5
10. je change ma façon de vivre.	1	2	3	4	5
11. je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	3	4	5
12. il m'est difficile d'utiliser des mots pour	1	2	3	4	5

décrire ce que j'éprouve face à la situation difficile.					
13. je ne pense aux problème que lorsque ils se présentent	1	2	3	4	5
14. je refuse d'admettre le problème	1	2	3	4	5
15. il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	1	2	3	4	5
16. je fais quelque chose plus d'agréable	1	2	3	4	5
17. j'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18. j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens	1	2	3	4	5
19. j'attaque le problème de front	1	2	3	4	5
20. je discute du problème avec mes parent ou avec d'autres adultes.	1	2	3	4	5
21.j'oublie mes problème en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22. je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23. je me réfugie dans l'imaginaire ou des rêve	1	2	3	4	5
24. je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3	4	5
25. il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26. j'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27. je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28. je change la façon de me comporter	1	2	3	4	5
29.je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arrive.	1	2	3	4	5
30. j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31. je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

32. j'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33. je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34. je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35. je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36. je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37. je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38. je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39. je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40. j'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e)	1	2	3	4	5
41. j'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42. je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43. je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44. j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45. je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46. je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47. je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48. mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49. je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50. je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51. je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	4	5
52. je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5

53. je réfléchis aux stratégies que je pour me distraire.	1	2	3	4	5
54. je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Répartition des items

Action						Information						Emotion					
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	4	7	10	13	16	17	2	5	8	11	14	15	18	3	6	9	12
19	22	25	28	31	34	35	20	23	26	29	32	33	36	21	24	27	30
37	40	34	46	49	52	53	38	38	44	47	50	51	54	39	42	45	48

Feuille de dépouillement

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores																				
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores																				
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores																				
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G
Action		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		
Information	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■	
Emotion	■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■			