



**Université Abderrahmane MIRA de Bejaia**  
**Faculté des Science Humaines et Sociales**  
**Département de psychologie et d'orthophonie**

## **Mémoire de fin de cycle**

En vue l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

**Option:** Psychologie Clinique

### **Thème :**

#### **La qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue**

*Etude de quatre (04) cas au niveau de l'EHS psychiatrique de Oued Ghir*

**Réalisé par :**

**AISSAT Ilham**

**ARKOUB Rosa Melina**

**Encadré par :**

**Dr MEHDAOUI Samia**

**Année universitaire : 2024/2025**

# Remerciements

Tout d'abord nous aimerons remercier le bon Dieu pour toute puissance, force et surtout le courage qui nous a donné, la volonté pour l'élaboration de ce mémoire et d'accomplir ce travail.

Nous remercions également notre encadreur Mme. MEHDAOUI Samia pour sa précieuse contribution a la réalisation de ce projet.

Nos remerciements s'adressent a tous les enseignants qui ont enseigné durant notre parcours universitaire.

Un immense merci pour le psychologue Mr. DJEMAOUN et les autres psychologues de l'établissement psychiatrique de Oued Ghir qui nous ont donné leur temps et sans eux ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

Nous remercions, toutes les personnes de pris ou de loin, qui ont contribué a la réalisation de ce travail.

En fin, un grand merci pour tous les patients de l'hôpital psychiatrique de Oued Ghir.

# Dédicace

A mon grand père mon exemple eternal qui est toujours sacrifié pour me motivé et me voir réussir.

Ce travail est également dédié à mes chers parents qui m'ont soutenu et encouragé durant ces années d'études.

A ma sœur « Amira » et mes deux frères « Habib et Liam ».

A toute ma famille « ARKOUB ».

A mes chères oncles : « Salem, Salah, Riad, Elhadi ».

A mes cousines adorées : « Anissa, Chanez, Eline, Celine, Alicia, Kate ,Emilé Eva, Maya, Nourcine ».

A mes cousins: « Lounes , Adem, Evan,Enzo,Elyan,Aimad,Hani,Amir ».

A mes amies proches : « Kenza ,Tanina ».

A mes meilleures tantes : « Kahina et Fouzia ».

A ma binôme : « Elhem ».

**\*Rosa Melina\***

## **Dédicace :**

Je dédie ce mémoire a ma chère mère qui m'a encouragé tout au long de mon parcours,

et

qu'elle n'a jamais cessé de croire en moi. Aussi a mon âme père qui nous a quitté mais qu'il m'a laissé un rêve réaliser.

A mon cher grand père.

A mes frères et sœurs.

A mes tantes et oncles.

A mes copines adorées.

Et a vous cher enseignants chargé de l'évaluation de ce travail.

**\*Ilham\***

### Liste des tableaux :

<b>Numéro de tableaux</b>	<b>Intitule</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau N°1</b>	Classification de la drogue	<b>32</b>
<b>Tableau N° 02</b>	Présent les personnes qui travaille dans l'établissement	<b>45</b>
<b>Tableau N°03</b>	Présente les caractéristiques de la population d'étude	<b>46</b>
<b>Tableau N°04</b>	Modèle conceptuel du questionnaire de la qualité de vie (MOS SF-36)	<b>50</b>
<b>Tableau N°05</b>	illustration du nombre d'items et la cotation de chaque réponse	<b>52</b>
<b>Tableau N°06</b>	calcule des moyens de dimension	<b>53</b>
<b>Tableau N°07</b>	Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de Anis	<b>58</b>
<b>Tableau N°08</b>	Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de Djamel	<b>60</b>
<b>Tableau N°09</b>	Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de Adam	<b>62</b>
<b>Tableau N°10</b>	Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de Samir	<b>64</b>

### Liste des figures :

<b>Numéro de figure</b>	<b>Intitule</b>	<b>Page</b>
<b>Forme N°01</b>	Les différents types de drogue	<b>33</b>

## **Liste des abréviations**

**GHB** : Gamma-hydroxy butyrique

**LSD** : Diéthyllysergamide

**GABA** : Acide  $\gamma$ -aminobutyrique

**NMDA** : N-Methyl-D-aspartic acid

**CSAPA** : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

**MDET** : Multidimensional family therapy

**THC** : Tetrahydrocannabinol

**MDEA** : N-méthyl-diéthanolamine

**PCP** : Phencyclidine

**QDV** : Qualité De Vie

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**SAS** : Social Adjustment Scale

**SFS**: Social Functioning Schedule

**WHOQOL** : WHO Quality Of Life assessment

**OIC**: Opioid-induced Constipation

**TCA** : Trouble de Conduite Alimentaire

**QDVS** : Qualité De Vie de la Santé

**NHP** : Nottingham Health Profile

**SF-36** : Short Form 36

## **Table des matières**

**Remerciement**

**Dédicace**

**Liste des tableaux**

**Liste des figures**

**Liste des abréviations**

**Introduction.....1**

### **Partie théorique**

#### **Chapitre 01 : Le cadre général de la problématique**

1.Les objectifs de l'étude.....05

2.Les raisons du choix du thème.....05

3.Problématique.....05

4.L'hypothèse de l'étude .....08

5.Opérationnalisation des concepts clés.....08

5.1.La qualité de vie.....08

5.2.La drogue.....09

6.Les études antérieures.....09

#### **Chapitre02 :La drogue**

**Préambule.....12**

1.Définition de drogue.....12

2.Histoire de drogue.....	13
3.La classification de drogue.....	15
3.1.Les dépresseurs.....	15
3.2.Les stimulants.....	15
3.3.Les perturbateurs.....	16
4.L'usage de drogue.....	19
5.Les facteurs de risque de la consommation de drogue.....	19
5.1.Facteurs personnels.....	19
5.2.Facteurs environnementaux .....	20
5.3.Facteurs familiaux.....	20
6.Les dangers et effets de consommation de drogue.....	21
7.La prise en charge des consommateurs de drogues.....	23
7.1.Thérapie familiale.....	23
7.2.Thérapie cognitive-comportementale.....	25
7.3.Psychothérapie psychanalytique.....	25
<b>Synthèse.....</b>	<b>25</b>

### **Chapitre03 :La qualité de vie**

<b>Préambule.....</b>	<b>27</b>
1.Définition de la qualité de vie.....	27
2. Aperçu Historique de la qualité de vie.....	28
3.La qualité de vie de la santé.....	30
4.Les différents aspects conceptuels de la qualité de vie.....	31
4.1.La satisfaction de vie.....	31



4.2.Le bonheur.....	32
4.3.Le bien être subjectif.....	32
5.Les différents domaines de la qualité de vie.....	34
5.1.Le domaine psychologique de la qualité de vie.....	34
5.2.Le domaine physique de la qualité de vie.....	35
5.3.Le domaine social de la qualité de vie.....	36
6.L'évaluation de la qualité de vie.....	37
7.Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie.....	39
<b>Synthèse.....</b>	<b>40</b>

## **Partie pratique**

### **Chapitre 04:Méthodologie de recherche**

<b>Préambule.....</b>	<b>43</b>
1.Le déroulement de la recherche.....	43
1.1.La pré-enquête.....	43
1.2.L'enquête.....	44
2.Présentation de lieu de stage.....	44
3.La méthode de la recherche.....	45
3.1.la méthode clinique.....	45
4.La population d'étude.....	46
5.Les outils de la recherche.....	47
5.1.L'entretien clinique.....	47
5.1.1.L'entretien semi directive.....	47
5.1.2.Le guide d'entretien.....	47

5.1.3..Le questionnaire MOS SF-36.....	48
<b>Synthèse.....</b>	<b>54</b>

## **Chapitre05 :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses**

<b>Préambule.....</b>	<b>56</b>
<b>1.Présentation et analyse des données.....</b>	<b>56</b>
1.1.Présentation et analyses des données de premier cas.....	57
1.1.1.Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de premier cas.....	58
1.2.Présentation et analyses des données de deuxième cas.....	59
1.2.1.Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF 36 de deuxième cas.....	60
1.3.Présentation et analyses des données de troisième cas.....	61
1.3.1.Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF 36 de troisième cas.....	62
1.4.Présentation et analyses des données de quatrième cas.....	63
1.4.1.Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF 36 de quatrième cas.....	64
<b>2.Discussion d' hypothèse.....</b>	<b>65</b>
2.1.Discussion d'hypothèse de l'étude .....	65
<b>Synthèse.....</b>	<b>66</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>68</b>

## **Liste bibliographique**

## **Annexe**

## **Résumer**

# **Introduction**

# Introduction générale

---

## Introduction générale :

La consommation de drogues est un phénomène social complexe, bien plus qu'un simple événement isolé. Elle a des répercussions considérables sur l'ensemble de la société, affectant les sphères sociale, économique et sanitaire. Une drogue est une substance, naturelle ou synthétisée, qui agit sur le cerveau et altère la pensée, les émotions ou le comportement. Bien qu'elle puisse être utilisée à des fins médicales ou récréatives, elle présente un risque élevé de dépendance et peut être très nocive pour la santé.

L'individu consomme des drogues depuis très longtemps pour diverses raisons. Certaines personnes en prennent pour se sentir bien, d'autres pour oublier leurs problèmes, d'autres encore par curiosité ou sous l'influence de leurs amis ou même parce qu'elles les considèrent comme un médicament.

Sur le plan médical, certaines drogues peuvent altérer l'activité cérébrale et engendrer une dépendance physique et psychologique. Du point de vue social, leur consommation peut être liée à divers facteurs tels que le mal-être, l'exclusion, la pression des pairs ou encore la recherche de plaisir ou d'évasion. Enfin sur le plan légal la distinction entre drogues autorisées et interdites ne repose pas toujours sur la dangerosité réelle des produits, mais est souvent le résultat de choix politiques et historiques.

Cependant, la consommation de drogues peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie d'une personne. Une consommation régulière peut entraîner des problèmes de santé physique et mentale, tels que la fatigue, l'anxiété ou la dépression. Elle peut également nuire aux relations sociales, poussant le consommateur à s'éloigner de sa famille et de ses amis, ou à générer des conflits. De plus, cela peut affecter sa stabilité financière, l'achat de drogues étant coûteux et pouvant mener à des difficultés économiques.

La qualité de vie est un facteur essentiel dans le domaine de la santé. La consommation de drogues, quant à elle, impacte tous les aspects de la vie d'une personne, notamment les sphères sociale, familiale et professionnelle. Il est clair que tout ce qui affecte notre santé a des répercussions sur notre existence, car la vie et la santé d'un individu sont indissociables.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité de vie des consommateurs de drogue, en déterminant si elle est bonne ou mauvaise. Nous souhaitons également comprendre comment ces individus vivent leur quotidien avec la drogue, quels sont les effets de cette

## Introduction générale

---

consommation sur leur qualité de vie et, enfin, quelles sont les causes ayant mené ces personnes à la toxicomanie.

Dans le cadre de notre recherche intitulée « La qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue », nous avons choisi comme terrain d'étude le centre psychiatrique d'Oued Ghir. Les techniques utilisées pour cette étude sont l'entretien semi-directif et le questionnaire MOS SF-36, afin de mesurer la qualité de vie.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la qualité de vie chez les consommateurs de drogue et pour enrichir et éclaircir cette étude nous avons suivi le plan de travail suivant :

Le premier chapitre qui se focalise sur la drogue dans lequel nous avons présenter quelques définitions, l'évolution et histoire de drogue, les classification de la drogue, les dangers et, les facteurs de risque et les effets de drogue de la consommation de drogue a la fin c'est la prise en charge des consommateurs de drogue.

Le deuxième chapitre se focalise sur la qualité de vie nous avons donné la définition de la qualité de vie, un aperçu historique de la qualité de vie selon les différents approches, les différents domaines, l'évaluation ainsi avec les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie.

Et pour la partie pratique qui contient deux chapitres, nous avons consacré la méthodologie de la recherche qui consiste à la méthode de la recherche, population d'étude et les outils de la recherche.

Le deuxième chapitre consiste à la présentation et l'analyse des données et la discussion des hypothèses.

# **Partie théorique**

# **Chapitre 01**

## **Le cadre général de la problématique**

**1. Les objectifs de l'étude :**

Cette étude consiste à avoir des compétences :

- ✓ Développer des compétences pratique en clinique.
- ✓ Evaluer la qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue.
- ✓ Sensibiliser a la prévalence de ce phénomène pour optimiser la prise en charge personnalisée en milieu psychiatrique et social.

**2. Les raisons de choix du thème:**

Parmi les raison de choix de cette thématique les suivants:

- ✓ La consommation de drogue est largement intensifiée dans la société.
- ✓ Comprendre la qualité de vie chez les consommateurs de drogue.
- ✓ Détecter les facteurs qui conduisent les adultes a s'engager dans la consommation de drogue.

**03. La problématique :**

Les phénomènes sociaux, ce sont des comportements sont des situations qui se produise dans une société et qui influence les individus, ils concernent tout ce qui touche aux relations entre les gens, au mode de vie et changements dans une communauté. La drogue fait partie de notre culture depuis quelques dizaines d'années, popularisé par la musique pop et les médiats, elle a envahi tous les aspects de la société. La consommation de drogue est un phénomène complexe et multidimensionnelle parce qu'elle touche plusieurs aspects de la vie humaine et sociale tels que : la dépendance, la santé physique et mentale, la criminalité et l'économie etc... , les drogues figurent parmi les substances les plus dangereuses auxquelles l'être humain peut être exposé au cours de sa vie, une fois accro la personne devient incapable de vivre sans elle , car la personne a alors besoin de consommer de plus en plus de drogue pour retrouver cette sensation de bien-être « euphorie » , ce qui provoque une dégradation de son système nerveux, de son corps et une incapacité à maintenir son équilibre ou à accomplir ses tâches quotidiennes avec succès. Cette problématique mondiale concerne toutes les tranches d'âge, toutes les classes sociales et s'étend à toute les régions du monde.

La consommation de substances psychoactives au cour des interactions entre l'individu et société est l'une des composantes des attitudes et des comportements qui définissent le mode de vie d'une personne. Certains styles de vie sont totalement incompatibles avec tel ou tel mode de consommation. Une typologie expérientielle des modes de vie en fonction d'attitudes



soit « minimaliste » soit « maximaliste » dans la recherche de plaisirs intense et d'expériences à risque a été proposé par la gestion expérientielle (Alain Morel, 2008, p. 62).

Une drogue peut avoir une origine naturelle, végétale (comme les feuilles de chanvre indien ou les grains de café) ou être fabriquée en laboratoire (amphétamines, par exemple). Certaines drogues, comme l'alcool, le tabac ou la caféine, sont en vente libre, d'autres, comme les médicaments psycho actifs (somnifères, tranquillisants, etc.), ne peuvent être obtenues que sous prescription médicale, tandis que d'autres encore, comme le cannabis ou le LSD, sont illégales. (Salmandjee, 2003, p. 13).

Le concept de drogue employé dans le sens de médicament ou de matière première d'une préparation pharmaceutique, le développement des toxicomanies a conduit à l'employer dans le sens plus restrictif de substance psycho active illicite utilisée de façon abusive. Aujourd'hui, en raison d'une approche plus scientifique et devant l'évidence du caractère toxicomanogène et toxique de diverses substances licites comme le tabac et l'alcool", on considère comme une drogue toute substance susceptible de modifier le fonctionnement normal du cerveau et douée d'un potentiel d'abus et/ou de pharmacodépendance. (Pol, 2002, p. 86).

Les taux de consommation au niveau mondial, montre que plus de 296 millions de personnes ont consommé des drogues en 2021 , soit une augmentation de 23% par rapport a la décennie précédente .le nombre des personnes souffrant des troubles liées a la consommation de drogue est entretemps monté en flèche pour atteindre 39.5 millions , soit une augmentation de 45 en dix ans .(<https://www.unodc.org>).

Selon le rapport mondial sur les drogues 2023 de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le Crime (UNUDC), estime que 296 millions de personnes dans le monde (5,8 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans ont consommé des drogues au cours des 12 derniers mois (1:17 personnes). Le nombre de personnes qui consomment des drogues est désormais supérieur de 23% à ce qu'il était en 2011.(<https://www.undoc.org>).

L'Algérie fait partie des pays les plus touchés par la drogue, ce que confirme le dénouement que les services de sécurité fournissent périodiquement, comme c'est le cas du bilan opérationnel hebdomadaire du ministère de la Défense nationale, en plus du bilan annuel rapport de l'Office national de contrôle des drogues et des toxicomanies, par exemple les services de sécurité ont réussi à déjouer les tentatives de contrebande de 60 tonnes de drogue et de 500 kilogrammes de cocaïne en 2021 ([www.algerie-focus.com](http://www.algerie-focus.com)).

Ce qui augmente la dangerosité des drogues, ce sont les conclusions du Commandement de la gendarmerie nationale, après avoir mené une étude de prévalence sur le cannabis au cours de la période de 2010 à 2020, à travers laquelle 30 000 échantillons ont été analysés, dont 1 058 tonnes de cannabis saisis, et ont conclu qu'une augmentation de la concentration de la substance L'efficacité varie de 5% à 20% ([www.algerie-focus.com](http://www.algerie-focus.com)).

La consommation de drogue elle touche la qualité de vie de d'un phénomène sous de nombreux aspects: la santé physique, les relations sociales, la stabilité économique et la situation légales des individus, cette consommation peut nuire la vie de l'être humain, bien qu'il puisse être dans un état relativement bon. Les causes de ce phénomène sont des problèmes de la vie, tels que le manque d'emplois, des problèmes familiaux. Ce phénomène est devenu de plus en plus répandu dans le monde, et les moyens d'accéder sont devenus plus faciles, ce qui a permis à l'être humain de les acheter et de les consommer.

La qualité de vie fait référence à la satisfaction globale d'une personne dans différents aspects de son existence. Elle englobe des éléments matériels et immatériels comme le bien-être physique, mental et social ainsi que l'accès à des ressources nécessaires au quotidien.

La qualité de vie est souvent confondue avec le bien être alors qu'il s'agit d'une approche très différente, car le bien être est centré sur l'individu qui cherche d'abord à satisfaire ses besoins élémentaires (se nourrir, se loger...). Puis à accéder à des dimensions telles que le confort, le plaisir. Par contre la qualité de vie présente une dimension collective, qui implique de prendre en compte la relation à l'autre dans un espace particulier la qualité de vie s'appuie en effet sur le bien être mais doit aussi prendre en compte le cadre de vie, la qualité de vie associe à une dimension objective. (Daniel Bley, 2017, p. 22).

Selon l'OMS, la qualité de vie est: la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement ». (Varescon, 2012, p. 22).

Aujourd'hui, parler de qualité de vie, c'est évoquer le cadre de vie, l'environnement, mais aussi les questions d'emplois, de nuisances, de sociabilité, d'insécurité. La qualité de vie est un concept pluridisciplinaire et multithématique qui mêle à la fois les aspirations individuelles et collectives. Elle constitue un système complexe où les réalités spatiales,

sociales, économiques et culturelles se greffent aux éléments de représentation, d'appropriation et de valorisation de l'espace. Les indicateurs quantitatifs permettent de mesurer « objectivement » un niveau de qualité de vie. Une évaluation qui a pour principal intérêt de permettre les comparaisons entre territoires. Une appréciation nécessaire mais insuffisante car elle n'intègre pas la perception de la qualité de vie par les habitants. Il est désormais nécessaire de compléter la mesure objective par des enquêtes qui vont utilement renseigner des pans de la qualité de vie mal pris en compte par les indicateurs: niveau de satisfaction, modes de vie et usages, bien-être...(Jean Picon, 2020, p. 02).

Au-delà il est très nécessaire d'analyser la qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue, et pour atteindre cet objectifs , cette étude pose la question suivante:

**Quelle est la nature de la qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue ?**

#### **4. L' hypothèse de l'étude :**

Afin de répondre à ces questions, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

**La nature de la qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue est mauvaise.**

#### **5. Définition des concepts clés :**

##### **5.1. Qualité de vie :**

Patrick et Ericson, 1993, définit la qualité de vie comme « une formulation personnelle du caractère positif ou négatif des attributs qui caractérisent la vie d'une personne »(Ogden, Jane, 2014, p. 523).

La qualité de vie est le score obtenu a travers le patient ou questionnaire de MOS SF -36

##### **5.2. La drogue :**

La drogue est une substance (comme un produit chimique ou naturel) qu'une personne prend pour changer ce qu'elle ressent ou pense. Elle peut être fumée, avalée, injectée ou respirée. Quand quelqu'un consomme de la drogue, il peut se sentir plus détendu, plus fort, heureux ou même oublier ses problèmes pendant un moment . Mais cet effet ne dure pas longtemps.

**6. Les études antérieures :****Première étude :**

- ✓ L'étude de (BOUKIR, 2017) Intitule: Analyse sociologique du phénomène de la drogue et de la toxicomanie chez les jeunes Algériens.
- ✓ L'étude vise à montrer l'effet de deux facteurs dans la consommation de drogue chez les jeunes Algériens.
- ✓ La population de l'étude est composé de 106 enquêtés catégorie d'âge de 16 ans jusqu'à 38 ans.
- ✓ L'étude adoptée la méthode quantitative.
- ✓ L'étude a utilisé comme outil: l'observation documentaire, questionnaire a base de 45 questions.
- ✓ Les résultats indiquent que la drogue peut être comme une échappatoire face à la mal vie. Les résultats montre que l'adhésion au sein du groupe consommateur de drogue consistue par ailleurs un renforcement du geste de la prise de drogues. (Boukir ,Radia, 2017)

**Deuxième étude :**

- ✓ L'étude de (Fekir et Khaldi,2019). Intitule: La Qualité De Vie Et L'adhérence Thérapeutique Chez Les Diabétique Sous Insuline.
- ✓ L'étude vise à: évaluer la qualité de vie et d'adhérence thérapeutique chez les diabétiques sous insuline, appréciation de la relation entre adhérence thérapeutique de la qualité de vie.
- ✓ Le groupe d'étude est compose de 200 patients diabétique type 1 et 2 sous insuline.
- ✓ L'étude adoptée la méthode clinique.
- ✓ Comme outil: l'étude a utilisée le test EQSD et questionnaire MMAS-8.
- ✓ Les résultats obtenu relèvent que la qualité de vie des diabétiques sous insuline est affectée de nombreux paramétré y compris l'adhérence thérapeutique a l'insuline que reste insuffisante d'où la nécessité d'une éducation thérapeutique adéquate afin d'améliorer l'état de santé. (Fekir et Khaldi, 2019)

Ces études antérieurs nous a aidée a choisir notre méthode et outils de recherche aussi pour enrichir notre guide d'entretien ainsi pour avoir une idée générale sur la qualité de vie et la consommation de drogue.

# **Chapitre 02**

## **La qualité de vie**

**Préambule :**

La qualité de vie est un concept très vaste et englobe divers aspects de la vie d'une personne : la santé le bien être les relations sociales et les conduites de la vie. Elle peut aussi varier d'une personne à l'autre et d'un endroit à l'autre, donc la qualité de vie c'est tout ce qui contribue à notre bonheur et notre satisfaction au quotidien et aussi est une notion qui englobe plein de chose. Dans ce chapitre nous allons présenter quelques définitions de la qualité de vie et l'histoire et de cette QDV après la qualité de vie liée à la santé, les différents aspects conceptuels de la qualité de vie. Ensuite on va passer aux différents domaines, en fin on va voir l'évaluation de la qualité de vie et les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie .

**1. Définition de la qualité de vie :**

On trouve plusieurs définitions de la qualité de vie selon L'OMS parmi c'est définition on trouve :

- ✓ Selon l'OMS (1993), la qualité de vie est : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».(Fischer, 2002, p. 288).
- ✓ L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité de vie (QDV) comme un système forgé par culture et l'échelle des valeurs des individus. Il détermine leur manière de vivre, leurs relations, leurs objectifs, leurs espoirs, leurs exigences dans la vie et leurs intérêts généraux. (Ruzevicius, 2013, p. 8).

Pour Launois (1996), la qualité de vie est un concept tellement « englobant » que tout y trouve sa place: facteurs environnementaux, niveaux de revenus habitudes, styles de vie. Qui plus est, dans leurs interactions réciproques, tous ces facteurs ont une incidence sur le cours de l'existence et le développement des individus ou des sociétés. Ici encore, l'unanimité se fait, mais cette fois sur le caractère multidimensionnel du concept de qualité de vie. (Varescon, 2012, p. 21 .22).

La qualité de vie est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement (M.Mercier, 2022, p. 418).

La qualité de vie est « la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes »(Bley, 2017, p. 15).

La qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction des critères sociaux normatifs et de critère individuels, du système personne environnement de chaque individu (Segrestan-Bordeaux, 2005, p. 1).

Pour sa part, l'OMS retient donc six grandes dimensions pour la qualité de vie : physique, psychologique, sociales, degré d'indépendance, environnement, convictions et spiritualité personnelles (les trois premières étant admises par la majorité des auteurs). Ainsi, pour Martin et Peretti (2004), la QdV est liée à trois grandes catégories de facteurs: (Varescon, 2012, p. 22).

1. les conditions de vie objectives dans différents domaines et la perception subjective (satisfaction) de ces conditions.
2. les capacités, performances et limites fonctionnelles de la personne (réelles et perçues).
3. le sentiment de bien-être subjectif lié aux états de bien-être ou de détresse.

## **2. Aperçu historique3 de la qualité de vie**

Le concept de qualité de vie a surtout été utilisé dans les années 60, pour répondre en pleine période de croissance économique aux effets pervers de l'industrialisation et de l'urbanisation. En effet, si l'impact des sociétés humaines sur leur environnement est devenu une préoccupation majeure de tous, il s'agit d'une préoccupation qui reste récente(Daniel Bley, 2017, p. 17).

En France, il est également intéressant de noter, que parmi les cinq Commissions de préparation du plan il en existait une, intitulée « Environnement, qualité de vie, croissance », et que dans le rapport publié en (1993) par le Commissariat Général au Plan apparaissait une hiérarchisation des termes en un titre ainsi formulé « Croissance et environnement: les

conditions de la qualité de vie ». Cette formulation n'est bien entendu pas neutre, et elle découle de la présentation qui est faite dans le premier chapitre de ce rapport consacré aux enjeux de l'environnement dans les années( 1990), où un schéma présente le terme de qualité de vie au sommet (comme but à atteindre) d'une construction qui a pour soubassement la santé, le cadre de vie, le patrimoine naturel et culturel, eux-mêmes en relation avec d'autres éléments considérés comme plus mineurs.(Daniel Bley, 2017, p. 18).

Le concept de qualité de vie n'est pas nouveau. Historiquement et de manière schématique, comme le souligne Martin (1999), quatre approches sont envisagées. Ces différentes approches peuvent être décomposées en périodes d'intérêts en fonction du domaine de ceux qui l'abordent: philosophes, psychosociologues, politologues et médecins. Nous allons brièvement résumer ces différentes approches sont .

- **L'approche philosophique :**

Le concept de qualité de vie a très tôt intéressé les philosophes. En effet, pendant des siècles, des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Épicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation.) Qu'est-il? Peut-on l'atteindre ? Comment ? Comme le bonheur est toujours en avant de nous-mêmes, désiré plutôt que possédé, il en ressort qu'il est impossible de le décrire et difficile de le définir, d'où la divergence des opinions professées sur le bonheur. Certains le réduisent au plaisir (Kant), d'autres aux honneurs, d'autres enfin à la richesse. Pour Aristote, le bonheur est le désir suprême de chaque être humain. Il a ses conditions: tout d'abord une vie accomplie jusqu'à son terme. De plus, le bonheur ne se limite pas à la vertu, comme l'enseigneront les stoïciens, car il ne peut être achevé sans un ensemble de biens du corps (santé, intégrité) et de biens extérieurs (richesse, bonne réputation, pouvoir). Ces différents paramètres sont pris en compte dans l'évaluation de la qualité de vie. (Fischer, 2002, p. 284).

- **L'approche psychosociologique :**

Contrairement aux philosophes, les psychosociologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de vie, mais de vérité de chacun sur la qualité de vie. Donc ce qui les intéresse, c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population.

Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien-être psychologique, de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie. Ils se sont



particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien-être, et aux facteurs susceptibles d'influer sur le bien-être, à savoir des facteurs internes (notion de but et de sens de vie, sentiment d'efficacité personnelle, relations sociales, estime de soi, besoins, désirs, aspirations, éléments psychopathologiques) et externes (aspects sociodémographiques, événements de vie, soutien social). Cependant, ils ont négligé la composante comportementale, alors que la psychologie expérimentale s'y est fortement intéressée à travers le concept d'aptitude. Ce concept d'aptitude a été par la suite repris par les sociologues pour définir celui de qualité de vie. Ce n'est que tardivement, en (1976), qu'apparaît le terme de qualité de vie avec les travaux de Bradburn sur la structure psychologique du bien-être. Le concept de qualité de vie tel qu'il est étudié par les psychologues et les sociologues reste lié à la santé. Aussi, il permet une exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociales et familiales. (Fischer, 2002, p. 285).

- **L'approche politologue :**

Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms comme Henri IV en France, Hoover, Johnson aux États-Unis et bien d'autres, qui traitaient déjà de la qualité de vie. Notons que Jefferson demanda, dès l'élaboration de la constitution des États-Unis, que le « droit au bonheur » figure parmi les droits inaliénables des citoyens américains. Plus tard, dans les années (1960), toujours aux États-Unis, nous pouvons observer un intérêt et une préoccupation grandissants et quasiment omniprésents pour l'amélioration de la qualité de vie. (Fischer, 2002, p. 285).

- **L'approche médicale :**

Nous retrouvons ce concept de qualité de vie en médecine et, plus particulièrement, en psychiatrie lors du programme de désinstitutionalisation (1963) aux États-Unis. Les psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie à l'extérieur. Cependant, nous pouvons observer que les études sur la qualité de vie apparaîtront plus tardivement dans les pays anglo-saxons, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe. (Fischer, 2002, p. 286).

Quelques dates marquent le développement des études sur la qualité de vie dans le domaine médical. En effet, en (1947), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donne une

définition de la santé qui reste cependant proche de celle du bien-être. En (1948), Karnofsky propose une échelle de performance corrélée avec le bien-être psychologique et le fonctionnement social. Il est suivi en (1963) par Katz. Notons que ces deux auteurs ont surtout eu le mérite de faire évoluer les mentalités en médecine. Ils ont montré l'importance d'évaluer des fonctions et des handicaps aussi bien physiques que psychiques, sans les dissocier de leur contexte, c'est-à-dire dans la vie de tous les jours. Le terme de qualité de vie fut utilisé pour la première fois en (1966) par Elkinton, dans une publication médicale. Ainsi, le concept de qualité de vie est très répandu dans le domaine médical. Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, elles représentent un outil clinique à part entière à condition qu'elles soient couplées à d'autres instruments cliniques validés. (Fischer, 2002, p. 286).

### **3. La qualité de vie de la santé :**

La santé est, nous l'avons dit, une des composantes du concept de QdV. Selon Grenier (1995), il a fallu attendre les années (1970) pour que soit faite la distinction entre les déterminants de la qualité de vie spécifique à la santé (QdV liée à la santé) et les autres (revenus, stabilité d'emploi, conditions de vie ...). En revanche, dans le langage médical, il avait déjà fort longtemps que le concept de QdV ne recouvrait plus que les domaines liés à la santé, à l'impact de la maladie ou des traitements sur la vie personnelle et sociale des malades.

Il est certain que la définition de la santé proposée par l'OMS a eu une profonde influence sur l'abord de la notion de QdV dans le domaine biomédical : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » Aujourd'hui, tous ceux qui ont besoin de quantifier la qualité d'une vie liée à la santé s'appuient sur cette définition et retiennent trois principales dimensions : physique, psychologique et sociale. (Varescon, 2012, pp. 22-23)

Afin de conserver le caractère subjectif et pluridimensionnel du concept et d'éviter de le réduire à la simple prise en compte d'un degré de bien-être, le vécu du sujet est apprécié par des auto-questionnaires comportant des critères subjectifs, mais aussi objectifs. Les outils proposés (sauf ceux qui sont spécifiques à une pathologie) ne doivent pas faire référence à une symptomatologie particulière, mais aux conséquences ressenties en termes d'altération des différents domaines de la QdV. Il est donc demandé au malade d'estimer son vécu sur le plan fonctionnel (somatique, activités de la vie quotidienne), social, émotionnel, sexuel, cognitif et en rapport avec certains objectifs qu'il s'est fixés ; voire d'exprimer son sentiment de handicap ou d'atteinte de l'estime de soi. . (Varescon, 2012, p. 23)

Lorsque l'Organisation Mondiale de la Santé décrète que la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie, les chercheurs dans le champ de la médecine, explorent d'autres composantes que la symptomatologie, la morbidité ou la mortalité. Ainsi, émerge un concept d'état de santé « qui aboutit à celui de qualité de vie liée à la santé ». A l'exception des médecins, de nombreux travaux sur la qualité de vie ont clairement distingué ce concept de celui de santé car les échelles généralement utilisées dans le monde médical sont des échelles évaluant l'état de santé ». Ces travaux soulignent l'importance des indicateurs de santé dans le champ médical, mais montrent que la santé ne suffit pas à rendre compte de la qualité de vie. (Lois, 2013, p. 4).

Ainsi les études qui ont proposé de restreindre la mesure de la qualité de vie à sa part pouvant être influencée par l'état de santé rencontrent un problème majeur résidant dans le fait que les réponses ne sont pratiquement jamais influencées uniquement par l'état de santé, pour diverses raisons pouvant être étrangères à la pathologie dont l'individu souffre. La volonté du patient réside en l'expression de la diversité de ses attentes en fonction du regard qu'il porte sur sa vie et de l'importance relative qu'il accorde à tel ou tel de ses aspects. La qualité de vie liée à la santé est complexe car dépend de critères subjectifs: les valeurs du patient, l'appartenance à un contexte culturel et social précis, influencent le jugement qu'il porte sur son état. Tous ces différents critères désignent le patient comme étant le seul à pouvoir l'évaluer. Selon A. Dazord, en médecine, le concept de qualité de vie objective n'apporte rien de nouveau sur le plan conceptuel car il ramène pratiquement à étudier la symptomatologie clinique, ou le contexte socio-familial. Par contre, l'étude de la qualité de vie subjective renouvelle la problématique et nécessite de nouveaux instruments et des techniques d'exploitation statistique adéquates. » Le concept de qualité de vie liée à la santé renvoie alors presque exclusivement à la qualité de vie subjective aussi appelée « santé perceptuelle ». (Lois, 2013, p. 4).

#### **4. Les différents aspects conceptuels de la qualité de vie :**

##### **4.1. La satisfaction de vie**

La satisfaction de vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre la vie d'une personne et ses normes de référence (valeurs, idéaux...). C'est « l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie » Pour Diener (1994), la satisfaction de vie renvoie à un jugement conscient et global sur sa propre vie. Elle peut être à son tour déclinée, en domaines plus spécifiques tels que la profession, la famille, les loisirs, la santé, les finances, le soi, le groupe

d'appartenance. La satisfaction de la vie est définie comme «une appréciation subjective de la personne de sa situation actuelle par rapport à ses propres espérances» (Michele Montreuil, 2009, p. 138)

## **4.2. Le bonheur**

Le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désigne un état dans lequel les affects positifs l'emportent sur les affects négatifs. Ce terme est remplacé peu à peu par les composantes du bien-être subjectif (absence d'affectivité négative, présence d'affectivité positive, satisfaction globale). (Michele Montreuil, 2009, p. 138)

Quelques chercheurs en psychologie ont réhabilité la notion de «bonheur » depuis les années( 1990) (Argyle et al., (1989); Buss,( 2000); Eysenck, (1990); Myers, (1995)). Selon eux, le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver, fréquemment, des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité). (Michele Montreuil, 2009, p. 138)

## **4.3. Le bien-être subjectif**

Le bien-être subjectif repose sur trois critères essentiels (Rolland, 2000): (Michele Montreuil, 2009, p. 138)

- Il est subjectif, c'est une autoévaluation qui ne se réduit pas aux conditions de vie objectives (bien-être matériel, par exemple)
- Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie)
- Il ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives (telles que les explorent les échelles d'anxiété, de dépression ou d'hostilité) mais, il implique la présence d'affects agréables.

L'intérêt de ce modèle est d'intégrer des processus cognitifs (évaluation, jugement, comparaison) et des processus émotionnels. Il prend en compte, à la fois, l'affectivité négative et l'affectivité positive. Le bien-être subjectif ne correspond pas seulement à l'absence de symptômes psychopathologiques, il inclut la présence d'émotions et d'états agréables (plaisir, joie, satisfaction, bonheur). Le bien-être subjectif est l'un des sous-ensembles les plus importants de la qualité de vie. S'il inclut ce qu'on a appelé le bonheur et la satisfaction de vie il ne se confond pas seulement avec le bien-être matériel (Welfare) et il n'est pas entièrement

dépendant de la santé. Nous voyons bien que ces différentes notions ne sont pas exclusives l'une de l'autre et se superposent partiellement. Dans une démarche scientifique, il faut pourtant bien s'entendre sur une définition pour permettre des comparaisons, même si cette définition est appelée à évoluer, surtout lorsqu'il s'agit d'un concept aussi difficile à «capter». (Michele Montreuil, 2009, p. 138)

## **5. Les différents domaines de la qualité de vie**

Concernant les Différents domaines de la qualité de vie on trouve plusieurs domaines qui expliquent la qualité de vie parmi eux on trouve :

### **5.1. Le domaine psychologique de la qualité de vie :**

Ce domaine se subdivise en aspects plus spécifiques. Le WHOQOL-100, par exemple contient six domaines, dont la santé psychologique, qui se subdivise à son tour en cinq composantes: affects positifs; affects négatifs; estime de soi capacités cognitives (pensée, mémoire, concentration, capacités d'apprentissage); image du corps et apparence perçue. La spiritualité, les croyances personnelles et la religion, parfois incluses dans la dimension psychologique de la qualité de vie, constituent ici un domaine à part. Le domaine psychologique comprend la présence d'émotions et affects positifs, mais aussi l'absence, la rareté ou la faible intensité des affects négatifs (anxiété, dépression). On reconnaît ici la conception bidimensionnelle de la santé, ce qui a été dit plus haut à propos de la santé émotionnelle s'applique ici au sous-domaine psychologique de la qualité de vie.(Boujut, 2014, p. 50)

La composante cognitive (pensée, mémoire, apprentissage, concentration) peut être explorée de diverses façons: l'auto-évaluation permet de savoir si le sujet est conscient de ses troubles; elle doit être complétée par l'avis d'un tiers (un professionnel) utilisant des techniques d'observation (rating scales) pouvant apporter un éclairage intéressant sur les difficultés cognitives du sujet et par des tests (dont il existe des versions adaptées aux caractéristiques sociodémographiques des sujets).Le domaine psychologique de la qualité de vie inclut aussi des processus évaluatifs comme l'estime de soi (confiance en soi, satisfaction vis-à-vis de soi, de ses capacités...) et la satisfaction vis-à-vis de son apparence et de son corps (image du corps). Si l'on souhaite explorer ces dimensions plus en détail, il existe divers questionnaires d'estime de soi ou d'image du corps, comme, par exemple, le QIC, validé sur des échantillons français. Les relations entre image du corps et estime de soi sont étroites. Des

perturbations. de l'estime de soi et de l'image du corps sont en cause, par exemple dans les TCA (troubles des conduites alimentaires).(Boujut, 2014, pp. 50,51)

Pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie inclut des émotions et des états affectifs positifs. Pour d'autres, elle impose l'absence d'affects négatifs, c'est le cas d'une échelle telle que la SF-36 (Ware, 1987) très utilisée sur un plan international, dans le domaine médical. En adoptant ce choix, les auteurs se rapprochent des notions de santé psychologique ou de bien-être subjectif qui sont un peu plus vastes car elles incluent certains processus cognitifs (comme la satisfaction de la vie). Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques comme le développement personnel. L'actualisation ou la réalisation de soi prenant en compte la créativité, le sens donné à la vie, la morale, la vie spirituelle, la compréhension du monde. (Michele Montreuil, 2009, pp. 136-137)

## **5.2. Le domaine physique de la qualité de vie :**

Le domaine physique de la qualité de vie comprend deux sous- domaines: la santé physique (état de santé) et les capacités fonctionnelles (autonomie), qui se subdivisent à leur tour en composantes plus fines. Ainsi, la santé physique comprend-elle l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biomédicaux. Les capacités fonctionnelles incluent le statut fonctionnel, la mobilité, les activités quotidiennes pouvant être accomplies et la relative autonomie (ou dépendance). Ces deux sous domaines peuvent être évalués de façon externe (résultats d'analyses et examens; diagnostic médical) ou interne (santé et capacités fonctionnelles subjectives). Après avoir longtemps utilisé des données externes pour évaluer la qualité de vie liée à la santé, on prend de plus en plus en compte l'auto-évaluation . En effet, pour des raisons pratiques (coût) autant que théoriques (intérêt du point de vue du patient), on recourt à l'auto-évaluation de la santé. Les techniques sont plus ou moins simples ou complexes: le patient doit, par exemple, indiquer combien de fois il a utilisé des services de soins (consultations, hospitalisations) pendant une période donnée, évaluer son état de santé sur une échelle visuelle analogique (de 0 à 100) ou sur une échelle de Likert (de très mauvaise à excellente). Parfois, il doit évaluer la fréquence (ou l'intensité) de certains symptômes tâche plus complexe. Parfois, la même grille est remplie par les médecins et par les personnes malades.(Boujut, 2014, p. 49).

À l'intérieur de ce domaine, les auteurs classent plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles. La santé physique implique

la prise en compte de: l'énergie, la vitalité, la fatigue, du sommeil, du repos, des douleurs, des symptômes et divers autres indicateurs biologiques. Les capacités fonctionnelles incluent: le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que la personne peut accomplir et le degré d'autonomie. On peut évaluer ces deux aspects (santé physique et capacité fonctionnelle) selon deux points de vue: un point de vue «externe» (médical) qui va évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles et, un point de vue «interne», seulement accessible par une autoévaluation du patient lui-même, pour atteindre ses représentations, ses perceptions et son vécu subjectif quant à sa santé. C'est ce dernier point de vue, qui, seul, reflète la satisfaction de vie d'un individu. (Michele Montreuil, 2009, pp. 136-137)

### **5.3. Le domaine social de la qualité de vie :**

Les relations et activités sociales des individus constituent le troisième domaine majeur de la qualité de vie. On oppose généralement une vie sociale riche à l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères: familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations suffisant en quantité (intégration sociale) et en qualité (intimité, réciprocité, etc.). Ainsi, de nombreuses échelles de qualité de vie évaluent une sorte de santé sociale, définie comme la participation à des activités sociales (famille, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse, vie civique). (Boujut, 2014, p. 52).

La QDV sociale est estimée en général au sein d'outils génériques. Mais il existe des échelles spécifiques explorant le fonctionnement social des individus. Celui-ci peut être évalué par le patient lui-même, grâce à la SAS( Social Adjustment Scale). Il peut également être évalué par un tiers, un thérapeute par exemple comme dans le SFS (Social Functioning Schedule) de Remington et Tyrer (1979). À cet égard, l'intégration sociale réelle et l'intégration perçue ne jouent pas tout à fait le même rôle. Il est donc essentiel d'évaluer le fonctionnement social des individus en croisant les techniques et les points de vue. Il existe des relations bien établies entre la santé sociale et la qualité de vie globale. Il peut sembler assez artificiel de séparer les domaines psychologique, physique et social, souvent étroitement interdépendants; la santé mentale par exemple est l'une des conditions de la santé globale et les comorbidités entre pathologies physiques et mentales sont assez fréquentes. D'un strict point de vue dimensionnel, les composantes de la qualité de vie sont considérées comme distinctes, mais plus ou moins intercorrélées. Leur nombre varie d'un auteur à l'autre. Il y



aurait de trois à douze dimensions de 1 ordre se regroupant en facteurs plus généraux (de 1 à 3). Il n'y a pas encore de consensus sur le nombre, la hiérarchie et les fonctionnements des composantes de la qualité de vie.(Boujut, 2014, pp. 52,53).

Les relations et les activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. Les évaluations cliniques opposent. Généralement l'existence d'une vie sociale à l'isolement et au retrait, ceci dans différentes sphères: familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale effective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu, en termes de disponibilité et de satisfaction). Pour Griffin (1988), il faut prendre en compte la qualité jugée par l'individu et non la quantité des relations sociales des individus, aspect plus objectif. Selon Flanagan (1982), la façon dont un individu évalue ses activités sociales estime de soi «social», sentiment de réalisation de soi, échec et réussite) est aussi un indicateur d'un bon fonctionnement social. La qualité de vie sociale est généralement évaluée par des échelles génériques. (Michele Montreuil, 2009, p. 137)

## **6. L'évaluation de la qualité de vie :**

On distingue deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie: l'entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative).

- ✓ **L'entretien psychologique** permet une évaluation plus globale de la qualité de vie et possède une valeur thérapeutique. Cependant, il a plusieurs inconvénients: difficulté de standardisation et donc d'utilisation dans des études comparatives, impossibilité d'application à grande échelle, et coût élevé.(M.Mercier, 2022, pp. 418-419)
- ✓ **Les outils psychométriques**, constitués d'échelles ou de questionnaires (auto ou hétéro évaluation), réalisent une évaluation plus restrictive de la QdV, mais ils permettent une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser. Ils s'adressent aux individus d'une population donnée et sont aptes à fournir des informations valables en moyenne pour l'ensemble du groupe. Ils sont utilisés pour une aide à la prise de décision au niveau collectif. Au niveau individuel, il faut disposer d'un outil psychométrique qui doit prendre le sujet comme sa propre référence, explorer et analyser tous les domaines qui composent la qualité de vie ou la qualité de vie liée à la santé, pondérer chacun des domaines les uns par rapport aux autres, en fonction de leur importance pour chaque individu. Un tel outil est extraordinairement complexe. Peu d'outils répondant à ces caractéristiques ont été élaborés à ce jour; on



peut citer le SEIQOL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life).(M.Mercier, 2022, p. 419).

Les questionnaires sont composés de plusieurs questions (ou items) regroupées en une ou plusieurs échelles correspondant aux aspects (ou domaines) de la qualité de vie explorés par le questionnaire. On associe à chaque échelle un score (variant généralement de 0 à 100) calculé à partir des réponses à chacune des questions composant l'échelle. Il existe deux possibilités de réponse aux questions. La première possibilité est une réponse fermée dichotomique (oui/non) ou à plusieurs modalités graduées en termes de fréquence ou d'intensité (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup), appelée "LikertScale". L'autre possibilité de réponse est représentée par les échelles graphiques, dites "visuelles-analogiques", symbolisées par un trait horizontal. Dans ce cas, le patient doit répondre et se positionner par un repère entre les deux extrémités correspondant à deux états opposés (pas du tout, énormément).(M.Mercier, 2022, p. 419)

On distingue habituellement deux types de questionnaires: **Les questionnaires génériques et spécifiques les plus utilisés**. Un autre type commence tout doucement à se développer: les questionnaires modulaires. (Heusse, 2014, p. 11).

### ✓ **Les questionnaires génériques**

Ces questionnaires sont utilisés pour évaluer différentes populations sans particularité. Ils permettent aussi de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes. Mais ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales). (Heusse, 2014, p. 11).

- SF-36 (MOS 36 Short Form) , avec 36 items regroupés en 8 échelles: activité physique.
- (10), limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4),
- vie/relations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4); NHP (Nottingham Health Profile) (7), avec 45 items regroupés en 6 échelles;
- WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items;
- WHOQOL BREF (8), avec 26 items regroupés en 4 échelles.

### ✓ **Les questionnaires spécifiques :**

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, cancérologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil). Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile. (Heusse, 2014, p. 11).

Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une pathologie (appelé "questionnaire central" ou "core questionnaire"). Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique. (M. Mercier, 2022, p. 421)

Un autre type commence tout doucement à se développer: les questionnaires modulaires.

### ✓ **Les questionnaires modulaires :**

Ces questionnaires considérant que la qualité est une construction applicable à tous, abordent aussi bien les aspects génériques que les aspects spécifiques. Ils permettent d'obtenir des informations qui combinent les avantages des deux types de questionnaires précédents. (Heusse, 2014, p. 11)

## **7. Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie :**

Il existe différentes situations cliniques dans lesquelles les études de qualité de vie sont préconisées. Dans le domaine de la cancérologie, Zittoun (1996), Macquart-Moulin, Auquier et Moatti (1996) en ont répertorié un certain nombre: (Fischer, 2002, pp. 289, 290)

- ✓ Des études ayant pour objectif essentiel le contrôle des symptômes tels que la douleur, les nausées/vomissements ou la détresse psychologique.
- ✓ Des études où la qualité de vie ne peut être qu'un objectif à court terme, car la prolongation de la survie n'est pas envisagée de façon réaliste; c'est le cas de certains types de tumeurs ou des phases avancées de la maladie cancéreuse relevant principalement de soins palliatifs.
- ✓ Des études randomisées dans lesquelles il n'est pas possible de dégager une différence statistiquement significative en terme de survie, et où les autres éléments de comparaison, à savoir la qualité de vie et le rapport coût/efficacité, deviennent

essentiels. Par exemple, en ce qui concerne les cancers du sein métastatiques, l'évaluation de la qualité de vie associée à la chimiothérapie peut être importante, voire décisive dans le choix du traitement. Toutefois, un nouveau traitement peut apporter une amélioration par son impact sur la qualité de vie des patients, même s'il est plus lourd et contraignant qu'un traitement conventionnel.

- ✓ Dans tous les cas, l'évaluation de la qualité de vie subjective permet d'analyser plus finement les effets secondaires des traitements. Elle permet aussi de cibler les domaines où la qualité de vie est altérée et d'identifier les patients pour lesquels une intervention de soutien psycho- thérapeutique est indiquée.
- ✓ Enfin, l'indice de Karnofsky (1949), qui mesure l'état physique général, est bien connu pour être un facteur pronostique de la survie dans les traitements des cancers. Cet indice est d'ailleurs utilisé par les cliniciens comme critère d'exclusion dans les essais cliniques. Plus récemment, des recherches ont montré que l'étude de la qualité de vie a également une valeur pronostique liée à la survie ces constatations, si elles étaient vérifiées dans différentes situations et par des études multivariées, auraient une importance clinique et physiopathologique considérable.

L'importance des mesures de la qualité de vie dans la prise en charge clinique. Reste à souligner les enjeux éthiques dans les études de qualité de vie. En effet, Zittoun (1996) insiste sur le fait que toute étude portant sur la qualité de vie doit répondre aux mêmes exigences éthiques que n'importe quelle autre étude clinique, avec notamment le consentement éclairé du patient appelé à livrer des éléments d'information portant sur son intimité. De même, Zittoun relève l'importance du respect de la confidentialité et du secret médical.(Fischer, 2002, p. 290).

### **Synthèse :**

A la fin de ce chapitre, on peut retenir que le concept de la qualité de vie est employé d'une manière diverse et dans des contextes variés. La qualité de vie repose sur un équilibre entre la santé physique et mentale, un environnement social et économique favorable, des conditions de vie saines et l'accès à la culture et à l'éducation. Afin d'améliorer cette qualité, les politiques publiques et les actions individuelles doivent viser à réduire les inégalités, à promouvoir le bien être général et à promouvoir des environnements sains et inclusifs. Les études sur la qualité de vie ont permis de mieux comprendre le niveau de conviction et de

satisfaction des individus qu'ils soient en bonne santé ou confrontés à des maladies. La qualité de vie restera toujours l'expérience subjective de la personne à sa propre vie.

# **Chapitre 03**

## **La drogue**

**Préambule :**

La drogue design toute substances qui est capable d'agir sur le cerveau ainsi sur l'organisme dans son ensemble. Ces substances ont pour particularité de modifier les perceptions, les pensées, les émotions, ou encore le comportement des individus consommateurs. Bien que certaines drogues soient utilisées dans un cadre médical, notamment pour soulager certaines douleurs ou traiter certaines pathologies, leur usage en dehors de ce contexte peut entrainer de graves conséquences pour la santé physique, mentale et sociale. Dans ce chapitre, nous allons d'abord retracer brièvement l'histoire de la drogue nous proposerons ensuite quelque définitions avant de présenter les différents types de substances on les classant selon leurs effets ou leur origine. Enfin nous aborderons des généralités importantes sur le phénomène de la consommation de la drogue.

**1.Définition de la drogue :**

Le mot *drug* en anglais, le sens du mot drogue en français a évolué au cours du temps. D'abord employé dans le sens de médicament ou de matière première d'une préparation pharmaceutique, le développement des toxicomanies a conduit à l'employer dans le sens plus restrictif de substance psycho active illicite utilisée de façon abusive. Aujourd'hui, en raison d'une approche plus scientifique et devant l'évidence du caractère toxicomanogène et toxique de diverses substances licites comme le tabac et l'alcool", on considère comme une drogue toute substance susceptible de modifier le fonctionnement normal du cerveau et douée d'un potentiel d'abus et/ou de pharmacodépendance.(Pol, 2002, p. 86).

Le terme de « drogue » recouvre l'ensemble des substances ou produits psychoactifs dont la consommation perturbe le système nerveux central en modifiant les états de conscience. Les drogues ont en commun d'agir directement sur le circuit de récompense du cerveau impliqué dans le renforcement des comportements et sur d'autres circuits dont dépend la gestion des émotions, de l'humeur, de la motivation et des apprentissages (Reynaud, 2016). Elles provoquent souvent, à l'origine, des sensations de plaisir qui engendrent le désir de renouveler l'expérience et conduisent certains à ne plus pouvoir contrôler leur consommation. D'autres comportements, tels que la pratique des jeux d'argent, ont une action similaire sur le cerveau.(Julien, 2019, p. 12).

Le terme « drogue » désigne aussi un certain nombre de produits, dont le point commun est d'agir sur le psychisme des individus. Les effets et dangers de la consommation de drogues sur un individu dépendent principalement de deux facteurs combinés: la substance consommée (sa nature, la quantité absorbée, le mode de consommation, etc.), l'individu lui-même (sa tolérance au produit, ses habitudes de consommation, sa corpulence, son état de santé général, son état psychique, etc.)(Salmandjee, 2003, p. 12).

Drogue désigne une substance exposant au risque de dépendance, jugée particulièrement dangereuse et interdite par la loi. Dans les médias ou les discours officiels, « la drogue », représente un phénomène menaçant auquel sont associées des images de maladie, de fléau et de mort, et auquel il est encore mal perçu d'y associer l'alcool, le tabac et les médicaments (Morel, 2020, p. 45).

D'une façon générale, on désigne sous le terme de drogue toutes les substances chimiques susceptibles d'agresser les tissus de l'organisme, de modifier le fonctionnement des organes, voire de les détériorer. En fait, en pratique courante, on désigne plus particulièrement les substances qui agressent et altèrent le système nerveux d'où leurs effets d'ordre psychique et neurologique. En d'autres termes, en modifiant une ou plusieurs fonctions du système nerveux central, une drogue peut avoir des effets sur les pensées, les émotions, les comportements, l'humeur, etc. Par ailleurs, une drogue est un produit susceptible d'entraîner une dépendance (Salmandjee, 2003, p. 13).

## **2. L'histoire de la drogue :**

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 ses substances est également fort ancien, c'est leur emploi toxicomane qui récent en Europe (Biron, 1979, p. 19).

Depuis la découverte de l'Amérique en 1492, l'usage du tabac s'est étendu à l'Europe puis à l'ensemble du monde. Au cours du XIX siècle, la cigarette manu facturée s'est imposée, faisant reculer les usages de la chique, de la prise et des cigarettes roulées. Le XX siècle a connu un tournant dans la diffusion de l'épidémie de tabagisme. En effet,

l'augmentation de la fréquence du tabagisme en population générale était jusque-là exponentielle. Mais il devient clair, à partir des années 1950-1960, que le tabagisme est à l'origine d'un surcroît de décès, par cancers pulmonaires notamment. Cela conduit les États à prendre des mesures politiques de prévention du tabagisme : information du public, réglementation de la publicité, de la vente aux mineurs, augmentation des prix, etc. Les effets sur la fréquence de l'usage de tabac en population générale se font sentir quelques années plus tard, avec une baisse du nombre de fumeurs à partir des années 1970, suivie d'une stabilisation à la fin du xx siècle dans tous les pays développés. Néanmoins, cette baisse globale masque une augmentation du tabagisme chez les femmes, devenu égal à celui des hommes. En effet, les fabricants de cigarettes, confrontés à une érosion de leur marché depuis les années 1970, se sont tournés vers de nouvelles populations : initialement les femmes, et actuellement les populations des pays émergents (Lejoyeux, 2017, p. 6).

Quand André Thevet, réalise son grand voyage sur les terres nouvellement découvertes, il voit et rapporte les pratiques indiennes en matière de consommation de produits psychotropes. Les Indiens fument de grands « tabacos », en langue espagnole des feuilles roulées sur elles-mêmes, pour communiquer avec les esprits ou pour couper la faim lors des campagnes de guerre ou de chasse. Leurs femmes sont interdites de fume. Thevet est de plus le premier, semble-t-il, à ramener ladite plante en Europe : « je puis me vanter d'avoir été le premier en France qui a apporté la graine de cette plante et pareillement semée », et nommée la dite plante l'herbe angoumoisine. De leur côté, dans les Andes, les conquistadors découvrent les pratiques indiennes de la mâche de la feuille de coca et ses vertus en matière de résistance à la faim et de dépassement de soi (Nourisson, 2017, p. 5).

Les drogues (notamment l'opium) étaient utilisées à des fins médicales et/ ou dans le cadre de rituels religieux (cannabis, coca ainsi que plusieurs plantes aux propriétés hallucinogènes). En général, il semble que leur utilisation se limitait à certains groupes sociaux. À l'époque des Incas, par exemple, où la coca était un privilège réservé pour une petite élite de la classe dominante, les prêtres et les messagers vitaux, elle restait tabou pour la population en général, et notamment les femmes. L'utilisation du cannabis en Inde et dans d'autres pays d'Asie se limitait essentiellement aux cérémonies religieuses. En Europe, pendant le Moyen Âge, l'utilisation de drogues à des fins récréatives était souvent associée à la sorcellerie et était fortement dénoncée par la puissante Église catholique. S'il y avait



consommation d'opium, celle-ci se limitait principalement à une utilisation médicinale sous forme de laudanum, une teinture d'opium alcoolisée préparée par Paracelse (1490-1541) pour traiter la douleur. De la même manière, l'utilisation d'opium dans de nombreux pays asiatiques, dont la Chine, s'est essentiellement limitée à un usage médical jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle. À part quelques exceptions, ces normes religieuses et sociales semblent avoir en grande partie contrôlé l'usage des drogues pendant des siècles (Unies, Nations, 2009, p. 4).

### **3. Les classifications de drogue :**

#### **3.1. Les dépresseurs :**

Certaines drogues ont une action principalement sédatrice et vont diminuer l'activité du cerveau. Ce sont des dépresseurs du système nerveux central. C'est le cas des opiacés (dérivés de l'opium), de l'alcool, des tranquillisants (benzodiazépines et autres), des neuroleptiques et des anesthésiants parmi lesquels des solvants volatils (l'éther notamment) ou d'autres tels que l'acide Gamma-hydroxy butyrique (GHB) ou la kétamine. Ces dépresseurs agissent de façon séquentielle, ce qui explique que, tout en diminuant l'activité cérébrale, l'alcool ou les benzodiazépines par exemple provoquent une désinhibition, en début de consommation ou chez des personnes très « habituées » (chez lesquelles la tolérance est efficace). Pour les anesthésiants tels que l'éther, le GHB ou la Kétamine, leur action va déclencher des effets parfois « délirogènes ». À hautes doses, ces substances provoquent une dépression de l'activité des commandes cérébrales des systèmes vitaux (dépression respiratoire), ce qui peut conduire au coma et à la mort (Alain, M, 2008, p. 42).

#### **3.2. Les stimulants :**

D'autres substances vont au contraire augmenter l'activité du système nerveux central, on les appelle des stimulants, comme la cocaïne et ses dérivés (la cocaïne base ou crack), les amphétamines, les antidépresseurs, la nicotine, la caféine. Ce sont généralement des substances qui diminuent la sensation de faim et de fatigue et qui donnent une impression de gain en énergie et en capacités. À haute dose ou à consommations très répétées, les plus puissantes peuvent provoquer des troubles essentiellement cardio-vasculaires et un épuisement (fatigue intense et humeur dépressive) lors de la récupération. (Alain, M, 2008, p. 43).

**3.3. Les perturbateurs :**

La troisième catégorie est composée de molécules qui perturbent l'activité du cerveau essentiellement sur les fonctions perceptives. On y retrouve le cannabis et ses dérivés et les hallucinogènes, depuis la mescaline (extrait du peyotl), jusqu'au LSD en passant par les champignons hallucinogènes (dont le principe actif est la psilocybine ou la mescaline), etc. On les appelle des perturbateurs. Leurs effets portent principalement sur les perceptions à ces modifications perceptives : hallucinations effrayantes parfois ou, au contraire, vécus oniriques agréables. De ce fait, elles peuvent provoquer des troubles mentaux. En revanche elles ne sont pas ou peu l'objet de dépendances. Cette classification pharmaco-clinique (fondée sur des critères d'effets biologiques et comportementaux observables) est déjà ancienne, proposée par Delay et Denicker, deux psychiatres français, il y a près d'un demi-siècle, mais elle reste encore la plus pertinente et la plus compréhensible (Alain, M, 2008, p. 43).

**Tableau N°1** : Classification de la drogue :(Alain, M, 2008, p. 42).

Dépresseurs	Stimulants	Perturbateurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alcool</li> <li>● Opiacés</li> <li>● Opium</li> <li>● Morphine</li> <li>● Codéine</li> <li>● Héroïne</li> <li>● Méthadone</li> <li>● Buprénorphine</li> <li>● Tranquillisants</li> <li>● Benzodiazépines</li> <li>● Barbituriques</li> <li>● Solvants volatils</li> <li>● Ether</li> <li>● Anesthésiants</li> <li>● GHB</li> <li>● Kétamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nicotine</li> <li>● Caféine</li> <li>● Théine</li> <li>● Cocaïne (Crack)</li> <li>● Amphétamines</li> <li>● Speed</li> <li>● Ecstasy</li> <li>● MDEA</li> <li>● Ritaline</li> <li>● Méthamphétamines</li> <li>● Antidépresseurs</li> <li>● Poppers</li> <li>● Khat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cannabis</li> <li>● Herbe</li> <li>● Haschich</li> <li>● Huile de haschich</li> <li>● Hallucinogènes</li> <li>● LSD, Acide</li> <li>● Champignon</li> <li>● Datura</li> <li>● PCP ou Angel Dust</li> <li>● Artane</li> </ul>

Source :(Alain, M, 2008, p. 42)

**Voici la définition de quelque type de drogues :**

**Le LSD** : est une drogue semi-synthétique dérivée de l'acide lysergique produit par un champignon parasite du seigle et d'autres céréales. Le LSD, ou "acide" en argot, est un des hallucinogènes les plus puissants. Il est généralement vendu dans la rue sous forme de petits carrés de buvard imprégnés de gouttes contenant la drogue, ou en comprimés, en capsules et, parfois, sous forme liquide. C'est une substance incolore et inodore au goût légèrement amer(Nation unie, 2007, p. 8).

**Le crack** : est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et d'ammoniaque présenté sous forme de petits cailloux. L'utilisateur en inhale la fumée après les avoir chauffés. Cette opération provoque des craquements, origine de son nom (Kasmi, 2005, p. 6)

**Le gamma-hydroxybutyrate (GHB) :** est une molécule utilisée initialement en tant qu'anesthésiant en médecine pour ses qualités sédatives (calmant) et dans le traitement de la narcolepsie (troubles rare du sommeil). Il s'agit sur les récepteurs GABA comme l'alcool ou les benzodiazépines. Utilisé également dans le traitement de l'insomnie grave ou encore de l'alcoolodépendance, il connaît depuis quelques années des utilisations controversées ou mésusages notamment dans le milieu festif sa prescription, très réglementée, reste tout de même très rare ( Association addiction, 2024, p. 4).

**Méthamphétamine :** est un stimulant de type amphétamine. Cette drogue de synthèse est généralement fabriquée dans des laboratoires illégaux. Procure un sentiment de bien-être physique et mental et provoque des bouffées d'euphorie, ses usagers connaissent un regain temporaire d'énergie qui leur donne souvent l'impression d'améliorer leurs performances manuelles ou intellectuelles (Nation unie, 2008, p. 10).



**Forme N°= 01 :** les différents types de drogue.

**4. L'usage de drogue :**

L'usage de substance psychoactive, à son commencement, est une conduite concomitante de la période de la vie où l'expérimentation et l'exploration à travers le plaisir, le risque, le groupe sont un moteur de l'action et du développement personnel.

On lui attribue généralement un qualificatif: usage occasionnel, ou répété, régulier, etc(Alain, M, 2004, p. 136).

La drogue concerne les jeunes dans toutes les régions du monde. Ils peuvent en consommer, participer à la culture de plantes servant à fabriquer ou à sa production, ou en être les convoyeurs. De nombreux facteurs : facteurs individuels et facteurs de micro niveau (famille, cadre scolaire et pairs) et de micro niveau (environnement socioéconomique et physique) peuvent conjuguer leurs effets pour exposer les jeunes à l'usage de substances. Selon la plupart des études, la période comprise entre le début (de 12 à 14 ans) et la fin (de 15 à 17 ans) de l'adolescence est celle d'un risque important d'initiation à l'usage de substances. De nombreux jeunes consomment des drogues pour gérer les difficultés d'ordre social et psychologique qu'ils peuvent rencontrer pendant les différentes phases du passage de l'adolescence à l'âge adulte (qu'il s'agisse du besoin de se sentir bien dans leur peau ou simplement de se faire des amis, ou de pallier des troubles de l'adaptation personnelle et social).(ONUDD, 2018, p. 14).

L'usage de drogues par voie intraveineuse constitue incontestablement une pratique à hauts risques. Il peut contribuer à la dégradation de l'état de santé et à la désocialisation de ceux qui s'y livrent, et mettre leur vie en jeu. Il est à l'origine de conduites qui heurtent les principes. Moraux d'une grande partie de la population. Lorsqu'il s'agit de drogues illicites, il expose les consommateurs à toutes sortes de sanctions sociales et pénales. Sur le plan sanitaire, l'usage de drogue par voie intraveineuse peut entraîner différentes conséquences dommageables. Jusqu'à la mort violente due à l'effet de la substance injectée sur l'organisme (Molla, 2001, p. 3).

**5. Les facteurs de risque de la consommation de drogue :****5.1. Les facteurs personnels :**

Un certain nombre de facteurs personnels, dont la génétique, la biologie, la personnalité, la santé mentale et les aptitudes utiles dans la vie de tous les jours, jouent un rôle dans le fait qu'un jeune se lance dans la consommation de drogues ou adopte d'autres comportements

problématiques ou non. Le patrimoine génétique d'un individu peut entraîner une vulnérabilité à des problèmes d'usage de drogues, qui peut se manifester ou non, selon le milieu dans lequel il vit (par exemple, l'attitude de ses parents et de sa communauté face à l'usage de drogues) et son expérience propre. Le contact avec des substances comme les drogues, l'alcool ou le tabac pendant la grossesse peut avoir, suivant la substance, le moment et l'importance du contact, une incidence imperceptible ou considérable sur le développement futur et la vulnérabilité de l'enfant. Les problèmes de santé mentale de l'enfance, notamment le trouble du comportement et le trouble déficitaire de l'attention, sont associés à un usage ultérieur de drogues (Nation unie, 2009, p. 4).

### **5.2. Facteur environnementaux :**

Il y a également les facteurs culturels et sociaux comme 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 ainsi que le rôle des pairs. Cependant, si à l'évidence la pression des pairs est un facteur d'abus de substances, elle peut être également un possible facteur d'abstinence. En effet, il existerait une relation directe entre une pression croisée des pairs et un usage de drogues, ce qui ferait que plus l'acceptation de drogues n'est basse, moins fréquent serait son usage. Parmi les facteurs environnementaux il y'aussi acceptabilité et accessibilité du tabac (Djenidi, 2015, pp. 86-87).

### **5.3. Facteurs familiaux :**

La qualité de la vie familiale est un facteur important qui joue sur la santé et le comportement de l'enfant et l'adolescent. Une carence affective précoce (manque d'affection des proches, délaissement ou abus) a souvent une incidence profonde sur le cheminement de l'enfant dans la vie. Les enfants dont les parents sont toxicomanes ou alcooliques sont particulièrement susceptibles de faire usage de drogues plus tard. Pendant l'adolescence, la discipline et les règles familiales restent des facteurs déterminants, et les approches extrêmes (comme le trop grand laisser-aller ou les toutes sanctions) donnent lieu à des problèmes. Les transitions ou les changements importants dans la vie familiale (séparation des parents, disparition d'un membre de la famille proche, déménagement dans un nouveau quartier ou

changement d'école) peuvent faire courir des risques aux jeunes. Les parents qui sont à l'écoute de leurs enfants, nourrissent des attentes raisonnables à leur égard, qui suivent leurs activités et leur donnent un exemple de vie et de comportement sains (par exemple en ce qui concerne l'usage de médicaments) exercent sur eux un effet protecteur (Nation unie, 2009, p. 5).

## **6. Les dangers et les effets de drogue :**

La dangerosité des substances psychoactives, comme leurs effets eux-mêmes, est soumise à différents paramètres, tenant en particulier au contexte (culturel, familial, situationnel), à la substance (sa nature et sa composition, son mode d'administration) et au sujet consommateur (son âge, sa vulnérabilité psychologique et génétique, ses liens sociaux) (Alain, M. Fancois, H, 2003, pp. 28-29).

Selon la Classification internationale des maladies (CIM-10), les troubles liés à l'usage de drogues sont d'une part l'utilisation nocive pour la santé et d'autre part la dépendance.

La dépendance à la drogue est considérée comme un trouble de la santé multifactoriel qui prend souvent la forme d'une maladie chronique alternant rémissions et rechutes. Il s'agit d'un syndrome caractérisé par un désir puissant et compulsif de prendre de la drogue et par une incapacité à en contrôler la consommation, ce qui amène à absorber des quantités toujours plus importantes de drogue et à consacrer un temps excessif à des activités qui y sont liées. Avec le temps, la consommation de drogues devient de plus en plus prioritaire pour la personne concernée et prend la place d'autres activités auxquelles elle accordait auparavant plus de valeur. Les personnes souffrant de ce trouble perdent fréquemment tout intérêt pour la vie familiale et sociale, l'éducation, le travail et les loisirs, et s'en détournent. Souvent, malgré l'accumulation de problèmes sociaux et interpersonnels et tout en ayant conscience des problèmes persistants causés par leur consommation, elles continuent à faire usage de drogues et adoptent des comportements à haut risque (OMS, 2021, p. 34).

Voici les effets des différentes substances psychoactives sur le cerveau:(Salmanjee, 2003, pp. 22-24).

- ✓ **L'alcool** : est un dépresseur. il se lie aux récepteurs de l'acétylcholine, de la sérotonine, du GABA et aux récepteurs NMDA du glutamate. Il perturbe également les fonctions des neurones en altérant la structure de leurs membranes. Enfin, l'alcool augmente la libération de dopamine.
- ✓ **La nicotine du tabac** : est un stimulant mineur. La nicotine imite l'action d'un neurotransmetteur naturel, l'acétylcholine, et se fixe sur un type particulier de ses récepteurs, appelé justement récepteur nicotinique. Elle facilite également la libération des endomorphines, ce qui expliquerait en partie son effet analgésique. Elle accroît aussi la libération de dopamine.
- ✓ **La caféine** : est un stimulant mineur. L'effet stimulant du café lui vient en grande partie de son action sur nos récepteurs membranaires à l'adénosine. Quand l'adénosine se fixe sur ses récepteurs, le sommeil est facilité. La caféine est un antagoniste des récepteurs à l'adénosine: elle se fixe sur les mêmes récepteurs, mais sans réduire l'activité neuronale.
- ✓ **Les benzodiazépines** : sont des anxiolytiques qui peuvent aussi avoir des effets hypnotiques. Comme l'alcool, ils potentialisent l'effet du GABA en agissant sur ses récepteurs. C'est d'ailleurs pour cela que le mélange benzodiazépines/alcool est très dangereux: leurs effets peuvent s'additionner.
- ✓ **Le cannabis** : est un perturbateur du système nerveux central. La sensation d'euphorie légère, de relaxation et de perceptions auditives et visuelles amplifiées que produit le cannabis s'explique presque entièrement par son action sur les récepteurs cannabinoïdes. Ces récepteurs sont présents un peu partout dans le cerveau. Le cannabis remplace la molécule endogène qui s'y lie naturellement, l'anandamide, perturbant ainsi la régulation de l'humeur, de la mémoire, de l'appétit, de la douleur, de la cognition et des émotions. Il entraînerait aussi une faible libération de dopamine.
- ✓ **Les drogues hallucinogènes** : comme le LSD et la mescaline (peyotl) sont en général des antagonistes de la sérotonine ou de la noradrénaline sur certains récepteurs. Elles provoquent



du plaisir, mais aussi des visions hallucinatoires dues à la mise en activité anarchique de réseaux neuronaux situés dans le lobe temporal.

- ✓ **L'ecstasy** : est un hallucinogène de la catégorie des perturbateurs du système nerveux central, l'ecstasy bloque les pompes à recapture de certains neurotransmetteurs, comme la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine et en augmente donc la présence et la potentialise. C'est principalement l'augmentation de sérotonine qui est responsable du regain d'énergie, de l'euphorie et de la désinhibition provoqué par l'ecstasy.
- ✓ **Les amphétamines** : sont des stimulants majeurs. Comme l'ecstasy, ils provoquent une libération accrue de dopamine et de sérotonine dans les synapses, suivie d'un épuisement des stocks de ces neuromédiateurs.
- ✓ **La cocaïne** : est un stimulant majeur. Elle empêche la recapture de la dopamine dans les synapses. Comme avec l'ecstasy, cela a pour effet d'en augmenter la présence et de la potentialiser.
- ✓ **L'héroïne** : est un dépresseur. Transformée en morphine dans le cerveau, elle se fixe sur les récepteurs opioïdes naturels, c'est-à-dire les récepteurs des endomorphines. Elle accroît aussi la libération de dopamine.

### **7. La prise en charge des consommateurs de drogue :**

Les consommateurs de drogues en difficulté avec leurs consommations peuvent trouver de l'aide auprès de différents professionnels du soin. Il existe tout d'abord des établissements spécialisés, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), dont la mission principale est d'accueillir ces patients pour un traitement en ambulatoire. (Pousset, 2013, p. 26)

Pour le sujet consommateur, une combinaison de thérapies à la fois familiale, cognitive, psychanalytique et sociales permettant d'attaquer sa dépendance ;

**7.1 .Thérapie familial :**

Travailler les relations familiales est souvent nécessaire dans le suivi des patients usagers de drogues. L'entourage a d'ailleurs un rôle majeur dans la prise de conscience du problème d'addiction, en aidant l'intéressé à réaliser les conséquences de son addiction. L'entourage est fréquemment à l'origine des demandes de soins, parfois même véritable porteur de la demande. Des entretiens familiaux peuvent s'avérer utiles pour travailler la demande avec l'entourage afin d'amener le patient aux soins. Dans les situations familiales particulièrement enchevêtrées, de véritables thérapies familiales sont nécessaires. De nombreuses études ont montré l'efficacité des thérapies familiales dans le traitement des addictions, notamment chez les jeunes. Différents types de thérapies familiales plus ou moins standardisés ont été évalués. La thérapie familiale multidimensionnelle (multidimensionalfamilytherapy [MDFT]) a notamment été développée en France pour la prise en charge des jeunes fumeurs de cannabis et leur entourage. A la vue des bénéfices de la thérapie familiale dans les addictions, on peut déplorer que ces approches restent relativement limitées (Blaise, 2017, p. 15).

**7.2. Thérapie cognitivo-comportementale :**

Les thérapies cognitivo-comportementales sont adossées à des théories psychologiques à caractère scientifique; en corollaire, le thérapeute propose une approche scientifique du traitement, par exemple, il propose de vérifier régulièrement ses hypothèses à travers l'évaluation de la modification du comportement; Les objectifs thérapeutiques sont clairement définis, de même que les moyens de les évaluer; l'évaluation régulière des progrès permet d'ajuster au fur et à mesure le traitement. Ces thérapies mettent l'accent sur le renforcement de l'efficacité personnelle; le thérapeute s'efforçant d'augmenter la confiance en soi des patients; l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans les conduites addictives a régulièrement été confirmée par des études comparatives de caractère scientifique. Ajoutons que ces approches thérapeutiques sont particulièrement souples, leur permettant d'être associées à d'autres approches comme, par exemple, les thérapies familiales ou la pharmacothérapie. Elles peuvent être utilisées dans différents environnements thérapeutiques, que ce soit dans le cadre de consultations ambulatoires, d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation de court séjour ou de soins de suite. (Aubin, 2016, p. 7)

Enfin, les techniques cognitivo-comportementales sont identiques, quelles que soient la ou les substances en cause dans la conduite addictive. Ainsi, une équipe possédant ces techniques cognitivo-comportementales pourra les appliquer indifféremment aux différents types de patients qu'elle pourra accueillir dans le champ des addictions. Ces techniques peuvent être utilisées dans le cadre des thérapies individuelles ou de groupe. Dans ce dernier cas, il est possible d'associer dans le même groupe thérapeutique des patients ambulatoires et des patients hospitalisés, ayant des problèmes avec des substances.(Aubin, 2016, p. 7).

### **7.3. Psychothérapie psychanalytique :**

L'abord psychothérapique des toxicomanes n'apparaît pas spécifique, dès lors que l'on prend en compte, en deçà du comportement addictif, la structure du sujet. Au cas par cas, le patient est invité à se laisser surprendre par son fonctionnement psychique, à faire l'expérience du poids des mots et de leurs nouages. Au fil du travail, le patient peut ainsi laisser émerger les situations passées et actuelles qui organisent et lestent sa vie, se confronter aux choix qu'il évitait, etc. Certaines problématiques, bien que non spécifiques aux sujets toxicomanes, reviennent régulièrement les relations avec les parents, que les enfants aient été trop aimés (on ne peut alors exister pour soi sans décevoir) ou pas assez, voir maltraités (on ne peut s'estimer suffisamment pour exister); la double culture (en choisir une conduite à trahir les idéaux de l'autre); les relations avec l'autre sexe, lorsqu'on n'est pas suffisamment assuré imaginativement d'être assez un homme, ou que l'on se demande ce que c'est qu'être une femme, ou lorsque la barre de l'idéal est trop haut placée (« je ne peux rien commencer parce que j'ai peur d'échouer) et que l'on se protège contre la dépression. Il s'agit là d'une liste non exhaustive de configurations qui peuvent conduire à un usage de substances psychoactives, pour se soigner, ou pour s'oublier. Ces thérapies ont l'intérêt, lorsqu'elles sont bien conduites et rencontrent l'adhésion du patient, de susciter des remaniements psychiques en profondeur. En revanche, leur durée n'est pas prévisible et, en particulier pour des personnes en précarité sociale ou encore très attirées par la « solution chimique », conduit à des arrêts prématurés.(Alain M, 2003, pp. 245-246).

### **Synthèse :**

La consommation de drogues, c'est quand une personne prend des substances qui peuvent changer son comportement, son humeur ou son état de santé. Certaines drogues sont

illégales, comme la cocaïne ou l'héroïne, et d'autres sont légales mais dangereuses, comme l'alcool ou certains médicaments. Les drogues peuvent donner une sensation de plaisir ou d'évasion, mais elles sont aussi très risquées. Elles peuvent causer des problèmes de santé, rendre dépendant et compliquer la vie famille, travail, études. Ainsi le cannabis peut avoir des effets agréables mais aussi des conséquences négatives, Beaucoup de personnes commencent par curiosité, pour fuir un problème ou sous l'influence des autres. Le mieux, c'est d'éviter les drogues et de trouver d'autres façons d'aller mieux.

# **Patrie pratique**

# **Chapitre 04**

## **La méthodologie de recherche**

**Préambule :**

Pour mener une recherche, il est important de suivre une méthode bien précise. Il faut d'abord choisir un terrain de recherche, c'est-à-dire l'endroit où l'étude sera réalisée, ensuite identifier la population ciblée, c'est-à-dire les personnes concernées par l'étude, et enfin, utiliser des outils adaptés pour recueillir les informations nécessaires.

Dans ce chapitre, nous avons présenté toutes les étapes que nous avons suivies pour bien comprendre et étudier notre sujet. Nous avons expliqué comment la recherche s'est déroulée, quelles méthodes nous avons choisies, comment nous avons présenté le lieu où s'est faite l'étude, qui sont les personnes qui ont participé, et quels outils nous avons utilisés pour collecter les données. Cela nous a permis de mieux cerner notre problématique et d'obtenir des résultats fiables et pertinents

**1. Déroulement de la recherche :****1.1. Pré-enquête**

Nous avons commencé notre étude par la pré-enquête, au début nous avons choisi une thématique intitulée "La qualité de vie chez les consommateurs de d'alcool", vue que la drogue est le phénomène le plus récent on a changé notre thème.

Cette dernière nous a permis d'enrichir et de construire le guide d'entretien et de se perfectionner dans l'utilisation des outils, également de modifier et de réajuster notre guide d'entretien de plus nous a permis d'apporter quelques modifications dans l'élaboration de notre problématique et hypothèses, en fait nous avons rencontré des difficultés de trouver l'échelle S-F 36.

Avant de commencer notre recherche nous avons rencontré le responsable de l'établissement à qui nous avons expliqué notre thème de recherche. Une fois qu'on a eu l'avis favorable après nous avons rencontré le psychologue qui nous a accompagnés pour visiter les services au sein de l'hôpital.

Encore on a rencontré également des difficultés concernant le consentement des patients pour faire l'entretien presque c'est tout le monde qui refuse d'avouer qu'ils sont des consommateurs.

## **1.2. L'enquête :**

Notre stage a durée 45 jours (02 mars 2025 jusqu'à 14 avril 2025). Les séances se sont déroulées au sein du L'établissement psychiatrique de Oued Ghir . Les premières séances sont consacrées à la récolte des informations sur les cas et à l'observation de leurs états avec l'aide de psychologue. Après nous avons sélectionnés celles qui répondraient a les critères demandé pour passé a l'application de l'entretien et le questionnaire MOS SF-36, après on a commencé notre premier entretien dans le service de l'isolement.

Les entretient sont déroulée au sein d'une salle calme et chaque séance s'est durée 30min à 1 heures environ, en respectant également l'éthique professionnelle et bien évidemment les droit de nous patients. Durant les premières semaines nous avons orienté vers d'autre services pour sélectionner les cas qui consomme la drogue malheureusement on a trouver juste un seul cas qui a accepter de faire l'entretien avec nous, car presque tout les cas sont eu l'autorisation de sortir de l'établissement.

La semaine de 06 jusqu'au 15 avril on a trouvé plusieurs cas qui correspond a notre thématique avec les quels nous avons travaillé, y'avait aussi des patients dans des services différent qui demande de voir des psychologues et on eux de la chance pour bénéficier plus de la pratique et l'expérience.

## **2. Présentation du lieu de stage:**

L'établissement psychiatrique a une capacité de 120 lits, situé à Oued Ghir dans la wilaya de Béjaia. Cet établissement de santé psychiatrique est dédié à la prise en charge, à la surveillance, à l'assistance et à la fourniture de soins et d'attention nécessaires à une catégorie de patients présentant des besoins spécifiques.

L'établissement accueille 73 patients hospitalisés. Le bloc de pédopsychiatrie est spécialement dédié aux enfants, de la naissance jusqu'à 18 ans, sans hospitalisation.

En termes de capacité, l'établissement dispose de :

- ✓ 38 lits pour les hommes en soins libres,
- ✓ 12 lits pour les femmes en soins libres,
- ✓ 32 hits pour les hommes sous contrainte,
- ✓ 8 lits pour les femmes sous contrainte,



- ✓ 10 lits pour l'urgence en hôpital de jour
- ✓ 20 lits en pédopsychiatrie, totalisant ainsi 120 lits

L'établissement dispose également de blocs d'hospitalisation dédiés aux soins libres, avec un bloc pour femmes de 12 patientes et un bloc pour hommes de 61 patients. Chaque chambre peut accueillir deux à trois patients. Le rez-de-chaussée de ces blocs est aménagé pour des activités telles que la cuisine, le baby-foot et le ping-pong.

Les blocs d'hospitalisation et le bloc pédagogique sont disposés face à des jardins, avec une orientation nord/sud favorisant un éclairage naturel. L'établissement comprend également un parc de loisirs et un stade

La répartition des espaces entre les lieux de repos (chambres), les espaces de vie (séjours, salles polyvalentes, office) et les espaces de soins permettent aux patients une meilleure compréhension de l'espace et facilitent le fonctionnement de l'hôpital.

**Tableaux N° 02:Présent les personnes qui travaille dans l'établissement :**

Personne	Nombre
Psychologue clinicien	05
Orthophoniste	04
Médecins généralistes	09
Dentiste	01
Diététicien	01
Pharmaciens	04
Infirmières	19

### **3.La méthode de la recherche :**

#### **3.1. La méthode clinique :**

La méthode clinique : « c'est une méthode particulière de compréhension des conditions humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être pris avec une situation déterminée ». (François.D. 2010, P 247).

Dans cette recherche nous avons utilisé la méthode clinique en psychologie cette dernière est une démarche pratique et théorique.

La méthode clinique nous offre la possibilité d'observer et d'être en contact avec les sujets ayant des difficultés et des souffrances à cause de la consommation de drogue. Une méthode qui va nous permettre de comprendre, décrire et d'observer la conduite de notre thématique et surtout à les étudier de manière singulière. Aussi elle nous permettra de décrire et d'analyser les répercussions de la qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue.

#### **4.La population de l'étude :**

Dans cette recherche nous avons sélectionné (4) quatre cas de consommateurs de drogue (tout type de drogue) qui suivent leur traitement au sein de l'hôpital psychiatrique de Oued Ghir .

##### **Pour les critères de sélection d'homogénéité retenue :**

- ✓ Tous les cas sont des consommateurs de drogue.
- ✓ Tous les cas sont des adultes âgés de 25 ans jusqu'à 43ans.
- ✓ Le sexe : nous avons opté pour une population qui vise les hommes.
- ✓ Sont tous suivis par un traitement dans l'établissement.

Le tableau suivant présente les caractéristiques de la population d'étude.

**Tableau N°03 :Présente les caractéristiques de la population d'étude :**

<b>Prénom</b>	<b>L'âge</b>	<b>Niveau d'étude</b>	<b>Début de la consommation</b>
Adam	26 ans	2 <sup>ème</sup> année moyenne	13 ans
Samir	27 ans	2 <sup>ème</sup> année secondaire	16 ans
Djamel	43 ans	3 <sup>ème</sup> Année secondaire	19 ans
Anis	25 ans	1 <sup>er</sup> année moyenne	13 ans

**5. Les outils de la recherche :****5.1. L'entretien clinique :**

Est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de discipline des science sociale : c'est notamment le cas dans de la psychologie clinique. (Chahraoui, 2015, p. 61)

L'entretien clinique peut être définit en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évolution psychique d'un sujet le plus souvent en difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique. (Bouvet, 2018, p. 14).

**5.1.1. L'entretien semi directive :**

Le second type est l'entretien semi-directif qui a pour but d'obtenir, dans un temps relativement court, des renseignements précis et déterminés sur histoire et la vie actuelle du sujet. Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle, elle met en jeu n certain nombre de questions incontournables, qui devront permettre un recueil de données psychiques et psychopathologique suffisantes en lien avec des exigences sociales contraignantes. Il s'agit par exemple d'un entretien de recherche, dont le programme et la grille d'entretien sont déterminés à l'avance, ou d'une expertise psychologique dans le cadre d'un conflit familial ou d'une affaire judiciaire, ou encore l'un entretien préliminaire à un examen psychologique général. (Colin, 2024, pp. 54-55).

Ce type l'entretien nous l'avons utilisées pour les consommateurs de drogue pour mieux comprendre de manière globale leurs qualité de vie et comment sont vivent avec cette drogue dans la vie quotidienne, chaque cas nous expliquées les difficultés et les souffrances qui sont eu a cause de cette consommation .

**5.1.2. Le guide de l'entretien :**

Le guide le l'entretien comprend aussi les axes thématiques a traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions a l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directive, il s'agit davantage de thèmes a aborder que le chercheur connaît pas. (Chahraoui, 2015, p. 69).

Dans le guide qu'on a élaboré dans cette étude actuelle comprend 4 axes principaux qui sont comme suit :

**Axe 01** : Informations personnelles du patient .

**Axe02**.Les informations concernant l'état du sujet.

**Axe 03**:Informations en relation avec la qualité de vie chez un consommateur de drogue (adulte).

**Axe 04**: informations sur Le soutien social et familial .

Dans le but de réaliser l'objectif de l'étude actuelle, nous avons utilisé le questionnaire comme un outil de recherche.

### **5.1.3.Le questionnaire MOS SF-36 :**

#### **✓ La description de questionnaire MOS SF-36 :**

La SF 36 a été développé par Ware et Sherbourne en 1992 à partir du Medical Outcome Study (MOS), questionnaire englobant 149 items et élaboré pour évaluer la manière dont le système de santé américain affecte l'issue des soins .La SF 36, ou MOS-SF 36, est une échelle multidimensionnelle, générique, c'est à dire qui évalue l'état de santé indépendamment de la pathologie causale, du sexe, de l'âge, et du traitement .Cette échelle peut être administrée en auto ou hétéro- questionnaire, et ne requiert que 5 à 10 minutes. (Chorbel, 2005, p. 7)

Ce dernier est un questionnaire générique, robuste, fiable, acceptable pour la mesure à long terme de la qualité de vie, et validé en langue française. Il s'agit initialement d'un questionnaire anglo-saxon de 149 items issu d'une étude d'observation la « Medical Outcome Study» (MOS) qui a débuté en 1986 et s'est déroulée sur 4 années consécutives. Le questionnaire initial a ensuite été réduit en une version simplifiée «Short Form » (SF) composée de 36 items. (Gardenal, 2004, p. 30).

Ces 36 items évaluent 8 dimensions (annexes 2): activité physique (physical function: PF),limitations dues à l'état physique (role physical: RP), douleurs physiques (bodily pain: BP), santé perçue (general health: GH), vitalité (vitality: VT), vie et relations avec les autres (SF: social function), limitations dues à l'état physique (role emotional: RE),et santé psychique (mental health: MH)regroupées en 3 catégories: (Chorbel, 2005, p. 7)

- ✓ **Le statut fonctionnel:** Il comprend 10 items sur l'activité physique (PF), 2 items sur la vie et relations avec les autres (SF). 4 items sur les limitations dues à l'état physique (RP), et 3 items sur les limitations dues à l'état psychique (RE).
- ✓ **Le bien être :** Il comprend 5 items sur l'évaluation de la santé psychique (MH), 4 items sur l'énergie et la vitalité (VT), et 2 items sur les douleurs physiques (BP).
- ✓ **L'évaluation globale de la santé :** Elle est fondée sur 5 items de la perception globale de l'état de santé (GH), et un item servant à décrire les modifications de l'état de santé au cours de l'année écoulée (HT).

✓ **Consigne:**

« Les questions qui suivent portent sur votre état de santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation » (Benbelaid O et Deflaoui B, 2020-2021, p. 46)

✓ **Cotation :**

D'autres domaines pouvant être pertinents n'ont pas été choisis dans la SF 36: sexualité, sommeil, situation et positionnement familial (family function). Dans deux dimensions, la réponse se fait de manière binaire (oui/non), et dans les six autres de manière qualitative ordinale (3 à 6 réponses possibles). Pour chaque dimension, les scores aux différents items sont codés puis additionnés et transformés linéairement sur une échelle allant de 0 à 100. Un score résumé physique (PCS: physical composite score) et un score résumé psychique (MCS: mental composite score) peuvent être calculés selon un algorithme établi. Dans la langue anglaise, différentes versions ont été proposées notamment la version standard que nous utilisons, la version aiguë, et la version anglaise de la Grande Bretagne. A noter que la version aiguë de la SF 36 utilise la notion d'une semaine au lieu de quatre semaines utilisée dans la version standard. Cette version est plus intéressante lorsque le questionnaire est administré hebdomadairement ou bimensuellement. Malgré différentes traductions en langue française réalisées par des équipes canadiennes et suisses, une adaptation française a été proposée par Leplège , afin d'améliorer la fiabilité de la SF 36 chez la population française. Cette échelle fait partie aujourd'hui du projet IQOLA (International Quality of Life Assessment project). Son

objectif initial de traduire la SF 36 en 15 langues a été étendu à 40 langues dans la perspective d'une utilisation dans les études internationales comparatives. (Chorbel, 2005, p. 8).

La SF-36 ne se prête pas à la production d'un score sommaire global. En effet, l'information dans les réponses individuelles est perdue dans le score total de l'échelle . Le système de cotation recommandé pour la SF-36 est un système pondéré de Likert pour chaque item. Les items dans les sous-échelles sont totalisés afin d'obtenir un score sommaire pour chaque sous-échelle ou dimension. Chacun des 8 scores sommairess est linéairement transformé sur une échelle de 0 (négatifs à la santé) à 100 (favorables à la santé) pour obtenir un score pour chaque sous-échelle.(Zeltzer, 2008, p. 2).

Un score pour la composante physique et un score pour la composante mentale peut être obtenu à partir des items de l'échelle. Toutefois, ces scores sommairess doivent être interprétés avec précaution. Certain chercheures ont examiné l'utilisation de ce modèle à deux dimensions et ils ont trouvé que ces deux échelles ne représentaient que 60% de la variance dans les scores de la SF-36. Ce résultat suggère qu'il y a une perte d'information significative lorsque ce modèle à deux dimensions est utilisé.(Zeltzer, 2008, p. 3).

**Tableau N°04 :Modèle conceptuel du questionnaire de la qualité de vie (MOS SF-36) :**

Question		Dimensions		Facteurs de second ordre
PF1	3a	Activités Physiques	PF	Score résumé physique(PCS)
PF2	3b			
PF3	3c			
PF4	3d			
PF5	3e			
PF6	3f			
PF7	3g			
PF8	3h			
PF9	3i			
PF10	3j			

RP1	4a	Limitation due à l'état physique	RP	
RP2	4b			
RP3	4c			
RP4	4d			
BP1	7	Douleurs	BP	
BP2	8	Physiques		
GH1	1	Santé perçue	GH	
GH2	11a			
GH3	11b			
GH4	11c			
GH5	11d			
VT1	9a	Validité	VT	Score résumé psychique (MCS)
VT 2	9e			
VT3	9g			
VT4	9i			
SF1	6	Vie et relations avec les autres	SF	
SF2	10			
RE1	5a	Limitation due a l 'état physique	RE	
RE2	5b			
RE3	5c			
MH1	9b	Santé psychique	MH	
MH2	9c			
MH3	9d			
MH4	9f			
MH5	9h			

Source : (Gardenal, Olivier, 2004, p. 33).

**Tableau N°05 :** illustration du nombre d'items et la cotation de chaque réponse .

Numéro de question	Réponse donnée	Note obtenue sur (100)
1,2,6,8,11b et 11d	1	100 points
	2	75 points
	3	50 points
	4	25 points
	5	0 points
3a, 3b, 3c,3d,3e,3f,3g,3h,3i, et 3j	1	0 points
	2	50 points
	3	100 points
4a, 4b,4c,4d, et 5a,5b,5c	1	0 points
	2	100 points
7,9a,9d,9e, et 9h	1	100 points
	2	80 points
	3	60 points
	4	40 points
	5	20 points
	6	0 points
9b,9c,9f,9g, et 9i	1	0 points
	2	20 points
	3	40 points
	4	60 points
	5	80 points
	6	100 points
10, 11a et 11c	1	0 points



	2	25 points
	3	50 points
	4	75 points
	5	100 points

Source : (Hammachi H et Halouane N, 2021, p. 65)

**Tableau N°06** :calcul des moyens de dimension .

Dimension	Calcule de score	Dimension	Calcule de score
<b>PF</b> :fonctionnement physique	Somme des notes obtenues aux items 3a, 3b, 3c,3d,3e,3f,3g,3h,3i, et 3j divisé par 10	<b>VT</b> : vitalité	Somme des notes obtenues aux items 9a,9e, 9g, 9i divisé par 4
<b>RP</b> : limitation physique	Somme des notes obtenues aux items 4a, 4b,4c,4d divisé par 4	<b>SF</b> : fonctionnement social	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 divisé par 2
<b>BP</b> : douleurs physique	Somme des notes obtenues aux items 7 et 8 divisé par 2	<b>RE</b> : limitation émotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a,5b,5c divisé par 3

<b>GH : santé générale</b>	Somme des notes obtenues aux items 1,2 ;11b,11c et 11d divisé par 6	<b>MH : santé physique</b>	Somme des notes obtenues aux items 9b,9c,9d,9f et 9h divisé par 5
<b>SCORE PHYSIQUE</b>	Somme des notes obtenues aux 4 dimensions ci-dessus divisé par 4	<b>SCORE MENTAL</b>	Somme des notes obtenues aux 4 dimensions ci-dessus divisé par 4

**Source :** (Hammachi H et Halouane N, 2021, p. 65).

### Synthèse :

A la fin de ce chapitre, la méthodologie nous a permis de bien organiser notre recherche en se basant sur certaines règles et étapes dans le déroulement de notre étude pour confirmer ou infirmer les hypothèses que nous avons formulées et aussi de répondre à l'objectif de cette étude sur la qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue. Donc comme outils de recherche on a utilisé l'entretien semi-directif avec le questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36.

# **Chapitre 05**

## **Présentation, analyses des données et discussion des hypothèses**

### **Préambule :**

Ce chapitre de notre étude est consacré à l'analyse et à l'interprétation des données empiriques issues de notre étude sur l'influence de la consommation de substances psychoactives sur la qualité de vie. Nous débuterons par la présentation détaillée des cas étudiés et une analyse approfondie des informations recueillies. Cette phase vise à dégager les tendances et les spécificités qui caractérisent l'expérience des participants.

Ensuite, nous engagerons une discussion critique des résultats. Cette discussion mettra en regard nos observations avec la question de recherche initiale et les hypothèses formulées, dans l'optique de comprendre précisément comment la consommation de drogues affecte le bien-être, la santé (physique et psychique), les relations sociales et le fonctionnement quotidien des consommateurs.

### **1. Présentation et analyses des données :**

#### **1.1. Présentation et analyse des données de premier cas(Anis):**

Il s'agit de Anis, un jeune homme célibataire de 25 ans, actuellement interné au centre psychiatrique d'Oued Ghir depuis 22 jours pour une prise en charge de toxicomanie. Sur le plan sociodémographique, Anis est le cadet de sa fratrie et a interrompu ses études en première année de collège. Il exerce une activité professionnelle en tant que boucher.

L'entretien clinique a été mené dans une salle dédiée du service de cure libre, aménagée avec le mobilier standard (bureau et chaises), et sa durée n'a pas excédé 40 minutes. Le patient a été rencontré en dehors de sa chambre et a consenti à participer à l'entretien, faisant preuve d'une spontanéité et d'une aisance remarquables qui ont facilité le recueil des données.

Anis a initié sa consommation de substances psychoactives à l'âge de 13 ans, une période de vulnérabilité développementale significative. Il attribue cette précocité d'initiation principalement à des dysfonctionnements familiaux, notamment une surprotection parentale perçue comme excessive et contraignante. Il est à noter qu'il n'avait aucune hospitalisation antérieure documentée pour toxicomanie, ce qui suggère une évolution prolongée de sa dépendance en dehors d'une prise en charge institutionnelle.

Selon les déclarations de Anis, la consommation de drogue lui procurerait un plaisir intense et n'affecterait ni son équilibre psychomoteur ni la qualité de son sommeil.

Paradoxalement, il affirme que cette consommation facilite son endormissement et n'entrave pas ses activités quotidiennes. Bien qu'il maintienne une activité professionnelle normale, son comportement à domicile est caractérisé par un retrait social prononcé, se manifestant par un isolement dans sa chambre et une absence de communication avec sa famille, au profit d'un "monde imaginaire". Cette perception est éloquemment illustrée par sa propre verbalisation : « quand je consomme la drogue, je me sens le roi du monde et je souris tout le temps », révélant une distorsion cognitive et une quête d'évasion par la substance.

Dès son admission au centre, une réduction progressive de la dose de drogue a été initiée par le médecin prescripteur, complétée par un traitement de soutien. Anis a décrit cette période de sevrage comme "très difficile", évoquant une entrave à sa capacité d'expression verbale, l'analyse de son état avant, pendant et après la consommation a révélé une transformation significative. Anis a décrit sa période précédant l'usage comme celle d'un individu "très dangereux" et générateur de "problèmes familiaux". Durant sa consommation active, il priorisait le financement de son addiction et la recherche de plaisir, tout en expérimentant un "profond dégoût de lui-même", qu'il assimilait à un "sentiment de mort". Anis a également souligné l'influence d'un pair consommateur comme un facteur ayant contribué au maintien de cet état.

Anis exprime désormais des regrets manifestes et adhère avec assiduité à son traitement, témoignant d'une forte motivation intrinsèque au changement et d'un espoir de retrouver rapidement un état d'équilibre. Un facteur de soutien social significatif a été identifié : son frère aîné, lui-même ancien consommateur, a été le premier à détecter sa toxicomanie. Ses relations avec son cercle amical et familial (amis et cousins) sont décrites comme stables, et ces derniers s'engagent activement à l'aider à surmonter cette épreuve. Anis a par ailleurs précisé que sa consommation était clandestine et ne se déroulait pas en public, révélant une dimension de confidentialité et de stigmatisation associée à son usage.

Anis manifeste un désir ardent de quitter l'établissement, formulant l'engagement d'adopter une conduite "disciplinée" à son retour à domicile, incluant la pratique religieuse et l'abstinence totale. Il justifie cette motivation par la perception d'avoir "perdu beaucoup de choses" durant son internement, symbolisée par l'expression "être entre 4 murs". Ce désir de réintégration sociale et de modification radicale de son mode de vie représente un indicateur pronostique positif pour son processus de rétablissement.

### 1.1.1. Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de premier cas:

**Tableaux N°07 :**Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de Anis:

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QdV
QdV	90	25	100	0	280	75	0	356	115.75
SF-36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	65.78	64.30

Selon le tableau ci-dessous on trouve que le score (115.75) de la qualité de vie est élevée en comparaison avec le score moyen référentiel MOS SF-36 qui est 64,30. L'évaluation est bien exprimée dans les 8 dimensions, mise à part les dimensions : limitation physique RP (25), santé physique GH (0) , limitation émotionnelle RE (0) c'est dimension de la qualité de vie diminuer par rapport à celle de SF-36 par contre la dimension de fonctionnement social SF (75) est plus proche de (78.77).D'autre dimensions qui sont : activité physique PF (90), douleur physique BP (100) , vitalité VT (280), physique MH (356) c'est dimension sont plus élevée de celle de MOS SF-36.

### Synthèse du premier cas :

L'entretien avec Anis a mis en lumière la complexité de sa situation, révélant à la fois les effets paradoxaux de la consommation de drogue et les défis liés à la surprotection parentale. Bien que la consommation régulière de substances psychoactives soit généralement associée à d'importantes détériorations de la qualité de vie et des relations sociales, le cas d'Anis présente des nuances qui méritent une analyse approfondie, la surprotection parentale semble avoir constitué un facteur déclencheur significatif dans l'initiation d'Anis à la consommation de drogue, agissant comme un obstacle majeur à son développement personnel et à son autonomie. Ce type d'environnement familial peut en effet entraver l'acquisition de compétences d'adaptation et favoriser la recherche d'échappatoires.

### **1.2. Présentation et analyse des données du deuxième cas (Djamal) :**

Il s'agit de Djamal, un homme célibataire de 43 ans, titulaire d'un diplôme de "chef de rang". Il est le cinquième enfant de sa fratrie et a été admis pour la première fois en centre psychiatrique il y a 22 ans. Son séjour actuel dure depuis un mois.

Djamal a commencé à consommer des substances psychoactives à l'âge de 19 ans. Il précise que ses hospitalisations antérieures n'étaient pas directement liées à des sevrages aigus, bien qu'il ait déjà été interné au centre de Blida dans une tentative d'arrêter sa consommation, sans succès définitif, il attribue l'origine de sa toxicomanie à des problèmes familiaux et à la précarité socio-économique, résumant son vécu par la citation suivante : « c'est la famine qui m'a poussé à fumer sans arrêt, pour oublier, pour rigoler, pour régler les problèmes qu'on a et qu'on n'arrivera jamais à vivre avec celle qu'on aime. » Ce commentaire met en évidence une souffrance psychique profonde, liée à des frustrations personnelles et des difficultés socio-économiques, agissant comme des facteurs déclencheurs et de maintien de sa consommation.

Djamal décrit les effets de la drogue comme bénéfiques pour son état mental, tout en reconnaissant leurs conséquences délétères sur le plan physique ("la drogue est bonne pour le mental et mauvaise pour le physique"). Cette perception souligne une rationalisation de l'usage liée à une quête de bien-être psychique. Il mentionne la nécessité d'une nutrition adéquate pour "résister à l'effet de la drogue", ce qui indique une tentative de gestion des impacts physiologiques perçus, sa consommation est quantifiée à un joint de "kif" par jour, avec un maximum de deux quotidiens, et il en décrit l'effet comme principalement mental. Djamal reconnaît l'influence du "partenaire" sur la quantité consommée, mais affirme éviter les confrontations, contrairement à d'autres consommateurs en groupe, il se différencie activement de certains consommateurs qu'il qualifie de "complètement perdus". Djamal maintient un espoir résilient face aux difficultés de vie, qu'il attribue à un manque "d'égalité" et de "sérieux dans le pays". Ce discours suggère une tentative de maintenir une identité distincte et une forme de critique sociale, tout en gérant sa propre situation d'addiction.

Djamal décrit l'influence de la substance sur son quotidien en signalant un besoin accru d'énergie physique. Bien qu'il qualifie ses journées de consommation de "mièvres", il affirme paradoxalement que l'usage de drogues n'entrave pas ses activités, déclarant : "quand je fume je travaille normalement, je dors tranquillement", toutefois, cette affirmation est contredite par son incapacité auto-déclarée à fonctionner sans la substance : "quand je ne consomme pas je

peux rien faire. Je ne peux pas vivre sans consommer, je n'arrive pas à trouver autre chose dont laquelle je vais la remplacer et passer mon temps, je ne peux pas arrêter la drogue je le dis directement." Cette déclaration met en évidence une dépendance psychique et physique avérée, ainsi qu'une incapacité perçue à envisager un mode de vie sans substance, il caractérise d'ailleurs le "kif" comme un "aspirateur d'énergie physique", reconnaissant ainsi les conséquences délétères sur son organisme malgré les bénéfices mentaux qu'il lui attribue.

### 1.2.1. Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 du deuxième cas :

**Tableau N°8 :** Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de Djamel :

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QdV
QdV	55	0	67.5	400	60	87.5	0	76	922.93
SF-36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	65.78	64.30

Selon le tableau ci- dessous on trouve que le score 922.93 de la qualité de vie est élevée en comparaison avec le score moyen référentiel MOS SF-36 qui est 64,30. L'évaluation est bien exprimée dans les 8 dimensions, mise à part les dimensions : activité physique PF (55), limitation physique RP (0), limitation émotionnelle RE (0) c'est dimension de la qualité de vie diminuer par rapport a celle de SF-36 par contre la dimension de douleur physique BP (67.5) est plus proche de (70.83) et d'autre dimensions qui sont :santé physique GH (400) ,vitalité VT (60) ,fonctionnement social SF (87.5) ,santé physique MH (76) ,donc c'est dimension sont plus élevée de cette de MOS SF-36.

### Synthèse du deuxième cas :

L'analyse de notre sujet révèle un individu doté de qualités intrinsèques notables, notamment l'optimisme et une culture intellectuelle développée. Cependant, ces attributs positifs se sont heurtés à des obstacles socio-économiques et à un manque de ressources, entravant la réalisation de ses aspirations. Cette confrontation à l'adversité l'a malheureusement conduit à des choix de vie délétères, qui ont eu des répercussions profondes et destructrices tant sur son intégrité physique que morale.

L'incapacité du sujet à faire face pro activement à ses problèmes et à s'adapter aux diverses situations a contribué à cette spirale descendante. Néanmoins, et c'est un point crucial mis en lumière par les résultats de notre questionnaire SF-36, malgré les difficultés



rencontrées dans la gestion de ses défis, le sujet a conservé une force intérieure résiduelle significative.

### **1.3. Présentation et analyse des données du troisième cas (Adam) :**

Il s'agit de Adam, un jeune homme célibataire de 26 ans et fils unique, admis au centre depuis une semaine. Adam a interrompu ses études au collège (CEM) et exerçait précédemment la profession de mécanicien.

Adam a initié sa consommation de substances psychoactives à l'âge de 14 ans, impliquant l'usage de deux types de drogues et de tabac. Son parcours clinique est marqué par la présence d'une phobie depuis l'enfance. L'instauration de sa consommation de drogues a coïncidé avec le développement de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et d'une dépression. Bien qu'il consomme trois fois par jour, il n'avait pas été spécifiquement hospitalisé auparavant pour cette consommation, Adam affirme que la drogue l'aide à dormir et qu'elle induit un isolement dans sa chambre. Il a précédemment séjourné au centre "Cirta" à Tizi Ouzou, ce qui indique un historique de prises en charge, bien que non directement liées à un sevrage.

Adam a initié sa consommation de substances en solitaire, motivé par la quête d'une amélioration de son estime de soi, qu'il percevait comme particulièrement faible. Il se décrivait antérieurement comme "très faible, très timide, voire anxieux et perturbé", le décès précoce de son père l'a conduit à vivre exclusivement avec sa mère et sa grand-mère. Le départ ultérieur de son tuteur pour le Canada, couplé à la présence d'un oncle perçu comme "non strict", semble avoir créé un contexte de liberté accrue qui aurait favorisé l'initiation de sa consommation.

Depuis l'enfance, Adam rapporte un mépris de soi persistant et une image négative de sa personnalité. Il accorde une importance excessive à l'opinion d'autrui, phénomène qui s'est intensifié avec le début de sa consommation. Il décrit ressentir une culpabilité constante lorsque les effets de la drogue se dissipent, sa mère est, en revanche, dépeinte comme une figure de soutien inconditionnel, lui prodiguant conseils et appui pour l'aider à gérer sa souffrance. C'est d'ailleurs elle qui a initié sa démarche de soin en le conduisant au centre.

Adam exprime un malaise significatif au sein de l'établissement, déplorant spécifiquement l'isolement en chambre, l'absence de téléphone et de divertissements. Il émet un jugement sur l'inefficacité perçue de son traitement médicamenteux (Tranxene, Izoptyl,

## Chapitre05 Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Largactil), affirmant qu'il ne peut se substituer aux effets de la drogue. Il a également décrit les symptômes de sevrage éprouvés lors d'une tentative antérieure d'arrêt, incluant nausées, sueurs, céphalées et myalgies.

Récemment, Adam a commencé à consommer ouvertement devant sa mère, cette dernière étant consciente de son incapacité à s'abstenir de manière autonome. Il a révélé que, lorsqu'il dispose de ressources financières, son seul intérêt se porte sur la drogue. Concernant son réseau social, il a indiqué que sa consommation, demeurée secrète jusqu'à récemment, n'a pas altéré ses relations avec ses amis et cousins. Toutefois, il a ajouté que cette période récente l'a conduit à une indifférence vis-à-vis de l'opinion d'autrui.

Concernant son avenir, Adam exprime un désir de régularisation de sa situation et d'arrêt de sa consommation de substances. Cette motivation est principalement orientée vers la satisfaction de sa mère et la préservation de sa santé physique.

### 1.3.1. Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 du troisième cas :

**Tableau N°09 :** Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de Adam :

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QdV
QdV	80	0	50	150	55	50	0	280	83.12
SF-36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	65.78	64.30

Selon le tableau ci-dessous on trouve que le score (83.12) de la qualité de vie est élevée en comparaison avec le score moyen référentiel MOS SF-36 qui est 64,30. L'évaluation est bien exprimée dans les 8 dimensions mise à part les dimensions : limitation physique RP (0), douleur physique BP (50) , fonctionnement social SF (50) , limitation émotionnelle RE (0) c'est dimension de la qualité de vie diminuer par rapport a celle de SF-36 .

D'autre dimensions qui sont : activité physique PF (80), santé physique GH (150) vitalité VT (55), physique MH (280) c'est dimension sont plus élevée de celle de MOS SF-36.

### **Synthèse du troisième cas :**

Le cas de Adam illustre clairement comment une souffrance psychologique non traitée peut mener à la toxicomanie, utilisée alors comme un mécanisme d'évasion de la réalité. Dès son enfance, Adam a développé une faible estime de soi et une image négative de lui-même. La drogue lui procurait un soulagement momentané, mais ce bien-être était éphémère, suivi d'une aggravation de son état psychologique.

Malgré cette dynamique destructrice, Adam manifeste une forte volonté de rompre avec ce cycle. Son désir de mettre fin à sa consommation, motivé notamment par le souhait de satisfaire sa mère, révèle la présence persistante d'espoir et d'aspirations pour l'avenir, paradoxalement, les résultats du questionnaire SF-36 indiquent une bonne qualité de vie pour Adam, reflétant des scores élevés sur certaines dimensions.

### **1.4. Présentation et analyse des données du quatrième cas (Samir) :**

Il s'agit de Samir, un homme célibataire de 27 ans, admis au centre pour la seconde fois il y a une semaine afin de poursuivre son traitement. Il exerce actuellement la profession de peintre et a précédemment travaillé comme commerçant. Son niveau d'instruction est de deuxième année secondaire.

Samir a initié sa consommation de substances psychoactives à l'âge de 16 ans, suite à une incitation par un pair. La motivation principale déclarée pour cette initiation était la recherche d'expérimentation des sensations liées à la drogue, plutôt qu'une volonté d'échapper à des problèmes personnels. Néanmoins, il exprime des regrets quant à son incapacité à cesser sa consommation. Initialement, son usage était caractérisé par une consommation excessive, incluant également le tabac.

Il est important de noter que Samir a été hospitalisé à trois reprises au centre hospitalier psychiatrique Frantz Fanon de Bejaia, ce qui témoigne d'un historique de tentatives de prise en charge, Samir exprime une perception ambivalente des effets de la consommation de drogues, reconnaissant à la fois des avantages et des inconvénients. Parmi les avantages perçus, il cite la joie et une capacité à développer son imagination, lui permettant de "posséder" des choses qu'il n'a pas dans la réalité. Ceci suggère un rôle de la substance dans la satisfaction de désirs compensatoires ou d'évasion.

Néanmoins, il reconnaît les inconvénients majeurs, notamment l'apparition de l'anxiété, du dégoût et de l'épuisement lorsque les effets de la drogue commencent à se

## Chapitre05 Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

dissiper. Cette phase de "descente" le contraint à augmenter les doses pour retrouver le sentiment d'euphorie, ce qui a des conséquences financières significatives ("je gaspille mon argent"). Il mentionne également un isolement social marqué, verbalisé par les phrases : "je m'éloigne des autres, je me complexe des gens, je trouve mon plaisir seul". Cette observation met en lumière l'impact de la consommation sur les relations interpersonnelles et la tendance au repli.

Depuis l'instauration de son traitement médical au sein de l'établissement, Samir rapporte une amélioration notable de son état physique et mental. Il témoigne d'un regain d'espoir et d'une stabilisation émotionnelle, ainsi que d'une meilleure capacité à réguler ses affects, il affirme ne plus être affecté par l'opinion d'autrui à son égard et maintien des relations stables avec sa famille, ses cousins et ses amis. Sa mère joue un rôle clé dans son processus de rétablissement en l'encourageant activement à cesser sa consommation, lui rappelant ses qualités intrinsèques et l'assurant de son soutien inconditionnel et de sa foi en sa capacité à changer. Ce support familial constitue un facteur pronostique favorable pour son adhésion au traitement et sa récupération à long terme.

Samir exprime une prise de conscience réflexive de son parcours personnel. Il se compare à ses frères, qu'il décrit comme sportifs, et reconnaît être le seul à avoir "choisi ce mauvais chemin".

Cependant, cette introspection s'accompagne d'une volonté de changement manifeste. Il envisage désormais de s'éloigner de la consommation de substances, de se consacrer à la construction de son avenir, de réaliser les aspirations de sa mère et de s'inspirer du cheminement de ses frères. Ces intentions révèlent une motivation intrinsèque au rétablissement et une réorientation de ses objectifs de vie vers des modèles plus constructifs.

### 1.4.1.Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 du quatrième cas :

**Tableau N°10** : Présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de Samir :

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QdV
QdV	100	100	100	275	60	100	0	68	100.37
SF-36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	65.78	64.30

Selon le tableau ci-dessous on trouve que le score (100.37) de la qualité de vie est élevée, en comparaison avec le score moyen référentiel MOS SF-36 qui est 64,30. L'évaluation est bien exprimée dans les 8 dimension, mise à part les dimensions : activité physique PF (100), limitation physique RP (100), douleur physique BP (100) , santé physique GH (275) , vitalité VT (60), fonctionnement social SF (100) ,physique MH (68) c'est dimension sont plus élevée de celle de MOS SF-36.

La seule dimension qui est : limitation émotionnelle RE (0) elle est diminuer par rapport à celle de MOS SF-36.

### **Synthèse du quatrième cas :**

Le cas de Samir illustre la trajectoire souvent insidieuse de la toxicomanie, qui, bien que potentiellement perçue comme source de plaisir et de bonne humeur au début, engendre des problèmes psychologiques et sociaux considérables à long terme. La quête initiale de sensations agréables conduit finalement à l'isolement et à la souffrance de l'individu.

## **2. Discussion des hypothèses :**

### **2.1. Discussion d' hypothèse de l 'étude :**

La première hypothèse s'intitule :« La nature de la qualité de vie chez les consommateurs de drogue est mauvaise ». D'après les résultats obtenus, cette hypothèse est infirmée, qui veut dire :

D'après des résultats obtenues nous constatent que les adultes ne décrivent pas une mauvaise qualité de vie, ils considèrent la drogue comme un moyen de plaisir, met en évidence certains aspects positifs de leur vies, ils affirment que la consommation de drogue n'altère ni la qualité de sommeil, ni les capacités a accomplir leur activités quotidiennes. De plus plusieurs entre eux continuent a exercer un emploi ce qui montre une forme de stabilité professionnelle malgré la l'usage de drogue. Aussi sont maintenir un certain contrôle sur leurs comportements en société.ces observations suggèrent que les facteurs tels que l'environnement social favorable, les stratégies d'adaptation personnelles ou encore une consommation perçue comme contrôlée contribuent au maintien d'une qualité de vie acceptable.

Bien que la drogue apporte du plaisir et représente des scores élevés concernant les résultats de questionnaire SF-36 chez les adultes, Ces cas n'illustre donc que la consommation

## **Chapitre05 Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses**

---

de drogue ne détruit pas nécessairement tous les aspects de la vie d'un individu .Les résultats obtenu révèlent que plusieurs consommateurs ne perçoivent pas leurs vie comme dégradée ou dysfonctionnelle. Au contraire, ils mettent en avant des éléments de satisfaction personnelle, d'équilibre, voire d'épanouissement dans certains aspects de leur quotidien. Ces résultats appelant a une évaluation prudente des jugements souvent hâtifs portés sur les consommation de drogue .tous les utilisateurs ne vivent pas la dépendance de la même manière et certains développent des mécanismes d'adaptation qui leur permettent de maintenir un mode de vie relativement stable.

La qualité de vie peut se rester bonne chez certains consommateurs de drogue grâce a une situation financière stable, l'argent permet d'éviter certains conséquences liées a la précarité (datte, marginalisation...),ce qui peut maintenir une bonne qualité de vie . Aussi le soutien familial ou social exemple un consommateur qui vit dans avec une famille compréhensive, qui l'accompagne sans le juger peut se sentir soutenu émotionnellement ce qui améliore son bien-être, et ceux qui consomment des drogues en secret de façon occasionnelle sans que personne ne le remarque, donc ils ne sont pas rejetées par leur entourage et peuvent conserver une bonne image dan la société.

### **Synthèse :**

La consommation de drogue est souvent liée à des difficultés importantes qui peuvent affecter la qualité de vie. Pourtant, est essentiel de ne pas généraliser.

Même si la qualité de vie chez les consommateurs de drogue est souvent considérée comme mauvaise, ce n'est pas toujours le cas, certains consommateurs présentent une bonne qualité de vie, cela peut s'expliquer par plusieurs dimensions positifs dans leur environnement soutien social, stabilité financière, soins, emploi stable, ou encore capacité à gérer leur consommation, ces personnes peuvent avoir une bonne santé mentale, de bonnes relations, et un mode de vie équilibré, cela montre que la consommation de drogue ne conduit pas automatiquement à une mauvaise qualité de vie, d'autres éléments jouent un rôle important, et chaque cas est différent.

# Conclusion

## Conclusion

---

### Conclusion :

A travers de notre recherche sur la qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue et a la lumière des résultats obtenus ainsi que de leur analyse, nous pouvons retenir que la consommation de drogue peut être avoir bonne comme si elle peut être mauvaise .Tout dépend de la personne, car chaque personnalité est différente. D'après les résultats que nous avons obtenus, la consommation de drogue associée a une bonne qualité de vie chez les quatre (4) cas étudiés.

Tout fois certains cas présentent des scores diminuer dans certains dimensions ce qui peut être attribué a la consommation de drogue , on utilisant le questionnaire de MOS SF-36 nous avons pu mesurer la qualité de vie chez les cas et ainsi a tester les hypothèses de l'étude.

La qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue est un sujet complexe , elle varie d'une personne a l'autre il est important d'adopter un grand distinct et d'éviter les jugements et de mieux comprendre les réalités individuelle pour proposer un accompagnement adaptée et une prise en charge .

Cette étude permet de proposer les recommandations suivantes :

- L'organisation des campagnes de sensibilisation dans les différents instances de la société (écoles, universités, association....) afin d'informer sur les effets et les dangers de consommation de drogue.
- Créer des centres spécialisés pour la prise en charge des consommateurs de drogue.
- Intégrer une matière a étudié dans les écoles ,les universités , sur la consommation de drogue en leurs fournissant des outils de la , notamment dans les programmes scolaires et universitaires afin que les étudiants soient mieux informés des risques et des conséquences liés a cette consommation.
- Renforcer le rôle familiale et des services sociaux dans la prévention de la consommation de drogue , en leur fournissant des outils de communication , de soutien psychologique pour mieux détecter et accompagner les jeunes a risque.



# **La liste bibliographique**

## liste bibliographique

- Alain M, Franois. H. (2003). **Soigner les toxicomanes**. France: Dunod.
- Alain, M. (2004).**Prévenir les toxicomanies**. Belgique: Dunod.
- Alain, M. (2008). **Les conduites addictives**. PARIS: Dunod.
- Aubin. (2016). **Modèles cognitivo-comportementaux des addictions**. Paris, Université Paris-Sud.
- Brunner,C. (2020). **Une nouvelle facon d’appréhender les territoires** .Regarde société, (97).
- Benbelaid, Deflaoui. (2020). **La qualité de vie chez les handicapés moteurs**. Mémoire de Master en psychologie clinique, Université de Béjaia.
- Biron, P et Haccoun,M. (1979). **Drogue**. Paris.
- Blaise, M. G. (2017). **Addictions à l’héroïne, à la cocaïne, au cannabis et autres substances illicites**. Paris.
- Bley, D. (2017). **La qualité de vie : actualité et enjeux d'un concept** . France : hal-01442713.
- Boujut, M. B.-S. (2014). **Psychologie de la santé Concepts, méthodes et modèles**.Dunod.
- Bouvet, C. (2018). **grandes notions de la pratique de l'entretien clinique** . france :Dunod.
- Boukir ,R. (2017). **Analyse sociologique du phénomène de la drogue et de la toxicomanie chez les jeunes Algériens**. Mémoire de master en sociologie .Université de Béjaia.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2021). **Psychologie de la santé** .France .Dunod.
- Chahraoui, H. B. (2015). **L'entretien clinique** . France : Dunod.
- Colin, A. (2024). **L'entretien clinique** . France : Dunod
- Djenidi, F. C. (2015). **Consommation de tabac:Facteurs de risques pour la consommation de drogues**.Mémoire de Master. Faculté des Sciences Humaines et Sociales .

- Fekir H et Khaldi K (2019). **La Qualité De Vie Et L'adhérence Thérapeutique Chez Les Diabétique Sous Insuline.**Mémoire de master en .Mémoire de Master, Département de médecine. Tlemcen
- Ficher,Gustave-N.(2002).**Traité de psychologie de la santé** .(ed 1) : France
- Gardenal, O. (2004). **Evaluation de la qualité de vie des traumatisés crâniens graves:enquête prospective dans la région lorraine en 2001.**Thèse de doctorat en médecine , Université Hanri Poincaré,
- Geismar-Wieviorka, S. (1995). **Les toxicomanes**. Paris: Edition du Seuil.
- Hammachi H et, Halouane N. (2021). **La qualité de vie chez les insuffisants rénaux chronique ayant plus de 20 ans en dialyse**. Mémoire de Master en psychologie clinique ,Université de Béjaia.
- Heusse, C. (2014). **La qualité de vie: un indicateur pertinent pour l'évaluation d'impact des programmes d'intervention de Handicap International** .Mémoire de Master en santé publique. Université de Rennes.
- Julien, M. d. (2019). **Drogues et addictions**. Paris.
- Kasmi, A. (2005).**Les différents types de drogue et leurs effets**. Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie..
- Lejoyeux, M. (2017).**Addictologie**. Elsevier.
- Loic, B. (2013). **Evaluation de la qualité de vie en basse version : Etude basse sur l'utilisation de l'échelle NEI-VFQ 25**. Institut des sciences et techniques de réadaptation . Université de Claude Bernard Lyon 1.
- Louis, G. (2021). **La qualité de vie dans le champ médical** .Département des Séances de la Santé publique,ULiège,Belgique.
- Mercier,M et Schraub,S. (2022). **Qualité de vie : quels outils de mesure**. France .hal-03574948.
- Michele Montreuil, E. T.-L. (2009). **La qualité de vie ou l'interet de la subjectivité de l'opinion individuelle**. Paris .

- Nourisson, D. (2017). **La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés**. Drogues, santé et société, 2(16).
- Ogden, J. (2014). **Psychologie de la santé**. Belgique: (ed2).
- OMS. (2021). **traitement et prise en charge des souffrants et troubles liés à l'usage de drogue qui sont en contact avec le système de justice pénale**. Vienne: Nation unie.
- Pol, D. (2002). **Dictionnaire encyclopédique des drogues**. Paris.
- pousset, M. (2013). **Drogues et addictologie**. France.
- Ruzevicius, J. (2013). **Qualité de vie : notion globale et recherche en la matière**. International Business : innovations, psychology, Economics, N°2(7), pp, 7-20
- Varescon, S. S. (2012). **Psychologie de la santé**. France. Dunod.
- Salmanjee, Y. (2003). **Les drogues**. Allemagne : Eyrolles.
- Sites d'internet:**
- Association addiction. (2024). **GBL(Gamma Butyrolactone)-GHB(Gamma- Hydroxybutyrate)**. Sur le site (<https://www.drogue-info-service.fr>). consulté le 06/04/2025 à 18h20.
- Chorbel, D. S. (2005). **Statut fonctionnel et qualité de vie chez le locked-in syndrome à domicile**. Sur le site : ([www.ifris-bf.org](http://www.ifris-bf.org)), consulté le 26/03/2025 à 19h30.
- Molla, M. A. (2001). **Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique**. Conseil national du sida. Sur le site : <https://www.vie-publique.fr> .consulté le 11/02/2025 à 20h13.
- Nation unie. (2007). **Type de drogues**. Office contre la drogue et le crime. Sur le site : [www.unodoc.org](http://www.unodoc.org).consulté le 11/02/2025 à 08h 30.
- Nation unie. (2008). **Drogues**. Office contre la drogue et le crime. Sur le site : [www.unodoc.org](http://www.unodoc.org).consulté le 11/02/2025 à 23h 05.
- ONUDC. (2018). **Drogues et Groupes D'âge**. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime . Sur le site : [www.unodoc.org/wdr2018](http://www.unodoc.org/wdr2018).consulté le 25/02/2025 à 11h 10.

Segrestan-Bordeaux, C. (2005). **Score de la qualité de vie : indicateurs** .N°72.sur le site :(<https://www.afidtn.com>), consulté le 18/04/2025 a 16h00.

Zeltzer, Lisa. (2008). **Medical Outcomes Study Short From 36 (SF-36)**. sur le site:([strokeengine.ca](http://strokeengine.ca)) consulté le 25/03/2025 a 17h20.

- <https://www.unodc.org>.
- [www.algerie-focus.com](http://www.algerie-focus.com).

# **Annexes**

## **Annexe N°01**

### **Le guide de l'entretien :**

#### **Informations personnelles du patient :**

- ✓ Quel est votre nom?
- ✓ Quel est votre âge ?
- ✓ Quel est niveau d'instruction?
- ✓ Travaillez-vous ? Quel est votre profession ?
- ✓ Es-tu marié? Si oui, quelle est votre situation matrimoniale?
- ✓ Avez-vous des enfants ? Combien ?
- ✓ Avez-vous des enfants? Si oui, combien?

#### **Axe1. Les informations concernant l'état du sujet:**

1. Avez-vous consommé des drogues dès votre enfance? Si oui, à quel âge avez-vous commencé ?
2. Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de complications liées à la consommation de drogue ? Si oui, à combien de reprises?
3. Depuis combien de temps consommez-vous des drogues et à quelle fréquence?
4. Quelles raisons ou circonstances vous ont conduit à consommer des drogues?
5. Comment avez-vous réagi en prenant conscience des effets négatifs de votre consommation sur votre santé ?
6. Quelles maladies ou complications médicales avez-vous développées à cause de votre consommation de drogue?
7. Avez-vous des difficultés actuellement ? Si oui, parlez-moi de ces difficultés ?
8. Pouvez vous décrire votre situation pendant et après la consommation ?
9. Combien de fois avez-vous consommé de la drogue par jours ?
10. Suivez-vous actuellement un traitement pour lutter contre les effets de la drogue ou pour vous aider à arrêter? Comment gérez-vous cette situation?

#### **Axe 02: Informations en relation avec la qualité de vie chez un consommateur de drogue (adulte )**

1. Comment vivez-vous avec cette consommation de drogue ?
2. Quel sentiment avez-vous après l'effet de la drogue ?
3. Est-ce que vous êtes nerveux après la consommation ?
4. Quelle quantité et quelle fréquence fumez-vous?

5. Votre quotidien est-il encore rempli d'activités qui vous intéressent, ou la drogue a-t-elle pris le dessus sur vos centres d'intérêt?
6. Avez-vous vécu des traumatismes physiques ou psychologiques qui vous ont poussé ou influencé dans votre consommation de drogue?
7. Vous sentez-vous émotionnellement stable ou votre consommation affecte-t-elle votre équilibre mental?
8. Avez-vous des troubles du sommeil liés à votre consommation? Dormez-vous facilement et profondément ?
9. Les responsabilités et les tâches quotidiennes vous manquent-elles, ou avez-vous du mal à les accomplir à cause de votre consommation?
10. Comment envisagez-vous votre avenir ? Pensez-vous pouvoir arrêter ou contrôler votre consommation ?

**Axe 03: informations sur Le soutien social et familial :**

1. Est-ce que vos relations ont changé avec votre famille depuis la consommation ?
2. Comment vous êtes vu par les autres personnes ?
3. Est-ce que vous trouvez que votre consommation de drogue perturbe vos relations avec les autres (vôtres amis , cousins....)?
4. Avez-vous de bonnes relations avec votre frère sœurs ?
5. Comment vous vous sentez au sein de votre famille et au sein d'un groupe ?
6. Comment votre consommation de drogue a-t-elle affecté votre vie de couple ?
7. Ressentez-vous que votre conjoint(e) vous considère toujours de la même manière malgré votre consommation?
8. Quel impact votre consommation de drogue a-t-elle eu sur vos relations sociales ? Avez-vous perdu des amis ou des liens familiaux à cause de cela?
9. Avez-vous encore des activités ou des passions que vous pratiquez malgré votre consommation?



## Annexe N°02

### Le guide de l'entretien en arabe :

#### المعلومات الشخصية للمريض

1. ما هو اسمك؟
2. ما هو عمرك؟
3. ما هو مستوى تعليمك؟
4. هل تعمل؟ ما هي مهنتك؟
5. هل أنت متزوج؟ إذا كانت الإجابة نعم، ما هي حالتك الاجتماعية
6. هل لديك أطفال؟ كم عددهم؟

#### المحور 1: المعلومات المتعلقة بحالة الشخص:

1. هل استخدمت المخدرات منذ طفولتك؟ إذا كانت الإجابة نعم، في أي سن بدأت؟
2. هل سبق لك أن تم إدخالك إلى المستشفى بسبب مضاعفات متعلقة بتعاطي المخدرات؟ إذا كانت الإجابة نعم، كم مرة؟
3. منذ متى وأنت تستخدم المخدرات؟ وبأي وتيرة
4. ما هي الأسباب أو الظروف التي دفعتك لاستخدام المخدرات
5. كيف كنت تتفاعل عند إدراكك للآثار السلبية لاستخدامك للمخدرات على صحتك؟
6. ما هي الأمراض أو المضاعفات الطبية التي تعرضت لها بسبب تعاطي المخدرات؟
7. هل تواجه صعوبات حالياً؟ إذا كانت الإجابة نعم، تحدث عن هذه الصعوبات.
8. هل يمكنك وصف حالتك أثناء وبعد تعاطي المخدرات؟
9. كم مرة كنت تتعاطى المخدرات في اليوم؟
10. هل تتبع حالياً علاجاً للتعامل مع آثار المخدرات أو للمساعدة في التوقف عنها؟ كيف تدير هذه الحالة؟

#### المحور 2: المعلومات المتعلقة بجودة الحياة لدى متعاطي المخدرات (البالغين)

1. كيف تعيش مع تعاطي المخدرات؟
2. ما هو شعورك بعد تأثير المخدرات
3. هل تصبح عصيباً بعد تعاطي المخدرات؟
4. ما هي الكمية والتكرار الذي تدخن فيه؟
5. هل لا يزال يومك مليئاً بالأنشطة التي تهلك، أم أن المخدرات أصبحت تهيمن على اهتماماتك؟
6. هل تعرضت لصدمات جسدية أو نفسية دفعتك أو أثرت في تعاطيك للمخدرات؟
7. هل تشعر بالاستقرار العاطفي أم أن تعاطيك يؤثر على توازنك النفسي؟
8. هل تعاني من مشاكل في النوم مرتبطة بتعاطيك؟ هل تنام بسهولة وبعمق؟
9. هل تفقد المسؤوليات والمهام اليومية، أو تجد صعوبة في القيام بها بسبب تعاطيك؟
10. كيف ترى مستقبلك؟ هل تعتقد أنه يمكنك التوقف عن تعاطي المخدرات أو السيطرة عليه؟

#### المحور 3: المعلومات المتعلقة بالدعم الاجتماعي والعائلي:

1. هل تغيرت علاقتك مع عائلتك منذ أن بدأت في تعاطي المخدرات؟
2. كيف يراك الآخرون
3. هل تعتقد أن تعاطيك للمخدرات يؤثر على علاقاتك مع الآخرين (أصدقائك، أقرابك...)?
4. هل لديك علاقات جيدة مع إخوتك وأخواتك؟
5. كيف تشعر داخل عائلتك أو داخل مجموعة؟.
6. كيف أثر تعاطيك للمخدرات على حياتك الزوجية؟
7. هل تشعر أن شريك حياتك لا يزال ينظر إليك بنفس الطريقة رغم تعاطيك؟
8. ما هو تأثير تعاطيك للمخدرات على علاقاتك الاجتماعية؟ هل فقدت أصدقاء أو روابط عائلية بسبب ذلك؟
9. هل لا تزال تمارس أنشطة أو هوايات تحبها رغم تعاطيك للمخدرات؟

## Annexe N°03

### Le questionnaire de MOS SF-36 de la qualité de vie :

**1.- En général, diriez-vous que votre santé est :** (cocher ce que vous ressentez)

Excellente    ☐    Très bonne    ☐    Bonne    ☐    Satisfaisante    ☐    Mauvaise    ☐

**2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui?**

Bien meilleure qu'il y a un an    ☐    Un peu meilleure qu'il y a un an    ☐

A peu près comme il y a un an    ☐    Un peu moins bonne qu'il y a un an    ☐

Pire qu'il y a un an    ☐

**3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).**

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

☐ ↓ ☐ ↓ ☐ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

☐ ↓ ☐ ↓ ☐ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

☐ ↓ ☐ ↓ ☐ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

☐ ↓ ☐ ↓ ☐ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

☐ ↓ ☐ ↓ ☐ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

☐ ↓ ☐ ↓ ☐ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

☐ ↓ ☐ ↓ ☐ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

**9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :**

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois peu      souvent      jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

*c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

*d. mon état de santé est excellent.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

## Résumé

Cette étude a eu pour objectif d'examiner la qualité de vie chez les adultes consommateurs de drogue. Nous avons sélectionné quatre cas à l'EHS de psychiatrie de Oued Ghir. Pour cette recherche, nous avons eu recours à la méthode clinique, complétée par des entretiens semi-directifs et le questionnaire MOS SF-36. Les résultats obtenus indiquent que la qualité de vie des adultes consommateurs de drogue est bonne, et que tous ne présentent pas une mauvaise qualité de vie.

**Mots clés :** Qualité de vie, Drogue.

---

## Abstract

This study aimed to examine the quality of life among adult drug users. We selected four cases at the Oued Ghir Psychiatric EHS. For this research, we used the clinical method, supplemented by semi-structured interviews and the MOS SF-36 questionnaire. The results indicate that the quality of life of adult drug users is good, and that not all adults have a poor quality of life.

**Keywords:** Quality of life, Drugs.

---

## ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى فحص جودة الحياة البالغين المتعاطين للمخدرات، تم اختيار أربع حالات على المؤسسة الاستشفائية المختصة في الأمراض النفسية بواد غير. لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج العيادي والمقابلات العيادية واستبيان MOS SF-36. توصلت النتائج إلى أن جودة الحياة لدى متعاطي المخدرات البالغين جيدة، وأن جميع الحالات ليس لديهم جودة حياة سيئة.

**الكلمات المفتاحية:** جودة الحياة، المخدرات.