

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

MÉMOIRE DE FINDE CYCLE

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

Option : Psychologie Clinique

THÈME

**Etude qualitative du parcours de vie de patients adultes addicts
aux substances psychoactives (SPAs) pris en charge au niveau de
l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued
Ghir dans la wilaya de Bejaia (Algérie).**

Réalisé par :

SOUAGUI Sabrina

Encadré par:

Dr. BENAMSILI Lamia

Année universitaire: 2024-2025

Remerciement

Avant tout, je remercie Dieu le Tout-Puissant de m'avoir donné la force, la patience et la persévérance nécessaires pour mener à bien ce travail. C'est grâce à Sa volonté que j'ai pu traverser les différentes étapes de mon parcours.

Mes plus sincères remerciements s'adressent à Madame BENAMSILI Lamia, ma promotrice.

Je vous remercie chaleureusement pour les efforts que vous avez déployés, vos conseils avisés, votre disponibilité, vos remarques pertinentes, vos corrections précieuses et votre bienveillance tout au long de ce travail. Votre patience, votre soutien constant et votre encadrement rigoureux ont été essentiels à la réalisation de ce mémoire. Je vous suis profondément reconnaissante de m'avoir accompagnée avec autant d'attention. J'espère avoir été à la hauteur de votre confiance.

Je remercie également l'ensemble du corps enseignant et administratif du département de psychologie et d'orthophonie, pour la qualité de la formation dispensée et l'accompagnement apporté tout au long de mon cursus.

Mes remerciements vont aussi aux membres du jury, pour le temps qu'ils ont consacré à l'évaluation de ce travail, leur écoute et leur bienveillance.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux sujets de cette étude, qui m'ont fait confiance en acceptant de partager leur parcours de vie, contribuant ainsi de manière essentielle à cette recherche.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenue, de près ou de loin, tout au long de ce projet. Par leur aide, leur présence, leurs encouragements ou leur soutien moral, elles m'ont permis d'aller jusqu'au bout de ce travail.

Dédicace

Cette recherche est le fruit de cinq ans de travail, de persévérance. Elle n'aurait jamais pu aboutir sans le soutien, l'aide et l'amour de plusieurs personnes chères à mon cœur.

En signe de respect et de profonde reconnaissance, je dédie ce modeste travail :

À Dieu, le Tout-Puissant, pour m'avoir accordé la force, le courage, la patience et la volonté de poursuivre mes études malgré les difficultés.

À la petite moi, à la petite Bina, celle qui a douté, qui a pleuré parfois, mais qui ne s'est jamais arrêtée. Celle qui a persévéré, appris, grandi. Ce travail est pour toi, pour te dire que tu y es arrivée.

À ma très chère mère, source d'espoir et de force, qui n'a jamais cessé de prier pour moi et de m'encourager, même dans les moments les plus difficiles.

À mon très cher père, pour son amour discret, ses encouragements et ses nombreux sacrifices pour que je puisse étudier dans les meilleures conditions.

À mon frère Massinissa, et à mes sœurs Kahina, Nabila et Melissa, pour leur présence, leur soutien et leur affection.

À mon Mimi, merci pour ton soutien indéfectible, pour tes encouragements sincères, pour ta présence apaisante à mes côtés. Merci de m'avoir soutenue, accompagnée, et motivée à faire mieux, à aller plus loin, à croire en ma réussite.

À toute ma famille, pour l'amour, la stabilité et la force qu'elle m'a offerts à chaque étape de ce parcours.

À la mémoire de ceux qui ne sont plus parmi nous, à tous les membres de ma famille disparus, ce travail vous est dédié avec tendresse et respect. Votre souvenir continue de m'accompagner et d'éclairer mon chemin, puisse cette réalisation être un hommage à votre mémoire.

Sabrina

Liste des abréviations :

API: alcoolisation ponctuelle importante

CIM: Classification internationale des maladies

CISA: centre intermédiaires de soins en Addictologie

CIST: centre intermédiaires de soins en toxicomanie

CRF: Corticotropine releasing factor

DSM: Manuels diagnostiques et statistiques des troubles mentaux

EHS: Établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie

OFDT: observation française des drogues et des tendances Addictives

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONLCDT: Office National de lutte contre la drogue et la toxicomanie

SNS : Système nerveux central

SPAs: Substances psychoactives

TCC: thérapies cognitivo comportementales

Liste des tableaux

N° du Tableau	Titre	Page
N° 01	Caractéristiques de groupe de recherche	122
N° 02	Explication des scores	139
N° 03	Caractéristiques du groupe de pré-enquête	144
N° 04	Résultats du groupe de pré-enquête de questionnaire EVE	146
N° 05	Fréquence des stratégies d'adaptation utilisées face à la totalité des événements marquants d'après le questionnaire EVE	148
N° 06	Tableau récapitulatif des résultats des sujets de questionnaire EVE (Frerri & Vacher, 1985)	180
N° 07	Fréquence des stratégies d'adaptation utilisées face à la totalité des événements marquants d'après le questionnaire EVE (N=48)	182

Listes des figures

N° de Figure	Titre	Page
N° 01	Neurobiologie des comportements addictifs	36
N° 02	Diagramme en cubes représentant les résultats de questionnaire EVE pour 12 patients addicts	182
N° 03	Diagramme en cercle représentant le fréquence des stratégies utilisées face à la totalité des événements marquants d'après le questionnaire EVE	184
N° 04	Fréquence des événements de vie rapportés par les patients (questionnaire EVE)	193

Liste des annexes

N° d'annexe	Titre
N° 01	Lettre d'information et formulaire de consentement de la pré-enquête
N° 02	Lettre d'information et formulaire de consentement de groupe de la pré-enquête
N° 03	Questionnaire EVE (Frerri & Vacher, 1985)
N° 04	Résultats de questionnaire EVE de groupe de la pré-enquête
N° 05	Guide d'entretien semi-directif
N° 06	Formulaire d'information de consentement pour la participation a une enquête, dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude
N° 07	Formulaire d'information de consentement pour la participation a une enquête, dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de groupe de recherche
N° 08	Résultats de questionnaire EVE de groupe de recherche

Remerciement

Dédicace

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Listes des figures

Liste des annexes

Introduction 1

Partie théorique

Chapitre I Le patient à l'épreuve de l'addiction

Préambule 7

1-Histoire de l'addiction 7

1-1 Des drogues naturelles aux drogues synthétiques 9

1-2 L'époque « pré-moderne » : les usages de drogues naturelles 9

1-3 L'époque moderne : l'isolement des alcaloïdes 11

2-Définitions des concepts 13

2-1 L'addiction 13

2-2 Le sujet addict 15

2-3 La dépendance 15

2-4 Les substances psychoactives 15

2-5 Les psychotropes 17

3-L'addiction dans le contexte algérien 18

4-Classification des comportements de consommation de SPAs 18

5-Les critères diagnostiques des troubles liés à l'usage de substances 19

5-1 Critères diagnostiques de troubles liés à l'usage de substances et troubles induits
par une substance Selon le DSM-5-TR 19

5-2 Critères diagnostiques des troubles dus à la consommation de substances et les
comportements addictifs selon la CIM-11 21

6-Le diagnostic différentiel 21

7-Addictions et comorbidités psychiatriques 23

7-1 Addictions et troubles anxieux 23

7-1-1 Troubles anxieux primaires 23

7-1-2 Troubles anxieux secondaires	23
7-1-3 Relations bidirectionnelles	23
7-2 Addictions et troubles dépressifs	24
7-2-1 Spécificités de la dépression dans les addictions	24
7-2-2 Sens de causalité	24
7-2-3 Conduites suicidaires.....	24
7-3 Addictions et troubles bipolaires	25
7-3-1 Caractéristiques des conduites addictives dans les troubles bipolaires	25
7-3-2 Difficultés diagnostiques	25
7-3-3 Impact des addictions sur les troubles bipolaires	25
7-4 Addictions et troubles psychotiques	25
7-4-1 Troubles psychotiques induits par les substances	25
7-5 Addictions et troubles de la personnalité	26
8-Données épidémiologiques sur l'usage des substances psychoactives	27
8-1 A l'échelle mondiale	27
8-2 En Algérie.....	29
9-Les facteurs de vulnérabilité individuels et sociaux de l'addiction	30
9-1 Les facteurs psychologiques de vulnérabilité.....	31
9-1-1 Des traits de personnalité.....	31
9-1-2 Des attitudes tempéramentales.....	31
9-1-3 Des perturbations du comportement	31
9-2 Les facteurs d'environnement social.	32
9-3 Le rôle des pairs (des copains)	32
9-4 Les habitudes de consommation familiales.....	32
9-5 Les habitudes de fonctionnement familiales	33
10-Les approches explicatives de l'addiction :	34
10-1 Le modèle neurobiologique	34
10-1-1 Bases cérébrales	35
10-1-2 Facteurs génétiques	36
10-1-3 Imagerie cérébrale et neurobiologie.....	38
10-2 Le modèle cognitivo-comportemental	39
10-3 Le modèle psychanalytique	43
10-4 Le modèle systémique	44

11-Les modalités de prévention et de prise en charge de l'addiction	45
11-1 Les modalités de prévention de l'addiction en Algérie	46
11-1-1 La prévention primaire : informer, éduquer, protéger.....	46
11-1-2 La prévention secondaire : dépistage et intervention précoce	46
11-1-3 La prévention tertiaire : accompagnement thérapeutique et réinsertion	46
11-1-4 Le cadre législatif algérien : fondement de la politique de prévention.....	47
11-1-5 La coopération internationale : partage d'expertise et bonnes pratiques.....	47
11-2 Les modalités de prise en charge de l'addiction	47
11-2-1 Approche thérapeutique médicamenteuse	47
11-2-2 La thérapie cognitivo-comportementale.....	49
11-2-3 La psychothérapie analytique.....	49
11-2-4 La thérapie systémique	50
Synthèse	51
Chapitre II Le parcours de vie à l'épreuve de l'addiction	
Préambule	53
Section 01 : le concept de parcours de vie	
1-Histoire du concept de parcours de vie	53
1-1Les origines	53
1-2 Evolution	54
1-3 En psychologie clinique.....	57
1-4 En addictologie	58
2-Définitions du parcours de vie	59
2-1Définitions étymologiques.....	59
2-2 Définitions conceptuelles.....	60
3-Notions connexes du parcours de vie	61
3-1 La trajectoire	61
3-2 La transition.....	61
3-3 L'événement de vie.....	61
3-4 La bifurcation	62
3-5 Le point tournant	62
3-6 La cohorte	62
4-Principes fondamentaux de la perspective du parcours de vie.....	63
4-1 Le développement tout au long de la vie (lifespan development)	63

4-2 Capacité d’agir ou intentionnalité des individus (human agency)	63
4-3 L’emplacement ou l’insertion des vies dans le temps et l’espace (time and place)	64
4-4 La temporalité des événements de la vie (timing of transitions).....	64
4-5 Les vies sont interreliées (linked lives)	65
5-Les facteurs influençant les parcours de vie	65
5-1 Les facteurs psychologiques	66
5-2 Les facteurs sociaux	66
5-3 Les facteurs économiques	66
5-4 Les facteurs culturels et historiques	67
5-5 Les facteurs institutionnels	67
6-Les événements de vie et les points tournants	68
6-1 Événements de vie normatifs et non-normatifs	68
6-2 Les points tournants et l’identité.....	68
6-3 Temporalité, âge et sens attribué	69
6-4 Les événements de vie et les trajectoires d’addiction.....	69
7-Les dimensions du parcours de vie	70
7-1 La dimension biographique.....	70
7-2 La dimension socio-historique.....	70
7-3 La dimension psychologique	71
7-4 La dimension institutionnelle	71
8-Les grandes étapes et transitions du parcours de vie	72
8-1 L’enfance : fondations du parcours.....	72
8-2 L’adolescence : transition identitaire	73
8-3 L’entrée dans la vie adulte : engagement et autonomisation	73
8-4 L’âge mûr : stabilisation ou réajustements.....	74
8-5 La vieillesse : mémoire du parcours et redéfinition de soi	74
9-Les trajectoires de vie : types, ruptures et continuités	75
9-1 Les types de trajectoires	75
9-1-1 La trajectoire linéaire.....	75
9-1-2 La trajectoire ascendante.....	75
9-1-3 La trajectoire descendante.....	76
9-1-4 La trajectoire chaotique.....	76
9-2 Ruptures de trajectoire	76

9-3 Continuités et stabilité dans les parcours.....	76
10-Le rôle du temps et du contexte dans les parcours de vie	77
10-1 Le temps comme dimension structurante des parcours	77
10-2 Le contexte socio-historique : un cadre de contraintes et d'opportunités	78
10-3 L'articulation entre temps individuel et temps social.....	78
10-4 Les parcours situés : temporalité, lieu et appartenance	78
11-L'individualisation des parcours de vie	79
11-1 Une transformation des modèles de vie.....	80
11 -2 L'injonction à l'autonomie et au choix.....	80
11-3 Des parcours plus diversifiés mais aussi plus inégalitaires	81
11-4 Le récit de soi comme ressource biographique.....	81
12-Les modèles théoriques du parcours de vie	82
12-1 Le modèle du cycle de vie (Life Cycle Model).....	82
12-2 Le modèle des transitions de vie.....	83
12-3 Le modèle de la trajectoire	83
12-4 Le modèle écologique de Bronfenbrenner	84
12-5 Le modèle biopsychosocial.....	84
12-6 Le modèle de l'accumulation des désavantages.....	85
13-Méthodologies d'études de parcours de vie : les outils	86
13-1 L'entretien biographique.....	86
13-2 Le récit de vie.....	86
13-3 Le questionnaire d'événements de vie	87
13-4 Le calendrier de vie	87
13-5 Grilles d'analyse longitudinale.....	87
14-Parcours de vie et vulnérabilité face à l'addiction aux substances psychoactives en contexte algérien :.....	88
14-1 Vulnérabilité psychosociale en Algérie : une réalité multidimensionnelle.....	89
14-2 Transitions de vie et bifurcations à risque	89
14-3 Vulnérabilité sociale et conditions de vie précaires.....	89
Section 02 : Parcours de vie et addiction : Revue de la littérature	
1-Addictions : entre psychogenèse et sociogenèse	90
2- Addictions : entre plaisir éphémère et parcours de vie difficile	91
3-Addictions et psychotrauma.....	93

Section 03 : Parcours de vie et addiction : Etudes antérieurs

Synthèse.....	102
Problématique et hypothèse	Erreur ! Signet non défini.

Partie pratique

Chapitre III Méthodologie de la recherche

Préambule	114
1-Les limites de la recherche	114
2-La méthode de recherche	115
3-La présentation du lieu de recherche	119
4-Le groupe de recherche	120
4-1 Critères d'inclusion	120
4-2 Critères d'exclusion.....	121
5-Les outils de recherche	123
5-1 Le Récit de vie.....	123
5-2 L'entretien de recherche.....	129
5-3 Le questionnaire d'événements de vie EVE (Ferrerri & Vacher 1985).....	135
5-3-1 Description du questionnaire EVE	136
5-3-2 La consigne	137
5-3-3 La passation.....	137
5-3-4 la cotation	138
5-3-5 Interprétation.....	139
6-Le déroulement de la recherche.....	141
6-1 La pré-enquête.....	141
6-2 L'enquête.....	148
7-L'attitude du chercheur	152
8-Difficultés de la recherche	154
Synthèse.....	155

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

Préambule	157
I-Présentation et analyse des résultats	157
Cas n°1 : Saïd.....	158
Cas n°02 : Achref	162
Cas n°03 : Mohamed	165

Cas n°04 : Karim	166
Cas n°05 : Mahrez	168
Cas n°06 : Ishak	170
Cas n°07 : Yacine	171
Cas n°08 : Mourad	173
Cas n°09 : Hani	174
Cas n°10 : Houssein	176
Cas n°11 : Anwar	178
Cas n°12 : Rachid	179
II- Discussion de l'hypothèse	185
Synthèse :	195
Conclusion	Erreur ! Signet non défini.
Liste des références	Erreur ! Signet non défini.
Résumé	301
Annexes	

Tout au long de son existence, l'être humain peut être confronté à des épreuves de vie complexes et parfois déstabilisantes. Ces difficultés, qui marquent les trajectoires individuelles, sont souvent liées à des événements de vie significatifs, voire traumatiques, qui laissent une empreinte durable sur le fonctionnement psychique. Ces événements peuvent fragiliser les capacités d'adaptation de l'individu, altérer son équilibre mental et, dans certains cas, favoriser l'émergence de divers troubles mentaux, notamment de troubles addictifs. En effet, les addictions peuvent parfois constituer une réponse à la souffrance psychique, un mode de régulation face à des vécus douloureux ou à des ruptures dans le parcours de vie. C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente recherche, qui porte sur l'« *Etude qualitative du parcours de vie de patients adultes addicts aux substances psychoactives (SPAs) pris en charge au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia (Algérie)* ».

Au préalable, il convient de distinguer les conduites addictives de l'addiction elle-même. Les conduites addictives désignent, dans un premier temps, des consommations ou des comportements motivés par la recherche de plaisir, d'évasion ou de soulagement. Cependant, ces conduites peuvent rapidement s'intensifier, engendrer une perte de contrôle et évoluer vers une véritable addiction. Cette dernière se caractérise par une dépendance à une substance ou à un comportement, que la personne n'est plus en mesure de maîtriser, malgré la conscience des effets négatifs sur sa santé physique, psychique ou sociale. On distingue généralement deux grandes catégories d'addictions : les addictions avec substances (telles que le tabac, l'alcool, les drogues licites ou illicites) et les addictions sans substances, également appelées addictions comportementales (comme les jeux d'argent, les écrans ou les achats compulsifs). Dans le cadre de ce travail, notre attention se porte spécifiquement sur les addictions aux produits, c'est-à-dire aux « substances psychoactives (SPAs) ».

Ce choix s'appuie sur plusieurs considérations, tant cliniques que personnelles. D'une part, l'addiction aux produits psychoactifs constitue un enjeu majeur de santé publique, particulièrement préoccupant en contexte hospitalier, où les patients présentent souvent des parcours de vie marqués par la souffrance, la précarité et des ruptures multiples. D'autre part, ce thème soulève des questions fondamentales sur la manière dont les individus en viennent à développer une dépendance, et sur le rôle que peuvent jouer les expériences de vie dans cette trajectoire. En tant que future psychologue clinicienne, il nous semble essentiel de mieux comprendre les dimensions subjectives et biographiques qui sous-tendent les troubles addictifs, afin d'adapter au mieux l'écoute et l'accompagnement psychothérapeutique.

Selon l'Atlas OMS sur la toxicomanie (2025), 3,5 % à 5,7 % des 15-64 ans consommeraient des drogues illicites dans le monde et l'on estime que 10 % à 15 % d'entre eux deviennent dépendants ou en font un usage nocif. Dans la région de la Méditerranée orientale, la prévalence des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives touchent 3 500 personnes sur 100 000. Les troubles liés aux injections concernent 172 individus sur 100 000 et représentent 4 années de vie corrigées de l'incapacité perdues ainsi que 9 décès, contre 2 années et 4 décès au niveau mondial (sur une population de 1 000 personnes) (<https://www.emro.who.int>).

En Algérie, et plus particulièrement dans la wilaya de Bejaia, le phénomène de l'addiction aux substances psychoactives prend de l'ampleur et suscite une vive inquiétude chez les professionnels de santé et les autorités. En mars 2025, les services des douanes ont réalisé une saisie spectaculaire au port de Béjaïa : 84 233 comprimés d'ecstasy, 3 875 comprimés de Subutex, ainsi qu'environ 1 180 grammes de poudre d'ecstasy, dissimulés dans des équipements de piscine à bord d'un véhicule en provenance de Marseille. En avril de la même année, une nouvelle opération au même port a permis de saisir 10 790 comprimés d'ecstasy, cette fois dissimulés dans des emballages de lessive. L'enquête a abouti au démantèlement d'un vaste réseau actif dans plusieurs villes algériennes, notamment Alger, Blida et Tipaza, avec la découverte de 9 300 comprimés supplémentaires, 3,43 milliard de centimes en dinars algériens, des devises étrangères, ainsi que trois véhicules utilisés pour le transport des substances. Ces chiffres traduisent l'ampleur croissante de l'usage de substances psychoactives dans la région et soulignent l'urgence d'approfondir l'étude des parcours de vie des personnes concernées par l'addiction.

Dès lors, cette étude vise à interroger des patients addicts sur leur parcours de vie, en les invitant à revenir sur les événements marquants, parfois traumatiques, qui ont jalonné leur développement. L'objectif est d'évaluer l'influence de ces événements sur leur trajectoire personnelle et psychique. Il s'agit ainsi de mieux comprendre comment certains événements de vie, souvent liés à des ruptures, des pertes ou des situations de vulnérabilité, peuvent influencer l'émergence et le maintien des troubles addictifs. Cette recherche souligne l'importance d'une investigation approfondie des histoires de vie afin de mettre en lumière les liens possibles entre expériences biographiques et comportements addictifs.

Dans notre recherche, nous avons accordé une attention particulière au concept de parcours de vie, car il constitue une variable centrale de notre thématique. En effet, le parcours de vie renvoie à l'ensemble des étapes, des transitions et des événements heureux ou

douloureux qui structurent l'existence d'un individu dans le temps. Il permet de replacer les comportements, notamment addictifs, dans une dynamique biographique globale, en tenant compte des contextes familiaux, sociaux, affectifs et professionnels dans lesquels ils s'inscrivent. Étudier le parcours de vie des personnes souffrant d'addiction, c'est donc chercher à comprendre comment certains événements marquants, vécus à différents âges de la vie, ont pu participer à une fragilisation psychique ou favoriser l'entrée dans des conduites addictives. Le parcours de vie devient ainsi un outil essentiel pour appréhender les trajectoires individuelles dans leur complexité.

L'objectif de cette étude est de recueillir des éléments cliniques relatifs aux différentes problématiques à l'œuvre dans les parcours de vie de patients adultes addicts pris en charge en psychiatrie. À travers les récits que nous avons collectés, il s'agit d'explorer la présence d'événements marquants, voire traumatiques, qui ont jalonné leur existence. L'intention générale de cette étude est de questionner les effets de ces expériences antérieures, souvent vécues pendant l'enfance ou l'adolescence, sur la construction psychique de l'adulte que nous rencontrons aujourd'hui en situation d'addiction. En portant une attention particulière à la subjectivité des personnes concernées, cette recherche cherche à comprendre comment certaines blessures anciennes peuvent s'inscrire durablement dans un parcours de vie et contribuer à l'émergence d'une conduite addictive.

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons choisi comme terrain d'étude l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued Ghir, situé dans la wilaya de Bejaia. Notre étude a été menée auprès d'un groupe de 12 patients adultes souffrant d'addiction aux SPAs, dans le but d'explorer leur parcours de vie et de mettre à l'épreuve notre hypothèse de départ. Pour la collecte des données, nous avons opté pour un récit de vie, soutenu par un entretien semi-directif et un questionnaire d'événements de vie EVE (Frerri & Vacher, 1985), afin de mieux appréhender la richesse du vécu subjectif et des trajectoires individuelles. Ces outils qualitatifs nous ont permis d'accéder à des informations précieuses, parfois intimes, révélant la complexité des vécus et la profondeur des histoires personnelles associées à l'addiction.

Il faut noter qu'inviter ces personnes à faire le récit de leur expérience de vie et leur parcours n'est pas simple, car cela comporte le risque de voir remonter à la surface des souvenirs douloureux et enfouis, c'est pour cette raison que la recherche s'est effectuée dans le respect strict des règles éthiques et déontologiques régissant la recherche en psychologie clinique. Nous y reviendrons sur ce point ultérieurement dans ce manuscrit.

Dans cette étude, nous avons adopté une approche intégrative, qui vise à explorer en profondeur les éléments marquants du parcours de vie de patients adultes souffrant d'addiction. Cette démarche permet de mettre en lumière les faits, les expériences subjectives et les événements significatifs qui ont jalonné leur trajectoire, sans chercher à établir de relation causale directe, mais plutôt à décrire et comprendre leur vécu tel qu'il se présente.

De plus, l'approche intégrative s'avère particulièrement adaptée à notre problématique, car elle nous offre la possibilité de recueillir des données riches, nuancées et ancrées dans la réalité singulière des sujets. Elle permet ainsi de repérer, à travers leurs récits, certains événements ou contextes ayant potentiellement contribué à la construction de leur rapport à la dépendance, tout en respectant la complexité et la subjectivité de chaque histoire de vie.

De plus, les phénomènes addictifs, par leur nature multidimensionnelle, nécessitent une approche pluridisciplinaire et multifactorielle, croisant les dimensions psychologique, sociale, biologique et biographique, afin d'en saisir toute la complexité.

De ce fait, à la suite de cette introduction, notre travail s'articule en deux grandes parties : une partie théorique et une partie pratique. La première, composée de deux chapitres, propose un cadre conceptuel autour de la thématique de l'addiction « *Le sujet à l'épreuve de l'addiction* » et du parcours de vie « *Le parcours de vie à l'épreuve de l'addiction* ». La seconde partie, également divisée en deux temps, présente d'une part notre démarche méthodologique, et d'autre part l'analyse des données recueillies et la discussion des résultats. Le travail s'achève par une conclusion générale, suivie des références bibliographiques et des annexes.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I

Le patient à l'épreuve de l'addiction

Préambule :

L'addiction constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, touchant un nombre croissant d'individus à travers le monde. Sa complexité réside dans son ancrage à la fois biologique, psychologique et socioculturel, rendant son étude indispensable pour une meilleure compréhension et prise en charge des patients concernés.

Ce chapitre vise à poser un cadre conceptuel et théorique autour de cette problématique, en abordant ses principales dimensions cliniques, explicatives et épidémiologiques. Nous allons d'abord retracer l'évolution historique de l'addiction, puis exposer les définitions des concepts clés, sa classification, ses critères diagnostiques, le diagnostic différentiel, les données épidémiologiques à l'échelle mondiale et en Algérie, les facteurs de vulnérabilité individuels et sociaux. Par ailleurs nous présenterons après les différentes approches explicatives d'addiction, les troubles associés, les modalités de prévention et de prise en charge. Enfin, nous allons conclure le chapitre par une synthèse.

1- Histoire de l'addiction :

Afin de mieux comprendre la complexité du concept d'addiction et ses implications cliniques, il est essentiel d'en retracer son évolution historique. Couramment utilisé dans le monde Anglo-Saxons (*to be addict to* signifie « s'adonner à »), ce terme a été introduit en France dans le domaine de la psychopathologie dès 1990, après avoir été employé aux Etats-Unis dans les années 1970 pour désigner les conduites de dépendance aux SPAs (Varescon, 2009).

Les premiers écrits sur les drogues et l'alcool remontent à des milliers d'années. Il y a donc fort longtemps que les substances psychoactives sont connues et pensées par l'homme (Graziani & Romo, 2013, p. V11).

Le terme « addiction » n'a pas été formé, à partir d'un anglicisme, mais provient d'un vieux vocable français tombé en désuétude, qui trouve son étymologie dans le terme latin « addictus », littéralement « dit à » au sens d'attribuer, assigner, quelque chose à quelqu'un. Employé par le tribunal romain, « addicere » désignait la condition « d'esclave pour dette », celui dont le corps était mis à disposition du plaignant par le juge, par la suite, le vieux français a prolongé cette terminologie, le terme « addiction » désignant « la contrainte par le

corps » : le sujet victime d'addiction devrait, par son corps, sous la contrainte payer sa dette par une privation de liberté (Saïte, 2019, p.9).

Ainsi, ses origines remontent au droit romain ancien, où l'addiction renvoyait à une contrainte juridique sur un débiteur, une utilisation qui a perduré jusqu'au Moyen âge en Europe occidentale. Ce n'est que plus tard, dans les pays Anglo-Saxons, que le terme a été adopté en psychiatrie pour désigner la toxicomanie, avant de s'étendre à d'autres formes de dépendance, notamment comportementales (Reynaud et al., 2016).

Ainsi, l'histoire des drogues se confond avec l'histoire des hommes. Celle de leurs rapports ambivalents aux objets de leur environnement susceptibles d'adoucir leur existence, celle de leurs connaissances et de leurs croyances. En un mot, l'histoire de leur culture. Ces deux derniers siècles et surtout ces dernières décennies, l'évolution de la question des drogues et de leurs usages s'est formidablement accélérée. Une grande partie des savoirs de l'expérience ancestrale des hommes sur les drogues naturelles a été perdue, disqualifiée par les dogmes d'une morale d'abord religieuse puis médicale (Rosenzweig, 1998). Sous les effets de l'avènement de la société techno-industrielle puis du développement de la société libérale et hyper-consumériste, le « phénomène des drogues et des addictions » les deux à présent liées et étendues à certains comportements a pris une ampleur et une nature inédite dans l'histoire de l'humanité. Aujourd'hui plus que jamais, les connaissances évoluent, les pratiques et les paradigmes changent. En ce début du XXI^e siècle, l'humanité vit, de ce point de vue aussi, un moment inédit, une « transition » vers un avenir à haut potentiel tant de risques que de nouveaux pouvoirs. Dans cette histoire globale, chacune des drogues possède une histoire particulière, mais un « regard addictologique » global permet d'en proposer un panorama général qui met en évidence de nombreux points communs (Morel & Couteron, 2019, pp. 3-4).

Dès lors, l'évolution historique des drogues est donc étroitement liée à celle de l'humanité, reflétant les rapports ambivalents des hommes avec leur environnement et leurs croyances. Si les savoirs ancestraux sur les substances naturelles ont longtemps guidé leur usage, l'essor des sociétés modernes a profondément transformé le phénomène des drogues et des addictions, englobant désormais certains comportements. Aujourd'hui, dans un contexte de transition marqué par de nouveaux risques et pouvoirs, les connaissances évoluent rapidement. Un regard addictologique global permet ainsi d'analyser ces dynamiques et de mettre en lumière les similitudes entre différentes substances et pratiques addictives.

Après avoir retracé l'évolution historique de l'addiction, il convient désormais de s'intéresser aux différentes substances impliquées, notamment les drogues naturelles et les drogues synthétiques, étant donné que notre étude porte sur l'addiction aux substances psychoactives (SPAs).

1-1 Des drogues naturelles aux drogues synthétiques :

Avant l'avènement de la chimie organique du XIX^e siècle qui a permis d'en isoler des principes actifs, l'humanité a utilisé des drogues trouvées dans la nature, d'abord « spontanées » (que l'on peut cueillir) puis « cultivées » (dont la production est rationalisée et développée). La première tentative de classification de ces nombreuses plantes psychotropes (environ 150) a été réalisée par Lewin au début de XX^e siècle. La seconde phase, technoscientifique, celle des alcaloïdes et des drogues de synthèse produites par la chimie moderne, voit l'apparition d'une foultitude de nouvelles molécules psycho-actives qui seront souvent confiées aux médecins et aux juristes avec pour tâche de les classer, d'en dire les dangers et d'en réglementer les usages (Morel & Couteron, 2019, p. 4).

L'évolution des drogues illustre donc le passage d'un usage naturel à une production scientifique de molécules synthétiques, accompagnée d'une régulation stricte par les professionnels de santé et le cadre juridique.

Pour mieux comprendre des drogues naturelles, il est utile de revenir sur leur usage à l'époque pré-moderne.

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

Les drogues naturelles ont été très tôt utilisées dans le cadre de rites religieux et de pratiques thérapeutiques, mais aussi dans des pratiques « festives ». De l'ivresse profane à l'extase mystique, ce n'est pas l'expérience biologique qui diffère, mais l'expérience psychosociale, c'est-à-dire le sens qui lui est attribué et les pratiques dans lesquelles elles s'inscrivent (Morel & Couteron, 2019, p. 4).

Arrêtons-nous un moment sur les parcours de quelques-unes de ces drogues :

L'alcool, substance obtenue à des taux variables par fermentation naturelle du raisin ou d'autres fruits (également de céréales et d'autres végétaux), est utilisé depuis des

millénaires. En Europe, cet usage est diffusé d'un côté par les Celtes et de l'autre par les Romains. Les techniques de distillation sont anciennes Abulcasis a produit la fameuse aqua vitae, «eau-de-vie» censée procurer l'immortalité, dès le Xe siècle, mais les boissons distillées ne se répandront qu'à partir du XIXe siècle (Verdon, 2002). Outre l'alcool, avant et pendant le Moyen Âge, les drogues les plus utilisées en Europe furent des plantes aux effets enivrants et hallucinogènes (mais aussi toxiques) comme la mandragore, la jusquiame, la morelle noire, la belladone ou la scopolie. Leurs usages furent associés à des rites magiques et à la médecine empirique de l'époque. Ainsi, la jusquiame et la datura figuraient parmi « Les herbes du diable » dont se servaient les sorcières, notamment comme «onguent aérien », leur permettant de « voler avec le démon » (Rosenzweig, 1998).

Le cannabis est mentionné pour la première fois autour de 2 700 avant J.-C. dans le Traité des plantes médicinales de l'empereur chinois Shen Nung. Le chanvre qui donne le cannabis est une plante connue de très longue date sur plusieurs continents, notamment en Asie, en Afrique du Nord et en Europe où sa culture a été encouragée au XVII e siècle. En Inde en Afrique du Nord et en Asie Mineure, son usage fut intégré, jusqu'à sa prohibition récente, à des usages culturels, médicaux et religieux (Morel & Couteron, 2019, p. 5).

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

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

actuellement dans le monde, et, chaque jour, onze milliards de cigarettes sont fumées (Morel & Couteron, 2019, p. 5).

Des cultures de pavot dont on extrait l'**opium** existaient déjà il y a 3 000 à 4000 ans en Asie du Sud-Est et en Europe. Des textes antiques mentionnent l'utilisation de l'opium comme médicament contre des douleurs et des diarrhées ainsi que pour calmer « les enfants qui crient trop fort ». À partir du XIX^e siècle, l'opium devient un enjeu politique et économique majeur en Asie du Sud-Est. Sa production et sa consommation de masse, encouragées par les Anglais, soulèvent des problèmes sociaux et sanitaires face auxquels tentent de réagir les autorités chinoises. Plusieurs guerres dites « de l'opium » en découleront (Morel & Couteron, 2019, p. 5).

La consommation traditionnelle de **coca** (feuilles du cocaïer mâchées) par les peuples des Andes est attestée depuis plusieurs milliers d'années avant J.-C. La coca y a toujours été considérée comme une plante divine et médicinale. Son usage restera longtemps l'apanage des classes dirigeantes, la population n'y ayant accès qu'à l'occasion de certaines fêtes. La conquête espagnole au XVI^e accélère sa popularisation : la coca permettant d'augmenter le rendement des ouvriers-esclaves exploitant les mines des Andes, le roi d'Espagne, Philippe II la déclare « nécessaire au bien-être des Indiens ». Après un siècle d'interdiction, le Président de la Bolivie, Evo Morales, a demandé en 2014 à l'ONU que le mâchage de la feuille de coca ne soit plus prohibé, cela lui a été refusé. Sur l'ensemble du globe, et plus encore en Amérique, de nombreuses populations indigènes ont développé et pour certaines d'entre elles, continuent à le faire— des rites chamaniques impliquant l'ingestion de plantes ou de cactus hallucinogènes (Morel & Couteron, 2019, p. 6).

Au fil du temps, les substances psychoactives ont été utilisées dans des contextes culturels, médicaux et sociaux variés, révélant une évolution constante des pratiques et des réglementations à travers les régions du monde. Passons maintenant à l'époque moderne, que nous allons aborder dans ce qui suit :

1-3 L'époque moderne : l'isolement des alcaloïdes

À partir du XIX^e siècle, les progrès de la chimie permettent d'isoler les alcaloïdes des plantes et leurs dérivés psychotropes. Avec la mondialisation des échanges et la production industrielle, ces substances deviennent plus nombreuses et puissantes.

En 1804, la morphine est isolée de l'opium et connaît un grand succès pour ses propriétés antalgiques et hédoniques (Morel & Couteron, 2019).

En 1894, l'héroïne, plus puissante, est synthétisée. Les recherches sur les effets biologiques des morphiniques aboutissent, dans les années 1970, à la découverte des enképhalines et du système de récompense (Morel & Couteron, 2019).

En 1809, Louis Nicolas Vauquelin isole les premiers principes actifs du tabac, dont la nicotine. La cigarette se répand ensuite dans le monde. Dès les années 1960, on découvre que certains engrais augmentent son pouvoir addictif, mais l'industrie mettra quarante ans à le reconnaître. Aujourd'hui, le vapotage permet de consommer la nicotine sans fumer (Morel & Couteron, 2019).

En 1860, Albert Neiman élucide la formule de la cocaïne. Elle est d'abord utilisée pour les anesthésies locales et comme tonique. Son usage dépasse ensuite le cadre médical, notamment dans le vin Mariani, ancêtre d'un célèbre soda. Depuis les années 1930, la cocaïne, bien que prohibée, se répand, notamment sous l'impulsion des cartels sud-américains (Morel & Couteron, 2019).

Durant le XIX^e siècle, l'alcool se diffuse largement grâce à la production industrielle. Il est particulièrement consommé par les populations confrontées à des conditions de vie difficiles et par les peuples colonisés. La distillation se développe, et en France, le vin est promu « boisson nationale », tandis que les spiritueux sont jugés responsables de l'alcoolisme (Morel & Couteron, 2019).

Cette période est marquée par les progrès scientifiques et médicaux, permettant la création de nouvelles molécules psychotropes en laboratoire. Cependant, les effets secondaires apparaissent et sont parfois minimisés avant que ces substances ne soient améliorées ou abandonnées. Parallèlement, la prohibition mondiale de certaines drogues entraîne des effets délétères sur les trafics et la qualité des produits, tandis que l'usage des drogues licites comme l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes se mondialise (Morel & Couteron, 2019).

En conclusion, les addictions sont communes à toutes les sociétés, à toutes les époques et dans tous les pays. Toutefois, la société moderne est confrontée comme jamais à une

profusion de substances sans cesse plus actives et ciblées et dont les usages se banalisent, s'inscrivent dans les modes de vie, créant ainsi des problèmes de santé publique.

Après avoir retracé l'histoire de l'addiction, nous allons maintenant définir les concepts clés indispensables à la compréhension de ce phénomène, à savoir : l'addiction, le sujet addict, la dépendance, les substances psychoactives, les psychotropes.

2- Définitions des concepts :

2-1 L'addiction :

L'addiction est un vieux terme juridique français d'étymologie latine : ad-dicere, qui signifie « à dire », c'est l'association des trois notions : l'esclavage, le corps, la dépendance. C'est un terme qui correspondait dans le droit romain ancien puis au moyen-âge il désignait la contrainte par corps de celui qui, ne pouvant s'acquitter sa dette, était alors mis à la disposition du créancier par le juge (Lançon, 2013, p.9).

Cette première définition met en évidence l'ancrage historique et symbolique du terme *addiction*, en lien avec la notion de soumission. Elle éclaire le processus de dépendance comme une forme d'aliénation du corps et de la volonté du sujet.

Selon le dictionnaire de la psychologie l'anglicisme d'addiction désigne « *une dépendance à un usage d'un produit potentiellement nocif (drogue, tabac, alcool....etc) ou à une pratique (jeu, travail, sexe...etc), dont l'usage de manière répétée et irrépressible conduit à une dépendance psychique ou craving (chercher à retrouver les effets immédiatement) et physique (éviter le malaise de privation), et ce pouvant aller jusqu'à « l'utilisation risquée du corps »* (Sillamy, 2003, p. 7).

Cette définition insiste sur le caractère irrépressible de l'addiction et l'articulation entre dépendance psychique et physique. Elle souligne également les risques corporels, montrant à quel point l'addiction engage le sujet dans une dynamique de mise en danger.

De plus, Goodman (1990) a donné une définition opératoire de l'addiction qu'il décrit comme « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec*

répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (Goodman, 1990, cité par, Varescon, 2005, p.13).

Cette troisième définition met en avant la fonction défensive du comportement addictif face à un malaise interne. Elle souligne l'aspect compulsif et les échecs de contrôle, caractéristiques centrales de l'addiction malgré ses effets délétères.

En outre, l'addiction peut être définie comme *« l'usage d'un produit, la pratique un comportement qui tend à envahir l'existence d'un individu et qui le conduit à s'y engouffrer, comme un tourbillon, au point d'y sacrifier le reste de sa vie »* (Lesourne, 2007, p. 1).

Cette définition montre que l'addiction prend de plus en plus de place dans la vie d'une personne. Elle peut finir par gâcher toute son existence.

Selon la CIM 11 (2022), Les troubles dus à la consommation de substances et les comportements addictifs sont *« des troubles mentaux et comportementaux qui se développent suite à la consommation de substances principalement psychoactives, y compris des médicaments, ou à des comportements de récompense et de renforcement répétitifs spécifiques »* ([https : www.icd.who.int](https://www.icd.who.int)).

La CIM-11 considère donc l'addiction comme un trouble mental lié à l'usage répété de substances ou de comportements renforçants. Cette approche médicale souligne l'impact psychologique et comportemental de l'addiction.

Selon le DSM 5 TR (2023), Un trouble lié à l'usage d'une substance est défini comme *« un mode problématique d'utilisation d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, tel que manifesté par au moins deux des critères suivants, sur une période de 12 mois »*.

Cette définition souligne que l'addiction ne se limite pas à l'usage de la substance, mais englobe un ensemble de comportements traduisant une perte de contrôle et une altération significative du fonctionnement global de la personne.

2-2 Le sujet addict :

Le sujet addict désigne « *une personne dont la dépendance psychique, associée ou non à une dépendance physique, fait de la recherche de drogue une préoccupation quotidienne* » (Brust, 2007, p. 3).

Cette définition insiste sur la place centrale que la recherche de la drogue occupe dans la vie du sujet. Elle souligne aussi que la dépendance psychique peut exister même sans dépendance physique.

2-3 La dépendance :

C'est l'impossibilité de « s'abstenir de consommer », elle se caractérise par un désir souvent puissant, voire compulsif, de consommer ou de pratiquer une activité entraînant un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités.

En 1975, l'OMS définit la dépendance comme : « *un état psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par des réponses comportementales qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et d'éviter le malaise de la privation* ». Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Le produit n'est plus qualifié de drogue Estimer la force d'un produit revient à mesurer la force du lien qu'il tisse (ou encore la difficulté à s'en détacher) et qui n'implique pas forcément un envahissement complet de l'existence.

Ces définitions mettent en avant le désir compulsif de consommer et la difficulté à s'abstenir, soulignant l'aspect psychique et parfois physique de la dépendance. Elle rappelle aussi que la force d'un produit se mesure à l'intensité du lien qu'il crée avec l'individu, sans forcément envahir toute sa vie.

2-4 Les substances psychoactives :

Etant donné que notre étude porte sur ce type d'addiction, voici la définition :

Les substances psychoactives sont des substances qui agissent sur le SNC et modifient les perceptions, les émotions, l'humeur ou le comportement.

Autrement dit, Elles sont définies par leur capacité à engendrer une intoxication ou ivresse, un sevrage, un abus ou usage nocif ou une dépendance (Lqueille & Chassagnoux, 2017, p. 3). Parmi les SPAs, on peut citer :

- **L'Alcool**, l'une des substances légales dont l'usage est réglementée, est obtenu par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation. Il entre dans la composition de nombreuses boissons : vin, cidre, bière, rhum, et alcools distillés, vodka et whisky, etc. L'alcool n'est pas digéré : il passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins (Morel et al., 2012).
- **Le tabac**, est une plante cultivée dans le monde entier. Après séchage, les feuilles sont mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique (Morel et al., 2012).
- **Le cannabis**, l'une des drogues les plus consommées au monde à l'heure actuelle, elle est nommée aussi herbe ou hachich selon qu'il s'agit des sommités fleuries ou de la résine issue du cannabis. C'est donc un produit naturel utilisé depuis la nuit des temps à la fois comme drogue et comme source de fibres. Son principal composant psycho-actif est le tétrahydrocannabinol (Δ^9 -THC) (Morel et al., 2012).
- **La cocaïne, Le crack**, les substances les plus souvent consommées par voie nasale, le chlorhydrate de cocaïne ou se présente sous la forme d'une poudre blanche, le plus souvent sniffée, mais que certains fument (déposée sur une cigarette) ou injectent (dissout dans l'eau). Le chlorhydrate de cocaïne peut être « basé » après adjonction d'eau et d'une base (ammoniaque ou bicarbonate de sodium), il précipite alors en un résidu solide que l'on nomme crack, cocaïne basée ou free base. Fumé à l'aide d'une pipe, il est plus rarement injecté (Morel et al., 2012).
- **Les opiacés et héroïne**, les opiacés regroupent toutes les substances dérivées de l'opium (morphine, codéine...) extrait du pavot (papaver somniferum), dont l'héroïne (diacéylmorphine). Leurs effets au niveau de la cellule nerveuse sont transmis par des récepteurs spécifiques dits récepteurs aux opiacés. L'héroïne se présente sous la forme de poudre plus ou moins compacte de couleur variable, allant du marron (héroïne brune) au blanc (héroïne blanche) en passant par de nombreuses teintes intermédiaires, plus ou moins homogènes (brun clair, grisâtre,

rose...). Elle peut être fumée, sniffée ou injectée après dissolution (Morel et al., 2012).

- **Amphetamines**, se présentent sous forme de poudres plus ou moins pâteuses, généralement blanches mais pouvant parfois être de couleur (rouge, rose, vert...) et d'odeur caractéristique (se rapprochant parfois de l'essence ou du kérosène). Elles sont psychostimulants ou hallucinogènes ou anorexigènes, ils ont été utilisés aussi pour augmenter l'activité intellectuelle ou physique (dopage), pour empêcher le sommeil, et, encore récemment, comme coupe-faim (Morel et al., 2012).
- **Les hallucinogènes**, sont une vaste famille de drogues qui provoquent une modification des perceptions sensorielles (vue, ouïe, toucher), une distorsion de la réalité (temps, espace), pouvant aller jusqu'à des hallucinations. Leurs effets singuliers et puissants ne permettent pas de les consommer en toutes circonstances (Morel et al., 2012).

Ces définitions précisent le rôle des substances psychoactives en modifiant le système nerveux central et les comportements. Elles présentent aussi la diversité des substances consommées, soulignant leurs modes d'action et leurs spécificités.

2-5 Les psychotropes :

Selon le collège national des universitaires en psychiatrie (2020) les psychotropes désignent l'ensemble des substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle qui ont un tropisme « psychologique », c'est-à-dire susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification.

Les principales classes de psychotropes utilisées en psychiatrie sont :

- Les antipsychotiques.
- Les antidépresseurs.
- Les thymorégulateurs.
- Les anxiolytiques.

- Les hypnotiques.
- Les psychostimulants.

Cette définition regroupe les substances capables d'influencer l'activité mentale, sans préciser la nature exacte des effets. Elle met en avant les différentes classes de psychotropes couramment utilisées en psychiatrie pour traiter divers troubles.

3- L'addiction dans le contexte algérien :

En Algérie, la notion d'addiction ne se limite plus à la seule consommation de substances illicites, mais s'inscrit dans une perspective plus large, englobant également les dépendances comportementales. Cette approche plus globale s'est traduite institutionnellement par la transformation, en 2014, des Centres Intermédiaires de Soins en Toxicomanie (CIST) en Centres Intermédiaires de Soins en Addictologie (CISA). Ainsi le Dr Mohamed Chakali, responsable de la sous-direction de la promotion de la santé mentale au ministère de la santé, affirme que « l'Algérie ne se limite plus à la lutte contre la toxicomanie, mais adopte une approche d'addictologie, prenant en considération toute personne atteinte d'une dépendance physiologique et psychologique à une substance ou un comportement » (Chakali, 2014, cité dans La Tribune Algérie).

Cette définition permet de situer l'addiction dans le contexte algérien, en mettant en évidence son élargissement vers une approche plus globale. Elle met ainsi en lumière la nécessité d'une prise en charge adaptée aux spécificités culturelles et sociales du pays.

Après avoir défini les concepts clés liés à l'addiction, passons maintenant à la classification des substances psychoactives.

4- Classification des comportements de consommation de SPAs :

La classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, 10e révision, a identifié les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives comme des pathologies, au même titre que les troubles de l'humeur ou psychotiques.

Trois grands types de comportements de consommation sont classiquement distingués : l'usage, l'usage nocif et la dépendance

- **L'usage** : est une consommation de substances psycho-actives qui n'entraîne ni complications pour la santé ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour les autres. Il n'est pas considéré comme pathologique et garde un caractère circonstanciel ou occasionnel (Lqueille & Chassagnoux, 2017, pp. 4-5).
- **L'usage nocif** : correspond à une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, pour le sujet lui-même, mais aussi pour son environnement, sans atteindre la dépendance (Lqueille & Chassagnoux, 2017, p .5).
- **La dépendance** : est classiquement définie par la perte de la liberté de s'abstenir ou la perte de contrôle (Lqueille & Chassagnoux, 2017, p .5).

En 2013, la 5e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, a modifié cette catégorisation, permettant une approche dimensionnelle des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Après avoir abordé la classification, il devient nécessaire d'entamer les critères diagnostiques des troubles liés à l'usage de substances, tels que définis par le DSM-5-TR et la CIM-11.

5- Les critères diagnostiques des troubles liés à l'usage de substances :

5-1 Critères diagnostiques de troubles liés à l'usage de substances et troubles induits par une substance Selon le DSM-5-TR :

Un trouble lié à l'usage d'une substance est diagnostiqué lorsqu'un individu présente au moins 2 des 11 critères suivants au cours d'une période de 12 mois. Ces critères sont regroupés en quatre catégories principales :

A. Perte de contrôle :

1. Usage en quantités plus importantes ou pendant une période plus longue que prévu.

2. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'usage.
3. Beaucoup de temps passé à obtenir, utiliser ou récupérer de la substance.
4. Envie irrépressible (craving) de consommer la substance.

B. Altération du fonctionnement social :

1. Incapacité à remplir des obligations majeures (travail, école, famille) à cause de la consommation.
2. Usage continu malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels causés ou aggravés par la substance.
3. Abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de l'usage.

C. Usage risqué :

5. Usage répété dans des situations dangereuses (ex. conduite sous l'influence).
6. Poursuite de l'usage malgré la connaissance des dommages physiques ou psychologiques causés.

D. Tolérance et sevrage (symptômes physiologiques) :

7. Tolérance : nécessité d'augmenter les doses pour obtenir un l'effet désiré ou diminution de l'effet avec la même quantité.
8. Sevrage : apparition de symptômes de sevrage propres a la substance, ou usage pour éviter ces symptômes (DSM-5-TR, 2022).

Dans l'ensemble, on peut dire que le diagnostic du trouble de l'usage d'une substance repose sur un mode pathologique de comportements liés à la consommation d'une substance. Passons maintenant à la présentation des critères diagnostiques des troubles liés à l'usage de substances selon la CIM-11.

5-2 Critères diagnostiques des troubles dus à la consommation de substances et les comportements addictifs selon la CIM-11 :

Pour poser le diagnostic d'un trouble de l'usage d'une substance, trois critères clés doivent être présents pendant au moins 12 mois et causer une détresse ou une altération significative du fonctionnement :

1. Perte de contrôle :

- Incapacité à Contrôler la quantité, la durée ou la fréquence de la consommation.
- Difficulté à réduire ou arrêter malgré les tentatives.

2. Priorisation croissante de la substance :

- La consommation devient une priorité sur d'autres activités et responsabilités.
- Réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'usage.

3. Poursuite de la consommation malgré des conséquences négatives :

- Usage continu malgré des problèmes physiques, psychologiques ou sociaux clairs (CIM-11, 2022).

Une fois les critères diagnostiques exposés, il convient à présent de s'intéresser au diagnostic différentiel.

6- Le diagnostic différentiel :

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

1. De la consommation non pathologique de cette substance : qui est caractérisée par l'usage-répété à des doses relativement faibles et peut comporter des périodes temporaires d'intoxication non suivies par des conséquences négatives. Les troubles de l'usage d'une

substance sont caractérisés par une consommation forte entraînant une détresse significative et une altération du fonctionnement social. Comparer entre la consommation non pathologique normale d'une substance, et le trouble lié à l'usage de cette substance est compliqué à cause du déni fréquent de l'utilisation massive de substance et des problèmes liés à l'usage d'une substance chez les sujets poussés vers le traitement par d'autres (DSM5, 2016, p. 257).

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

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

De ce fait, le diagnostic différentiel du trouble de l'usage d'une substance permet de le distinguer d'autres troubles proches, tels que la consommation non pathologique, les troubles mentaux induits par une substance et certains troubles de la personnalité. Cette distinction repose sur l'intensité de la consommation, ses conséquences cliniques et le contexte d'apparition des symptômes.

Après avoir précisé les éléments du diagnostic différentiel, il est désormais pertinent d'aborder une dimension fréquemment associée à l'addiction : la comorbidité psychiatrique. En effet, les troubles addictifs s'inscrivent souvent dans un tableau clinique plus large, ou coexistent d'autres pathologies mentales, complexifiant à la fois le diagnostic, la prise en charge et le pronostic du patient.

7- Addictions et comorbidités psychiatriques :

La comorbidité psychiatrique de l'addiction désigne la co-occurrence d'un trouble lié à la consommation d'une SPA avec un ou plusieurs troubles psychiatriques. Ce phénomène est fréquent et pose des défis diagnostiques et thérapeutiques importants.

Les études épidémiologiques ont montré que les troubles psychiatriques étaient fréquents chez les sujets présentant des addictions, en particulier les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité.

Nous allons les exposer dans ce qui suit :

7-1 Addictions et troubles anxieux :

7-1-1 Troubles anxieux primaires :

Les troubles anxieux peuvent précéder l'addiction, la substance servant d'« automédication ». L'étude NESARC montre que 23,5 % des alcoolodépendants avaient un trouble anxieux dans l'année précédente (troubles paniques : 6,5 %, phobies sociales : 6 %, troubles anxieux généralisés : 6 %) (Laqueille & Chassagnaux, 2017).

7-1-2 Troubles anxieux secondaires :

Majoritairement, les troubles anxieux sont induits par la consommation. Les patients rapportent surtout des symptômes d'irritabilité et de tension liés au sevrage. L'anxiété est matinale, après le sevrage nocturne, et soulagée par la consommation d'alcool, tabac ou cannabis (Laqueille & Chassagnaux, 2017).

7-1-3 Relations bidirectionnelles :

L'addiction aggrave l'anxiété, qu'elle soit primaire ou secondaire. Les patients attribuent souvent leur consommation à des troubles psychologiques, alors que c'est la consommation qui les provoque. L'arrêt améliore les symptômes après quelques semaines (Laqueille & Chassagnaux, 2017).

7-2 Addictions et troubles dépressifs :**7-2-1 Spécificités de la dépression dans les addictions :**

À court terme, certaines substances comme l'alcool ont un effet euphorisant, mais leur consommation chronique aggrave la dépression. Les troubles dépressifs apparaissent à tous les stades de l'addiction et sont un motif fréquent de consultation. Leur expression clinique diffère de la psychiatrie générale : irritabilité, conduites à risques, agressivité, suicides, intoxications, et réactivation de l'appétence aux substances. Les symptômes classiques (tristesse, ralentissement, perte d'élan vital) sont souvent secondaires (Laqueille & Chassagnaux, 2017).

7-2-2 Sens de causalité :

La dépression peut précéder l'addiction (automédication) ou être secondaire à la consommation, l'alcool ayant un effet euphorisant aigu mais dépressogène chronique. Après arrêt, les symptômes s'améliorent en quelques semaines ; s'ils persistent, une autre cause doit être recherchée. Les relations sont parfois bidirectionnelles, avec des facteurs communs (troubles de la personnalité). La distinction entre dépression primaire et induite est complexe en raison des troubles mnésiques causés par les substances. Sevrage et abstinence prolongée sont nécessaires pour clarifier la nature du trouble. Un dépistage des carences en thiamine est indispensable, notamment pour le syndrome de Gayet-Wernicke, qui peut se manifester par une humeur dépressive associée à des troubles cognitifs et nutritionnels (Laqueille & Chassagnaux, 2017).

7-2-3 Conduites suicidaires :

Le risque suicidaire est fortement accru chez les sujets addicts, notamment les alcoolodépendants. Il est maximal chez les héroïnomanes, où il est treize fois supérieur à celui de la population générale (Laqueille & Chassagnaux, 2017).

7-3 Addictions et troubles bipolaires :**7-3-1 Caractéristiques des conduites addictives dans les troubles bipolaires :**

Chez les patients souffrant de troubles bipolaires, les conduites addictives sont caractérisées par une consommation généralement intermittente. Elles augmentent lors des épisodes thymiques, surtout lors des phases maniaques (Laqueille & Chassagnaux, 2017, p. 125).

7-3-2 Difficultés diagnostiques :

Le trouble bipolaire est diagnostiqué avec un retard de 8 à 10 ans, débutant fréquemment par des épisodes dépressifs. L'addiction complique le diagnostic, car les symptômes d'hypomanie sont souvent minimisés par les patients. L'entretien avec les proches est crucial pour identifier des signes passés inaperçus. Certains indices doivent alerter : épisodes dépressifs récurrents, début avant 25 ans, épisode thymique en post-partum, hypomanie même brève, antécédents familiaux de bipolarité ou de tentatives de suicide, aggravation des symptômes sous antidépresseurs. Le chevauchement symptomatique avec l'addiction rend le diagnostic complexe, notamment entre excitation maniaque et effets de substances (alcool, cocaïne). Certains patients s'auto-diagnostiquent bipolaires à tort, notamment via Internet (Laqueille & Chassagnaux, 2017).

7-3-3 Impact des addictions sur les troubles bipolaires :

Les addictions aggravent le trouble bipolaire en accélérant les cycles, en augmentant la fréquence des états mixtes et des formes à cycles rapides (plus de quatre épisodes/an). Elles accroissent également le risque de tentatives de suicide, de comportements violents et d'hospitalisations (Laqueille & Chassagnaux, 2017).

7-4 Addictions et troubles psychotiques :**7-4-1 Troubles psychotiques induits par les substances :****7-4-1-1 Troubles psychotiques induits par l'alcool :**

Ces troubles psychotiques sont rares :

- idées fixes postoniriques, avec persistance d'un vécu onirique non critiqué, survenant après un delirium tremens.
- hallucinose des buveurs de Wernicke, caractérisée par des hallucinations acousticoverbales.
- délire de jalousie, survenant chez des patients de sexe masculin, à la cinquantaine, présentant des traits de personnalité paranoïaque (Laqueille & Chassagnaux, 2017, p. 126).

7-4-1-2 Troubles psychotiques induits par le cannabis :

Des symptômes psychotiques peuvent survenir chez environ 15 % des sujets indemnes de pathologie psychotique. Ils sont caractérisés par des idées délirantes de persécution (on lit dans leurs pensées, on les espionne) et/ou des sensations de déréalisation-dépersonnalisation et disparaissent spontanément en quelques heures. Lorsque ces symptômes durent longtemps, jusqu'à un mois (DSM-5), avec des idées délirantes au premier plan, le diagnostic de troubles psychotiques induits par le cannabis, auparavant appelés pharmacopsychoses, peut être porté. Cependant, une étude danoise a retrouvé qu'environ la moitié des sujets pris en charge pour troubles psychotiques induits par le cannabis ont été diagnostiqués avec un trouble schizophrénique dans les neuf ans qui ont suivi. Une étude finlandaise a retrouvé des résultats comparables, avec un risque de recevoir un diagnostic de trouble schizophrénique de 46 % dans les huit ans suivant une hospitalisation pour troubles psychotiques induits par le cannabis. La majorité des sujets ont fait une transition dans les trois premières années (Laqueille & Chassagnaux, 2017, pp. 126-127).

7-5 Addictions et troubles de la personnalité :

Les troubles de la personnalité sont très fréquents chez les sujets présentant des addictions. Tous les troubles de la personnalité peuvent se rencontrer, mais les plus fréquents sont les troubles de la personnalité antisociale (psychopathes dans la nosographie classique ou personnalité dyssociale dans la CIM-10) et les troubles de la personnalité état limite ou borderline (personnalités émotionnellement labiles dans la CIM-10). Dans l'étude NESARC, 19 % des sujets alcoolodépendants présentaient des troubles de la personnalité antisociale. Le début des troubles de la personnalité antisociale est précoce, avant l'âge de 15 ans, ce qui les

distingue des sujets dont le mode de vie peut être proche, du fait de l'illégalité des drogues. La consommation de substances favorise la désinhibition chez les sujets psychopathes et de ce fait les passages à l'acte agressifs et médico légaux, surtout lorsque les substances sont associées à des benzodiazépines. Dans l'étude NESARC, 16 % des sujets alcoolodépendants et 31 % des sujets dépendants aux drogues présentaient des troubles de la personnalité borderline. Chez ces sujets, les conduites addictives sont habituellement compulsives, favorisant des conduites autodestructrices et des situations de crise. Des études longitudinales, telles que la Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study et la McLean Study of Adult Development, ont montré que les sujets états limites, pris en charge, notamment pour les addictions, avaient une évolution à long terme favorable, avec une majorité de sujets améliorés sur le plan symptomatique (Laqueille & Chassagnaux, 2017, p. 128).

Dès lors, on conclut que les conduites addictives sont souvent associées à divers troubles psychiatriques. Et les comorbidités les plus fréquentes sont la dépression, l'anxiété et les troubles de la personnalité.

Le repérage de ces troubles est important pour la bonne prise en charge des patients en question.

L'analyse se poursuit avec la présentation des données épidémiologiques, indispensables pour appréhender l'ampleur de phénomène addictif.

8- Données épidémiologiques sur l'usage des substances psychoactives :

8-1 A l'échelle mondiale :

Selon l'Atlas OMS sur la toxicomanie (2025), 3,5 % à 5,7 % des 15-64 ans consommeraient des drogues illicites dans le monde et l'on estime que 10 % à 15 % d'entre eux deviennent dépendants ou en font un usage nocif. Dans la région de la Méditerranée orientale, la prévalence des troubles liés à l'utilisation de substances psychactives touchent 3 500 personnes sur 100 000. Les troubles liés aux injections concernent 172 individus sur 100 000 et représentent 4 années de vie corrigées de l'incapacité perdues ainsi que 9 décès, contre 2 années et 4 décès au niveau mondial (sur une population de 1 000 personnes) (<https://www.emro.who.int>).

En juin 2024, un nouveau rapport de l'OMS souligne qu'en 2019, 2,6 millions de décès ont été imputables à la consommation d'alcool, ce qui représente 4,7 % de l'ensemble des décès survenus cette année là, tandis que 600 000 décès étaient dus à la consommation de drogues psychoactives. Fait notable, 2 millions de décès attribuables à l'alcool et 400 000 décès dus aux drogues ont été enregistrés chez des hommes. Ce rapport indique aussi qu'environ 400 millions de personnes dans le monde présentaient des troubles liés à la consommation d'alcool. Parmi elle, 209 millions de personnes étaient alcoolodépendantes (<http://www.who.int>).

Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (l'OFDT) « Drogues et addictions », les chiffres clés 2025 datant du 15 janvier 2025, le cannabis reste de loin la substance la plus consommée parmi les 11-75 ans :

- **21 millions de personnes l'ont déjà expérimenté** (29,9% des jeunes de 17 ans sont concernés en 2022).
- **1,4 million d'usagers en consomment régulièrement** (au moins 10 fois au cours du mois).
- **900 000 usagers en consomment quotidiennement.**

14,6% des adultes ont expérimenté d'autres drogues que le cannabis en 2023 (cocaïne, ecstasy/MDMA, champignons hallucinogènes, LSD, amphétamines, héroïne, crack) ; ce taux s'élevait à 9,1% en 2014. La cocaïne est le deuxième produit illicite le plus consommé, avec 9,4% d'expérimentateurs parmi les adultes en 2023 et 1,1 million d'usagers de 11 à 75 ans dans l'année. Entre 2011 et 2023, le coût du gramme de cocaïne est passé de 60 à 66 euros et la teneur moyenne en principe actif de 46% à 73%. Elle est suivie par l'ecstasy (MDMA), avec 8,2% d'expérimentateurs parmi les adultes.

D'après les chiffres clés de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT) (2025), l'alcool et le tabac, substances licites, demeurent les produits les plus consommés. Le tabac est moins consommé que l'alcool (respectivement 15 millions et 40 millions d'usagers dans l'année) mais son usage est plus fréquent. En 2023, 23,1% des adultes (18-75 ans) fument tous les jours et 7% des adultes boivent quotidiennement de l'alcool. La France reste à un niveau très élevé de prévalence du tabagisme en Europe : elle se situe au troisième rang européen en 2019 pour le nombre de fumeurs quotidiens âgés de 15 à 75 ans. On constate toutefois une baisse de près de 20% de la consommation de tabac chez les

adultes entre 2014 et 2023. Chez les jeunes de 17 ans la part de fumeurs quotidiens est passée de 31,5% en 2011 à 15,6% en 2022.

Les ventes annuelles d'alcool ont baissé régulièrement depuis cinquante ans, en raison essentiellement du recul de la consommation de vin. Très présents chez les jeunes, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API), également connus sous l'expression "*binge drinking*" (intoxication alcoolique aiguë ou alcoolisation massive), baissent sensiblement. Alors que 16% des jeunes de moins de 17 ans déclaraient avoir vécu au moins trois situations d'API dans le mois en 2017, l'OFDT révèle qu'en 2022, 13,6% des mineurs de 17 ans (16,4% des garçons et 10,6% des filles) ont connu au moins trois API dans le mois (<http://www.vie-publique.fr>).

8-2 En Algérie :

En Algérie, la dépendance aux produits psychotiques, surtout au sein de la population jeune et des adolescents, est préoccupante et constitue un réel problème de santé publique, selon les données de prise en charge disponibles. En 2023, plus de 34000 personnes ont été prises en charge au niveau des structures de soins en addictologie, avec une prédominance des personnes âgées de 16 à 35 ans (<https://www.afro.who.int>).

D'après l'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie (ONLCDT), l'Algérie compte plus de trois millions de toxicomanes, dont 3 % de femmes, ce qui est très effrayant au regard du nombre d'habitants estimé à 45 millions, alors que le nombre ne dépassait pas les 300 000 en 2010 sur une population de 35 millions. Les drogues les plus consommées en Algérie sont des substances psychotropes, comme la prégabaline, utilisée pour traiter l'épilepsie (Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie, 2023).

En 2023, environ neuf millions de comprimés de substances psychotropes ont été saisi, soit un bond de 70 % par rapport à la même période de 2022, tandis que les quantités de résine de cannabis ont diminué d'environ 30 % au cours de la même période (Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie).

Au cours de la même année, l'armée a saisi plus de 57 tonnes de résine de cannabis, plus de 11 millions de pilules de drogues et près de 100 kg de cocaïne et arrêté 2723 trafiquants de drogues (<http://elwatan-dz.com>).

De ce fait, les chiffres sur les addictions sont en forte croissance partout dans le monde, ce qui renforce le choix de notre thème de recherche.

Après avoir exposé les données épidémiologiques relatives aux conduites addictives, il convient à présent de s'intéresser aux facteurs de vulnérabilité qui sous-tendent ces comportements :

9- Les facteurs de vulnérabilité individuels et sociaux de l'addiction :

Les facteurs de vulnérabilité peuvent être individuels ou sociaux et parfois se conjuguent. Le problème de l'addiction en est une bonne illustration. Tous les individus ne sont pas égaux devant le passage de l'usage à la dépendance ou à l'addiction.

Les addictions sont la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs :

Les facteurs de risque liés aux produits : risque d'installation d'une dépendance ou addiction au produit ; risque d'apparition de complications sanitaires, psychologiques ou sociales (Graziani & Romo, 2013, p. 28).

Les facteurs individuels de vulnérabilité : qui comprennent les facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et psychiatriques (Graziani & Romo, 2013, p. 29).

Les facteurs environnementaux (sociaux et familiaux) : qui interviennent dans les régulations des consommations dans l'exposition au produit (Graziani & Romo, 2013, p. 29).

Nous nous intéressons ici aux facteurs individuels et sociaux de vulnérabilité, car si l'installation d'une addiction dépend des facteurs propres liés au produit, elle dépend aussi des facteurs individuels et environnementaux et leur connaissance est donc capitale. Elle permet des actions de prévention ciblée sur des individus ou des contextes de vulnérabilité, grâce à la mise en place d'un soutien psychosocial adapté et précoce. Le repérage de ces éléments individuels et environnementaux constitue un élément diagnostique et pronostique de toute première importance. En effet, l'existence de ces facteurs, lorsqu'elle est conjointe à la consommation de produits psychotropes, laisse fortement présager l'installation d'une addiction. Ces facteurs sont à la fois des facteurs de vulnérabilité, des facteurs de risque d'addiction et de gravité (lorsque l'addiction est installée) (Graziani & Romo, 2013, p. 29).

9-1 Les facteurs psychologiques de vulnérabilité : parmi eux, on peut citer :

9-1-1 Des traits de personnalité : faible estime de soi ; autodépréciation ; timidité ; réactions émotionnelles excessives ; difficultés de communication ; difficultés interpersonnelles ; difficulté à faire face aux événements et à établir des relations stables et satisfaisantes (Graziani & Romo, 2013, p. 29).

9-1-2 Des attitudes tempéramentales : impulsivité, recherche de sensations, de nouveauté (faible évitement du danger par exemple) ; niveau élevé de réactivité émotionnelle ; retour lent à l'équilibre après un stress ; faible niveau de sociabilité, etc (Graziani & Romo, 2013, p. 29).

9-1-3 Des perturbations du comportement : difficultés de régulation comportementales et tendances agressives ou turbulentes ; lacunes au niveau des habiletés sociales avec incapacité d'anticiper les conséquences d'une action ; manque d'autocontrôle ; difficultés à s'affirmer ; retrait social (Graziani & Romo, 2013, p. 29).

Tous ces facteurs de vulnérabilité associés, par exemple, à des performances scolaires faibles, à des attitudes ou à des croyances favorables à l'usage de substances, à un faible attachement religieux, ont un lien direct avec un risque précoce pour l'initiation aux substances psychoactives. L'association des troubles psychopathologiques aux conduites addictives est soulignée par de nombreuses études. Les études portent par exemple sur :

- les troubles des conduites et l'hyperactivité avec déficit de l'attention.
- les troubles de la personnalité (antisociale, dépendante, limite, narcissique).
- les troubles anxieux.
- les troubles dépressifs et les troubles de l'humeur.

Il s'agit là de facteurs très hétérogènes dont le rôle est lié à des interactions entre eux, sans que tous les sujets qui présentent tel ou tel de ces éléments puissent être considérés comme potentiellement addictifs (Graziani & Romo, 2013, p. 29).

Les personnes présentant ces facteurs de vulnérabilité ne constituent en rien une classe nosologique et ne présentent pas obligatoirement la pathologie avérée mais ont plus de mal à faire face à des situations de vide affectif ou motivationnel marquées par :

- une absence d'options positives (par exemple groupes sociaux désavantagés).
- un faible soutien social (structures familiales ou amicales perturbées) ou à des périodes critiques de l'existence (adolescence, divorce, isolement, stress, etc.)

Il existe plusieurs types de facteurs environnementaux influant sur les attitudes des individus envers les produits, les modes de consommation, l'expression des conduites addictives, leur pérennisation et les réactions sociales vis-à-vis de ces conduites (Graziani & Romo, 2013, p. 30).

9-2 Les facteurs d'environnement social : misère sociale, chômage, affaiblissement de la cellule familiale et de ses repères, perte des valeurs, communautés de quartiers défavorisés à haute densité de population et à taux élevé de criminalité où circulent de multiples substances psychoactives, école (plus particulièrement absence d'encadrement pédagogique cohérent, et surtout exclusion ou rupture scolaire, marginalité, etc.). Ces facteurs ont indéniablement un effet initiateur sur les consommations de substances psychoactives (alcool, drogue) (Graziani & Romo, 2013, p. 30).

9-3 Le rôle des pairs (des copains) : c'est sans conteste que le groupe des pairs joue un rôle majeur dans l'initiation de la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues à l'adolescence, complétée par la suite par le rôle renforçateur dans le choix du groupe de pairs dans lequel circulent les substances (Graziani & Romo, 2013, p. 30).

Les facteurs familiaux concernent la consommation du produit et le fonctionnement familial, et plus particulièrement :

9-4 Les habitudes de consommation familiales : la plupart des études montrent une corrélation importante entre des antécédents familiaux d'alcoolisme et de toxicomanie et un début précoce d'abus de substances durant l'enfance et l'adolescence. La tolérance familiale pour l'usage d'alcool ou de drogues, l'usage de médicaments psychotropes chez les mères ou l'usage de substances diverses par les parents, est un des facteurs de risque les plus incitateurs à l'abus de substances chez l'enfant et chez l'adolescent. Tous ces troubles présents chez les

parents créent une situation familiale favorable à l'émergence de troubles psychopathologiques chez l'enfant avec des troubles cognitifs, des difficultés de socialisation et des troubles affectifs et du comportement, dont la présence majore le risque d'abus de substances psychoactives (Graziani & Romo, 2013, p. 30).

9-5 Les habitudes de fonctionnement familiales : l'attitude des parents et les habitudes familiales ont un rôle favorisant dans le développement et la survenue d'une addiction. Ainsi, on retrouve fréquemment :

- une ambiance familiale délétère avec des éléments de discorde et de tension relationnelle importante.
- des relations parents–enfants insatisfaisantes et conflictuelles en lien avec un faible niveau d'encadrement et d'autorité.
- des attitudes parentales coercitives injustes ou incohérentes, avec un manque d'implication et de supervision parentale.
- l'influence importante de la fratrie dans la famille.
- la permissivité.
- des violences intrafamiliales entraînant des troubles affectifs, du comportement et de la personnalité.
- des troubles mentaux chez les parents (conduites d'alcoolisation et usage de drogues, trouble de la personnalité antisociale, troubles dépressifs et anxieux).
- des antécédents de deuils familiaux non résolus, etc (Graziani & Romo, 2013, pp.30-31).

En résumé, ce passage met en lumière l'intrication des facteurs individuels (psychologiques, comportementaux, psychopathologiques) et sociaux (familiaux, environnementaux, pairs) dans la vulnérabilité à l'addiction, soulignant l'importance du repérage précoce pour une prévention ciblée. L'addiction apparaît ainsi comme le fruit d'interactions complexes entre des prédispositions personnelles et des contextes sociaux fragilisants.

Afin de mieux comprendre les mécanismes psychopathologiques et neurobiologiques impliqués dans l'addiction, il est essentiel de présenter, dans ce qui suit, les principales approches explicatives de ce phénomène :

10- Les approches explicatives de l'addiction :

L'addiction est un phénomène complexe qui ne peut être réduit à une seule cause. Elle résulte d'une interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. De nombreuses théories ont été développées pour tenter d'expliquer son origine, son développement et son maintien. Ces modèles explicatifs, bien que distincts, ne s'excluent pas mutuellement ; au contraire, ils offrent des perspectives complémentaires qui permettent une meilleure compréhension du parcours des patients addicts.

Dans cette partie, nous allons explorer les principales approches explicatives de l'addiction, en mettant en lumière leurs fondements théoriques et leurs apports dans la compréhension du comportement addictif.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au modèle neurobiologique, qui constitue l'une des approches majeures dans la compréhension des mécanismes de l'addiction.

10-1 Le modèle neurobiologique :

La neurobiologie, dès les années 1950 et grâce aux modèles murins, a souligné le rôle central de la dopamine dans l'apparition d'un comportement addictif. Une augmentation du taux de dopamine au niveau du noyau accumbens a été mise en évidence en réponse à une administration aiguë de morphine, de cocaïne, d'alcool ou de nicotine chez le rat. Les bases neurobiologiques des circuits de récompense et des circuits d'apprentissage sont les projections dopa minergiques en provenance de l'aire tegmentale ventrale sous-corticale et à destination des ganglions de la base (noyau accumbens : impliqué dans le circuit dopaminergique mésolimbique de récompense) et du cortex préfrontal (cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur impliqués dans le circuit dopaminergique mésocortical et dans l'intensité de la réponse comportementale). Sous l'influence de la consommation répétée de drogue, interviendraient des modifications à long terme de la plasticité neuronale au niveau des structures corticales, en particulier préfrontales, et au niveau du système dopaminergique

mésolimbique. Une compulsion à consommer apparaîtrait alors. Celle-ci pourrait persister plusieurs années une fois l'addiction installée, et ce même après le sevrage (Lejoyeux, 2013, pp. 29-30).

10-1-1 Bases cérébrales :

La neurobiologie des comportements addictifs s'est ainsi focalisée sur trois régions d'intérêt :

- Le noyau accumbens.
- L'amygdale.
- Le cortex préfrontal.
- Le noyau accumbens est composé de deux parties qui diffèrent par leurs connexions anatomiques :
- Le shell, connecté avec l'aire tegmentale ventrale (connexions dopaminergiques réciproques entre le noyau accumbens et l'aire tegmentale ventrale) ;
- Le core, qui reçoit des afférences dopaminergiques en provenance de l'aire tegmentale ventrale et qui est relié au cortex préfrontal (Lejoyeux, 2013, p. 30).

L'activation phasique des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale précède les comportements liés à une récompense, surtout lorsqu'elle est imprévisible et significative. Cette activation est associée à une libération tonique de dopamine qui régule le niveau basal extracellulaire de ce neurotransmetteur. La dopamine, libérée dans le noyau accumbens en réponse aux stimuli prédictifs de récompense, influence l'expression des comportements via les interactions avec le cortex préfrontal (Lejoyeux, 2013).

Dans l'initiation de l'addiction, la libération de dopamine dans le noyau accumbens est essentielle, particulièrement pour la cocaïne, l'amphétamine et la nicotine. Avec l'usage répété des drogues, le cortex préfrontal et ses projections glutamatergiques deviennent plus impliqués, et l'amygdale joue un rôle dans le conditionnement à la consommation (Lejoyeux, 2013).

L'administration aiguë de drogues entraîne une libération excessive de dopamine, modifiant les signaux cellulaires et induisant l'expression de gènes précoces comme **c-Fos**. À long terme, la consommation chronique réduit les récepteurs D2 dans le striatum et le transporteur de la dopamine (pour l'amphétamine uniquement). Une des modifications les mieux étudiées implique l'accumulation de delta-FosB, un régulateur de transcription qui module les récepteurs AMPA glutamatergiques. Ce processus favorise les conduites compulsives et accroît la vulnérabilité à la rechute, qui persiste plusieurs années après l'arrêt de la consommation (Lejoyeux, 2013).

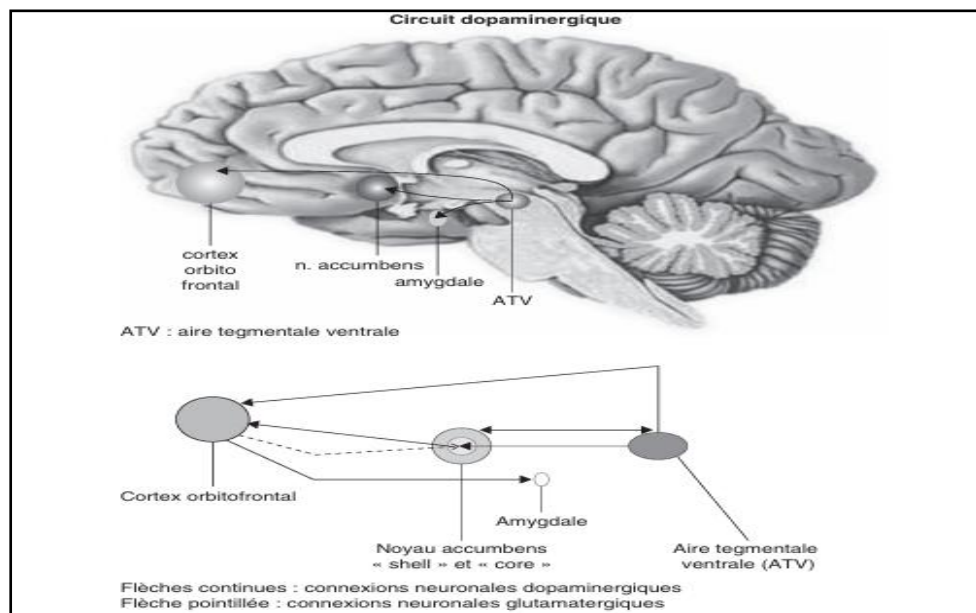


Figure n°1 : Neurobiologie des comportements addictifs. ATV : aire tegmentale ventrale (Lejoyeux, 2013).

10-1-2 Facteurs génétiques :

Un certain nombre de gènes pourraient intervenir en interaction avec des facteurs environnementaux dans la susceptibilité individuelle au risque d'addiction. Les principaux gènes identifiés concernent deux domaines:

1. Les gènes codant les enzymes impliquées dans le métabolisme des drogues ou de l'alcool (exemple : aldéhyde deshydrogénase pour l'alcool) ou les gènes codant les cytochromes impliqués dans le métabolisme des drogues (exemple : cytochrome CYP2A6. À titre d'exemple, les sujets « métaboliseurs rapides » de la nicotine ont tendance à fumer davantage et ont plus de difficultés à interrompre leur tabagisme). Les polymorphismes du

gène codant le complexe récepteur nicotinique situé sur le chromosome 15 sont associés à la dépendance à la nicotine (Lejoyeux, 2013, p. 32).

2. Les gènes codant les neurotransmetteurs cérébraux impliqués dans les processus de récompense, l'humeur ou le système opioïde, par exemple :

- Les gènes codant les récepteurs dopaminergiques.
- Le transporteur de la dopamine.
- Les enzymes de dégradation de la dopamine (comme la catéchol-O-méthyl transférase) (Lejoyeux, 2013, pp. 32-33).

L'exposition à certaines substances, comme les drogues, peut induire des modifications stables de la structure de la chromatine, affectant ainsi la transcription de l'ADN et l'expression des gènes. Ces altérations influencent la plasticité neuronale, entraînant des modifications durables du fonctionnement cérébral après une consommation chronique. Ce phénomène pourrait même être transmissible aux générations suivantes. Cependant, les gènes impliqués et les régions cérébrales concernées restent encore mal identifiés et pourraient varier en fonction des gènes affectés (Lejoyeux, 2013).

Le Moal et Koob ont synthétisé différentes théories neurobiologiques de l'addiction, mettant en évidence trois circuits principaux :

1. Circuit de la récompense et du stress :

- Principalement centré sur l'amygdale, il est modulé par des neurotransmetteurs provenant de l'aire tegmentale ventrale, du noyau arqué de l'hypothalamus et des noyaux pontiques.
- Ce circuit, impliquant aussi le noyau accumbens, le septum, l'hippocampe et le cortex préfrontal, fonctionne différemment chez les consommateurs de substances par rapport aux témoins sains.

2. Circuit du craving (envie irrépressible de consommer) :

- Lors de la consommation aiguë, les effets sont agréables, mais à mesure que la dépendance s'installe, les stimuli aversifs prennent le dessus.

- Ce circuit comprend des régions du cortex préfrontal (gyrus cingulaire antérieur, cortex orbitofrontal), identifiées en imagerie cérébrale comme impliquées dans le craving.

3. Circuit des conduites compulsives (perte de contrôle, binge) :

- Comprend le noyau accumbens, le pallidum ventral, le thalamus et le cortex orbitofrontal.

Bien que ces circuits soient identifiés, l'addiction entraîne des modifications neurobiologiques complexes. Initialement, les renforcements positifs dominent, évalués par l'amygdale, mais avec l'aggravation de la dépendance, les renforcements négatifs (stress, manque) s'intensifient. L'hippocampe, non mentionné dans ces circuits, joue un rôle clé dans la mémoire contextuelle de la consommation et régule l'activité dopaminergique du noyau accumbens (Lejoyeux, 2013).

L'addiction ne se résume pas à l'activation du circuit de la récompense mésocorticolimbique. Le système limbique méso-cortico-striatal, impliqué à la fois dans la dépendance et les conduites impulsives, est sous le contrôle de la dopamine et de la sérotonine (Lejoyeux, 2013). Enfin, l'axe corticotrope hypophyso-hypothalamo-surrénalien est activé par la consommation de drogues, augmentant la réponse au stress. La CRF (corticotropin-releasing factor), libérée par l'amygdale, contribue aux aspects négatifs du sevrage et à la dépendance persistante via une diminution de l'activité dopaminergique. D'autres neurotransmetteurs comme la dynorphine, le neuropeptide Y, la substance P, la nociceptine et l'orexine pourraient aussi jouer un rôle et mériteraient d'être mieux étudiés (Lejoyeux, 2013).

10-1-3 Imagerie cérébrale et neurobiologie :

L'imagerie cérébrale permet d'intégrer les modèles neurobiologiques et comportementaux en étudiant le fonctionnement de différentes régions du cerveau chez des sujets abusant de substances psychoactives. Les analyses, qui dépendent de la substance consommée et de l'état clinique (consommation, craving, sevrage, abstinence), révèlent que le cortex préfrontal montre une hyperactivation en présence de drogue (corrélée à l'intensité du désir de consommer) et une hypoactivation en son absence, ce qui peut réduire l'intérêt pour d'autres stimuli et altérer la prise de décision. Des modifications spécifiques sont observées

selon la substance : chez les cocaïnomanes, des variations du flux sanguin dans les noyaux gris centraux, le cortex orbitofrontal et le cortex frontal ; chez les consommateurs d'opiacés, des changements dans le gyrus cingulaire et le cortex orbitofrontal ; chez les alcooliques, une diminution du flux dans le cervelet et des augmentations dans les régions temporales et préfrontales, avec des répercussions sur la fluence verbale. Ces observations s'étendent également aux addictions sans produit, comme le jeu pathologique, qui conduisent à des changements similaires dans le système de récompense (Lejoyeux, 2013).

Enfin, une hypothèse comportementale suggère que l'addiction résulte d'un déséquilibre entre les structures corticales préfrontales impliquées dans la prise de décision et un circuit associant l'amygdale et le noyau accumbens, responsable des comportements impulsifs en réponse à un stimulus (Lejoyeux, 2013).

L'addiction donc repose sur des mécanismes neurobiologiques complexes impliquant le circuit de la récompense, la dopamine et des modifications cérébrales durables. L'imagerie cérébrale confirme ces altérations, expliquant la perte de contrôle et la compulsion à consommer.

Nous allons maintenant exposer les modèles psychopathologiques.

10-2 Le modèle cognitivo-comportemental :

Les modèles cognitivo-comportementaux des addictions reposent sur les principes de la psychologie de l'apprentissage, notamment le conditionnement classique et opérant ainsi que la théorie de l'apprentissage social. Le conditionnement classique suppose que l'apprentissage résulte de la contiguïté d'événements environnementaux, tandis que le conditionnement opérant repose sur les conséquences des actions du sujet sur son environnement. La théorie de l'apprentissage social combine ces deux approches en mettant en avant l'interaction entre l'individu et son environnement (Cupa et al., 2010).

La cognition, définie comme le processus d'acquisition, d'organisation et d'utilisation des connaissances, joue un rôle essentiel dans l'apprentissage et la compréhension de la relation entre action et conséquence. Les stratégies cognitives permettent à l'individu de structurer ses expériences et de réagir à son environnement (Cupa et al., 2010).

Le symptôme de l'addiction apparaît dans le modèle behavioriste comme le résultat d'un apprentissage dysfonctionnel, s'exprimant par un comportement pathologique. Ce modèle suggère qu'une personne, en conséquence de renforcements chroniques et spécifiques, peut présenter un comportement addictif. Tandis que le symptôme de l'addiction dans le modèle cognitif est vu comme le fruit de l'intrication et les échanges entre cognitions et émotions dysfonctionnelles (Graziani & Romo, 2013, pp. 10-11).

Dans une perspective thérapeutique, l'analyse des attentes positives liées à la consommation et des attentes négatives associées au sevrage ou à l'abstinence permet de modifier les schémas de pensée dysfonctionnels. Beck et ses collaborateurs (1993) identifient sept types d'attentes positives liées aux substances psychoactives : équilibre psychologique, bon fonctionnement social et intellectuel, plaisir, stimulation, réconfort, gestion de l'anxiété et de l'humeur dépressive, et conviction que la souffrance perdurera sans consommation (Cupa et al., 2010).

Beck et coll. (1993) ont développé un modèle de maintien de la conduite addictive. La boucle cognitivo-comportementale est déclenchée par un stimulus, qui peut être interne ou externe (par exemple la tristesse). Ce stimulus active un schéma cognitif, fait d'attentes et de croyances (par exemple « On se sent moins triste avec un shoot »). Ce schéma dysfonctionnel met en œuvre des pensées automatiques (comme « Un shoot me fera du bien ») qui permettra le déclenchement de l'envie compulsive de consommer. Il faudra encore l'intervention de croyances permissives (« Juste un, ça ne me fera pas de mal ») pour que le comportement de recherche de la substance se mette en œuvre, et aboutisse enfin à la consommation. L'intensité de l'envie compulsive de consommer (urge, craving) est sous la triple influence de la balance décisionnelle (poids respectif des avantages et des inconvénients de consommer d'une part, d'être abstinent d'autre part), de l'efficacité personnelle, et enfin des croyances permissives et anti-permissives (Cupa et al., 2010, p. 158).

Marlatt (1985) a exploré les mécanismes de la rechute auprès de nombreux patients dépendants de l'alcool, du tabac, de l'héroïne et du jeu, ainsi que chez des patients en restriction cognitive alimentaire. L'exploration de 311 épisodes de rechute lui a permis de décrire et de classer les situations à haut risque, ou déterminants :

1) La première catégorie correspond aux déterminants intra-personnels. Cette catégorie peut également inclure des événements liés à des interactions interpersonnelles distantes dans le passé.

1.1 On y retrouve les émotions négatives, comme la frustration, la colère, les sentiments de culpabilité. Cela peut également être des sentiments de peur, d'anxiété, de tension, de dépression, de solitude, de tristesse, d'ennui, d'inquiétude, d'appréhension, de chagrin, de perte d'objet. Il peut s'agir enfin de réactions à des situations de stress (examen, promotion, prise de parole en public...), à des difficultés financières ou à d'autres événements de vie pénibles.

1.2 Il peut s'agir également de difficultés en rapport à un mauvais état physique, qui peut être lié à des problèmes de consommation antérieure, tels que les syndromes de sevrage, ou être indépendant de la conduite addictive, comme des douleurs, une maladie, un traumatisme, la fatigue. (Cupa et al., 2010, p. 158).

1.3 Un épisode de rechute peut également être associé à un état émotionnel positif. Dans ce cas, la substance est utilisée pour augmenter la sensation de plaisir, de joie, de liberté, de fête. La substance sera utilisée, non pas pour soulager, mais pour augmenter encore ses sensations positives.

1.4 L'individu peut consommer pour tester sa capacité à contrôler sa consommation, ou pour simplement voir, juste une fois, l'effet de cette consommation censée être unique, ou enfin pour tester sa « volonté ». e) La consommation peut enfin répondre à des envies fortes de consommer (urge, craving), que ce soit en présence de stimuli (découvrir une bouteille cachée, passer devant un bar, devant un lieu de deal...), ou même parfois en l'absence de ces signaux déclencheurs (Cupa et al., 2010, p. 159).

2) La deuxième catégorie de situations à haut risque correspond aux déterminants interpersonnels.

2.1 Il peut s'agir de conflits interpersonnels, dans le cadre du couple, d'une relation amicale, de la famille, ou du travail. Dans ce cas, le médiateur peut être une émotion de type frustration ou colère, ou alors l'anxiété, la peur, la tension, ou l'inquiétude.

2.2 La consommation peut également avoir lieu en réponse à une forte pression sociale, qui peut être directe (offre insistante) ou indirecte (contexte ou d'autres boivent et servent alors de modèles).

2.3 La dernière situation est le renforcement d'un état émotionnel positif dans un contexte interpersonnel (fête, situation amoureuse...) (Cupa et al., 2010, p. 159).

En outre, Marlatt (1985) a mis en évidence que les situations à haut risque de rechute sont similaires dans les différents comportements de consommation, bien que certaines spécificités existent selon les addictions. Les émotions négatives sont le facteur de risque le plus fréquent, suivi par la pression sociale et les conflits interpersonnels. Il a également décrit « l'effet de violation de l'abstinence », une dissonance cognitive qui apparaît lors d'une première consommation après une période d'abstinence. Cette transgression génère un conflit interne, entraînant un sentiment de culpabilité. Pour rétablir l'harmonie cognitive, l'individu peut remettre en cause son engagement dans l'abstinence, renforçant ainsi ses attentes positives vis-à-vis de la consommation. L'effet est d'autant plus fort si la rechute est attribuée à une faiblesse personnelle (attribution interne) plutôt qu'à des circonstances extérieures (attribution externe) (Cupa et al., 2010).

Le modèle de prévention de la rechute de Marlatt repose sur la gestion des situations à haut risque. Une réponse efficace renforce le sentiment d'efficacité personnelle et diminue le risque de rechute. À l'inverse, une gestion inefficace entraîne une baisse de l'efficacité personnelle et une activation des attentes positives de la consommation, augmentant ainsi le risque de rechute (Cupa et al., 2010).

Sur cette base, Marlatt propose des stratégies thérapeutiques, notamment l'identification des situations à haut risque, le monitoring des circonstances de consommation, et l'analyse des rechutes antérieures. Le thérapeute aide le patient à développer des stratégies d'adaptation (coping skills), notamment la gestion des émotions négatives à travers des techniques de relaxation et de gestion du stress. Il encourage également un travail sur la balance décisionnelle pour évaluer les bénéfices et les conséquences de la consommation et de l'abstinence. Pour prévenir l'engrenage vers la rechute après un faux-pas, un plan de gestion est proposé, et un travail de restructuration cognitive peut atténuer l'effet de violation de l'abstinence (Cupa et al., 2010).

Dès lors, le modèle cognitivo-comportemental des addictions repose sur l'apprentissage et la cognition, expliquant le maintien de la consommation par des schémas dysfonctionnels et des attentes positives.

10-3 Le modèle psychanalytique :

L'approche psychanalytique repose sur l'existence de souvenirs inconscients refoulés qui influencent les comportements, notamment dans la production des symptômes. L'inconscient, structuré par l'histoire relationnelle et le langage, joue un rôle central, avec une place particulière accordée à la sexualité et à la construction de l'identité. La symptomatologie psychique résulte d'un compromis entre pulsions et exigences sociales (Morel et al., 2003).

Freud n'a pas considéré la toxicomanie comme une entité psychopathologique distincte, la situant davantage du côté d'une solution que d'un symptôme. Jacques Lacan, bien qu'il ait peu traité directement les usages de drogues, évoque leur rôle dans le rapport au monde et à la jouissance. Selon lui, la drogue rompt avec certaines contraintes liées à la jouissance phallique et s'inscrit dans une dynamique où l'individu organise ses rapports avec les autres (Morel et al., 2003).

Les théories psychanalytiques contemporaines sur la toxicomanie sont diverses et hétérogènes. Deux axes principaux sont mis en avant : d'une part, la fonction du produit dans le rapport à l'autre et la sexualité ; d'autre part, les effets de nomination liés au discours social autour de la toxicomanie. La drogue peut être un moyen de construction identitaire, notamment lorsque le rapport à l'Autre est perturbé. Chez les femmes, l'usage de drogues est parfois lié à une quête d'identité en lien avec une relation amoureuse avec un toxicomane. La toxicomanie peut aussi s'inscrire dans une logique de nomination sociale : être toxicomane constitue une place dans le corps social. Certains individus, notamment ceux ayant une filiation problématique, trouvent une forme d'identité dans cette appellation. La prise de drogue peut également relever d'une dynamique de prise de risque et de défi au destin, illustrée par la notion de « conduites ordaliques » (Morel et al., 2003).

Enfin, bien que la psychanalyse éclaire certains aspects du fonctionnement psychique des toxicomanes, elle se heurte à certaines limites. Son modèle, souvent influencé par l'expérience de l'anesthésie opiacée, n'est pas toujours applicable à d'autres substances aux

effets différents. De plus, la technique analytique classique, centrée sur le symptôme et la plainte, peut être inadaptée à la prise en charge de personnes pour qui la toxicomanie constitue une solution. La psychanalyse est ainsi invitée à renouveler ses approches théoriques et pratiques face aux problématiques contemporaines liées à l'usage de drogues (Morel et al., 2003).

Des lors, l'approche psychanalytique considère la toxicomanie comme une solution plutôt qu'un symptôme, influencée par l'inconscient et la construction identitaire. Elle met en avant le rôle de la drogue dans le rapport à l'Autre et la nomination sociale. Toutefois, ses limites résident dans l'adaptabilité du modèle analytique aux diverses substances et aux nouvelles réalités cliniques.

10-4 Le modèle systémique :

L'approche systémique, d'origine interactionniste et environnementaliste, considère la toxicomanie comme le produit d'une perturbation du système familial. Chaque membre de la famille influence et est influencé par les autres, et c'est cette dynamique qui maintient le symptôme. L'intervention thérapeutique se focalise donc sur l'ensemble du système plutôt que sur l'individu seul (Morel et al., 2003).

La théorie de la communication, notamment le concept de double lien, explique comment des messages contradictoires peuvent générer un sentiment d'inhibition chez le patient. La clinique identifie plusieurs types de familles, caractérisées par des modes de communication et des dynamiques spécifiques (ex. absence du père, omniprésence maternelle, secrets familiaux) (Morel et al., 2003).

Pierre et Sylvie Angel relèvent diverses problématiques dans les familles de toxicomanes :

- **Séparations impossibles**, où la toxicomanie justifie le maintien de l'enfant au domicile.
- **Conduites incestueuses ou para-incestueuses**, où la drogue légitime une relation fusionnelle.
- **Transgressions transgénérationnelles**, où les déviances parentales influencent l'enfant.

- **Problèmes d'acculturation**, confrontant les jeunes à des valeurs contradictoires.

Luigi Cancrini propose une typologie des toxicomanies selon le contexte familial et la présence de traumatismes ou conflits.

Enfin, l'approche systémique ne considère plus la famille comme un simple contexte pathogène, mais comme un levier thérapeutique. Elle favorise une alliance entre les soignants et le groupe familial pour un accompagnement plus efficace (Morel et al., 2003).

L'approche systémique donc considère la toxicomanie comme un symptôme d'une perturbation de l'environnement familial, où chaque membre influence l'autre. Le modèle met l'accent sur les troubles de la communication, les secrets familiaux et les dynamiques transgénérationnelles. Le traitement vise à restaurer l'équilibre familial en impliquant activement le système familial dans la thérapie.

Dès lors, on souligne la pluralité des facteurs étiopathogéniques possiblement impliqués dans la genèse et le développement d'une conduite addictive.

On conclut ce point sur les approches explicatives en disant que le domaine des addictions nécessite un dialogue entre chercheurs venant de différents courants théoriques.

Pour clore ce chapitre, nous abordons à présent le dernier élément qui est consacré aux modalités de prévention et de prise en charge, qui constituent un levier essentiel dans la lutte contre les conduites addictives.

11- Les modalités de prévention et de prise en charge de l'addiction :

La prévention et la prise en charge de l'addiction constitue aujourd'hui un enjeu majeurs de santé public. Face à la complexité des trajectoires addictives, il est essentiel de mettre en place une approche pluridisciplinaire intégrant à la fois des stratégies préventives et des modalités de soins adaptées. Ces interventions reposent sur une combinaison de dispositifs médicaux, psychothérapeutiques et sociaux, visant à aider le patient à réduire ou à arrêter la consommation, à prévenir les rechutes et à favoriser sa réinsertion.

Dans un premier temps, nous présenterons les modalités de prévention mises en œuvre en Algérie, en mettant en lumière les dispositifs institutionnels, les actions de sensibilisation,

ainsi que les stratégies adoptées pour limiter l'apparition et la propagation des conduites addictives au sein de la population.

11-1 Les modalités de prévention de l'addiction en Algérie :

11-1-1 La prévention primaire : informer, éduquer, protéger

La prévention primaire en Algérie vise principalement les jeunes à travers des campagnes de sensibilisation organisées par les institutions de santé, d'éducation et de justice. Des actions sont menées dans les établissements scolaires et universitaires pour informer sur les dangers des substances psychoactives, promouvoir un mode de vie sain et développer les compétences psychosociales telles que la gestion des émotions, la prise de décision ou encore la résistance à la pression des pairs. Ces initiatives s'appuient aussi sur des journées nationales (comme la Journée mondiale contre la drogue) pour renforcer les messages de prévention. Le ministère de la Santé et celui de l'Éducation nationale collaborent avec l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie (ONLCDT) pour renforcer cette éducation à la prévention dès le plus jeune âge (<https://news.radioalgerie.dz>).

11-1-2 La prévention secondaire : dépistage et intervention précoce

La prévention secondaire s'adresse aux individus ayant déjà expérimenté des substances psychoactives ou présentant des comportements à risque. Elle repose sur le repérage précoce des consommations problématiques, notamment via des centres de santé, des consultations spécialisées, ou des programmes menés en milieu scolaire ou professionnel. En Algérie, des centres de désintoxication comme celui de Bouchaoui proposent un accompagnement pluridisciplinaire alliant soins médicaux, suivi psychologique et insertion sociale. Ces centres permettent d'intervenir rapidement dès les premiers signes de dépendance, évitant ainsi une aggravation de la situation (<https://www.aps.dz>).

11-1-3 La prévention tertiaire : accompagnement thérapeutique et réinsertion

La prévention tertiaire concerne les personnes ayant déjà développé une addiction, dans le but de limiter les complications, d'éviter les rechutes et de favoriser la réinsertion sociale.

Elle implique une prise en charge globale alliant soins médicaux, psychothérapie, accompagnement social et suivi post-sevrage. En Algérie, l'État renforce ce dispositif par la

création de nouveaux centres spécialisés. À titre d'exemple, deux nouveaux centres de traitement de l'addiction doivent ouvrir à Oran en 2025, avec des unités de soins, d'accueil, de formation et de réhabilitation, démontrant la volonté des autorités de renforcer l'offre de soins en addictologie (<https://news.radioalgerie.dz>).

11-1-4 Le cadre législatif algérien : fondement de la politique de prévention

Sur le plan légal, la lutte contre l'addiction est encadrée par la loi n° 04-18 (modifiée par la loi n° 05-23) qui renforce les prérogatives de l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie (ONLCDT) et met l'accent sur la prévention, la répression du trafic de drogue, et la réinsertion des toxicomanes. Cette loi prévoit également l'amélioration de la coordination entre les différents secteurs impliqués (santé, justice, éducation, affaires religieuses) pour une meilleure efficacité des programmes de prévention. Elle autorise notamment la création de structures d'écoute, de centres de désintoxication et de cellules de soutien dans les établissements éducatifs (<https://www.aps.dz>).

11-1-5 La coopération internationale : partage d'expertise et bonnes pratiques

L'Algérie participe également à des projets internationaux de prévention, notamment via le réseau MedNET du Conseil de l'Europe, qui promeut une politique basée sur des données probantes dans le domaine de la toxicomanie. Ce réseau permet l'échange d'expertises entre pays méditerranéens, la formation des professionnels et le renforcement des politiques nationales de prévention. L'implication de l'Algérie dans ces dynamiques renforce ses capacités institutionnelles dans le domaine de l'addictologie et favorise l'adoption de standards internationaux dans les pratiques de prévention et de soin (<https://onlcdt.mjustice.dz>).

Dans un second temps, nous nous intéresserons aux modalités de prise en charge de l'addiction, après avoir présenté des dispositifs de prévention mis en place en Algérie.

11-2 Les modalités de prise en charge de l'addiction :

11-2-1 Approche thérapeutique médicamenteuse :

Les thérapeutiques médicamenteuses opposent deux stratégies antinomiques : la stratégie de sevrage puis de post-sevrage et la stratégie substitutive.

11-2-1-1 La stratégie substitutive :

Les traitements de substitution sont à réserver aux patients présentant des dépendances opiacées ou tabagiques. Le principe est de proposer un traitement de la même classe pharmacologique que la substance toxique. L'objectif de la cure est différent pour le tabac et les opiacés. La substitution nicotinique est une détoxification sur plusieurs mois. La substitution opiacée vise le maintien du patient dans un cadre de soins pour la prise en charge des troubles de la personnalité (Laqueille & Chassagnaux, 2017, p. 38).

Dans ce cadre, les médicaments de substitution sont caractérisés par leur longue durée d'action de façon à éviter l'euphorie liée aux substances et le malaise lié à sa privation. Un patient sous traitement de substitution se présente comme sevré. Les médicaments substitutifs sont des agonistes purs : la méthadone ou la nicotine. Ce sont aussi des agonistes partiels avec un effet plafond, une moindre dépendance, mais un risque de syndrome de sevrage, la buprénorphine et la varénicline. Les gommes et les sprays de nicotine peuvent présenter des risques de néo-dépendance du fait de leurs effets de pics. Ils sont moins efficaces que les patchs et à réserver aux patients les moins motivés (Laqueille & Chassagnaux, 2017, p. 38).

Ainsi le symptôme clinique qui permet d'adapter la posologie est le craving. Un sujet sous méthadone continuant à consommer des opiacés doit être réévalué ; fumer sous patch à la nicotine nécessite une augmentation de dose de patch. Les risques de mésusage sont fréquents. La déception devant l'absence d'effet euphorisant et le manque de motivation à s'abstenir de drogue peuvent entraîner des revendications de doses plus élevées, des modifications du rythme des prises, des pratiques d'injection pour la buprénorphine. Le respect des cadres d'utilisation et de prescription est essentiel (Laqueille & Chassagnaux, 2017, p. 38-39).

11-2-1-2 La stratégie de sevrage et de post-sevrage :

Le principe est l'arrêt de toute consommation avec dans un second temps les mesures thérapeutiques du post-sevrage. Les traitements du sevrage sont essentiellement symptomatiques, associant anxiolytiques et antalgiques. Les benzodiazépines posent le problème spécifique des risques de dépendances secondaires, ce qui ne doit pas en limiter la prescription, avec une délivrance contrôlée en hospitalisation ou en centre de soins

spécialisés. Leur danger est une prescription avec dispensation pharmaceutique sans contrôle (Laqueille & Chassagnaux, 2017, p. 39).

L'hospitalisation peut être nécessaire, assurant un cadre institutionnel qui s'ouvre au fur et à mesure de l'évolution du patient. Le sevrage ne peut s'envisager sans mesures préventives des rechutes, psychologiques et médicamenteuses, impliquant un traitement du post-sevrage d'une durée de six mois à un an (Laqueille & Chassagnaux, 2017, p. 39).

L'approche médicamenteuse de l'addiction repose sur la substitution afin de stabiliser le patient et éviter le manque, ou sur le sevrage avec un accompagnement symptomatique et un suivi post-sevrage de plusieurs mois pour prévenir les rechutes.

11-2-2 La thérapie cognitivo-comportementale :

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) combinent les approches cognitive et comportementale, mettant l'accent sur l'impact des schémas de pensée dysfonctionnels dans les troubles mentaux et comportementaux. Elles agissent sur le symptôme dans l'instant présent à travers des exercices pratiques visant à remplacer un comportement pathologique par un comportement plus adapté. La restructuration cognitive et l'entraînement aux habiletés sociales sont utilisés pour modifier l'interaction entre l'individu et son environnement (Saïet, 2019).

Dans le cadre des addictions, les TCC reposent sur une évaluation initiale du comportement addictif et de ses composantes cognitives et émotionnelles. Ensuite, la thérapie identifie les stimuli déclencheurs et informe le patient sur les mécanismes de la dépendance. Le travail de restructuration cognitive vise à modifier les croyances erronées, renforcer l'autocontrôle et favoriser l'apprentissage de comportements alternatifs à l'addiction (Saïet, 2019).

11-2-3 La psychothérapie analytique :

Les psychothérapies analytiques dans le traitement des addictions ne visent pas uniquement l'arrêt de la consommation, mais interrogent la source du besoin impérieux de l'addiction. L'approche psychanalytique considère que l'addiction ne définit pas entièrement le sujet, bien que celui-ci s'identifie souvent à sa conduite addictive. Cependant, les patients addicts présentent des difficultés spécifiques dans la démarche analytique : intolérance aux

affects, rejet du travail d'introjection et résistances face au transfert, pouvant entraîner des réactions de rejet ou de lassitude chez l'analyste (Saïet, 2019).

Les psychanalystes constatent parfois un déplacement de la dépendance vers la situation analytique elle-même, avec un transfert intense et archaïque. Cependant, la fragilité narcissique des patients addicts les conduit à percevoir l'analyste comme un objet délabrant, compromettant l'alliance thérapeutique. Face aux résistances et aux contre-attitudes négatives qu'ils suscitent, ces patients sont souvent considérés comme les « parias » de la psychanalyse (Saïet, 2019).

Pour qu'une cure analytique soit possible, un travail préalable d'établissement d'une alliance narcissique sécurisante est souvent nécessaire. L'objectif principal de la psychothérapie analytique est alors de réactiver le fonctionnement psychique du sujet, en transformant la conduite addictive en un symptôme analysable. Toutefois, l'addiction constitue une réponse du sujet à une problématique existentielle, et l'analyste doit accompagner le patient dans l'assomption de ses potentialités addictives, sans que l'abstinence ne devienne une nouvelle forme de dépendance (Saïet, 2019).

11-2-4 La thérapie systémique :

Les thérapies systémiques de l'addiction, issues de l'École de Palo Alto, considèrent la famille comme un élément central du traitement. Plutôt que d'être mise à l'écart, culpabilisée ou perçue négativement, la famille est intégrée comme un auxiliaire thérapeutique. Les thérapeutes familiaux (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) visent à modifier et réguler le système relationnel familial avant même d'envisager un sevrage (Saïet, 2019).

Dans un premier temps, le déni collectif du symptôme addictif maintient un certain équilibre familial. Lorsque la gravité du trouble est reconnue, une rupture dans cet équilibre se produit, générant une demande de consultation, souvent paradoxale : une volonté de changement sans modification réelle du fonctionnement familial. Le sevrage peut entraîner de nouvelles attitudes chez l'adolescent, perçues comme menaçantes pour la stabilité familiale (Saïet, 2019).

L'approche systémique repose sur l'instauration d'un « système famille/thérapeute », favorisant les interactions entre le thérapeute et chaque membre de la famille. Un élément clé

du travail thérapeutique est l'hypothétisation (M. Selvini), qui consiste à formuler des hypothèses sur le fonctionnement familial et à les tester en séance pour en évaluer les effets. Des recommandations sont ensuite proposées pour améliorer la communication et l'équilibre familial (Saïet, 2019).

M.D. Stanton et T.C. Todd ont été les premiers à développer des thérapies familiales pour jeunes toxicomanes, utilisant la détection d'injonctions paradoxales, le recadrage contextuel et la restructuration des frontières familiales. P. et S. Angel ont poursuivi ces travaux en insistant sur l'importance d'instaurer de nouvelles dynamiques relationnelles au sein des familles concernées par l'addiction (Saïet, 2019).

Synthèse :

L'addiction aux substances psychoactives est une pathologie complexe aux conséquences physiques, psychologique et sociales graves. Sa prise en charge nécessite une approche multidisciplinaire combinant traitements médicaux, psychothérapies et soutien social. La prévention joue également un rôle clé dans la réduction des risques en sensibilisant aux dangers des substances et promouvant des stratégies de protection adaptées.

Dans ce cadre, si la psychiatrie biologique nous a révélé les processus sous-jacents à cette soumission. Dans le même temps, la psychologie nous permettrait de comprendre pourquoi une personne devient addicte.

Nous allons donc, dans le chapitre suivant, évoquer le parcours de vie des sujets addicts, ou nous décrirons et tenterons d'expliquer leur trajectoire personnelle, afin de mieux comprendre comment certains facteurs de vie influencer l'émergence et l'évolution des conduites addictives.

Chapitre II

Le parcours de vie à l'épreuve de l'addiction

Préambule :

Le concept de parcours de vie s'est progressivement imposé dans les sciences humaines et sociales comme un cadre d'analyse pertinent pour comprendre les évolutions individuelles au sein de contextes sociaux, culturels et historiques. Il permet d'appréhender la personne dans sa globalité, à travers les différentes étapes de son existence, ses transitions, ses ruptures et ses trajectoires.

Nous avons divisé ce second chapitre, qui vise à établir un cadre théorique rigoureux permettant d'éclairer les liens entre les dynamiques de parcours de vie et la vulnérabilité aux conduites addictives aux substances psychoactives, en trois sections complémentaires. La première section est consacrée aux fondements du concept de parcours de vie : origines, définitions, principes, facteurs d'influence et notions clés. La deuxième section présente une revue de littérature sur les relations entre le parcours de vie et l'addiction. Enfin, la troisième section expose les principales études antérieures menées sur cette thématique.

Section 01 : le concept de parcours de vie

Cette section pose les bases conceptuelles du parcours de vie en en présentant l'origine, les notions clés et les principes fondamentaux. Elle explore également les facteurs influençant les trajectoires, les dimensions qui les structurent, et leur lien avec la vulnérabilité aux addictions en contexte algérien.

1- Histoire du concept de parcours de vie :

Avant de définir le concept de parcours de vie, il apparaît nécessaire de revenir sur son origine et son évolution et comprendre comment il s'est construit progressivement à travers différentes disciplines, et comment il s'est enrichi au fil du temps.

1-1 Les origines :

La perspective du parcours de vie (Life Course Perspective) est apparue aux États-Unis il y a plus d'un demi-siècle, et s'est ensuite développée dans de nombreuses disciplines, notamment en sociologie, psychologie, socio-économie, démographie, sociohistoire et en épidémiologie.

Comme Elder le souligne, la théorie du parcours de vie a été graduellement élaborée à partir du désir de comprendre les liens entre les trajectoires sociales, le développement individuel et les contextes sociohistoriques dans divers champs d'études et disciplines centrées sur l'étude du développement humain. La perspective du parcours de vie a bénéficié

des contributions de plusieurs traditions de recherche et courants théoriques développés dans l'étude des relations humaines et leurs changements dans le temps (Elder, 1995, p. 104).

De plus, l'analyse des rapports intergénérationnels développée dans les études longitudinales, l'analyse des temporalités et des conceptualisations de l'âge en anthropologie, l'analyse des histoires familiales et de l'enfance et l'analyse des cohortes. La psychologie du développement, le modèle du déroulement de la vie (lifespan) et le modèle écologique ont aussi influencé l'évolution des idées à la base de cette théorie, de même que les traditions sociologiques de l'interactionnisme, la perspective structuraliste des rôles sociaux et de la socialisation et les théories des réseaux sociaux (Cherghel & Saint-Jacques, 2013, pp. 7-8).

Ainsi, le concept de parcours de vie s'est construit à l'intersection de plusieurs disciplines, intégrant des apports issus de la sociologie, de la psychologie du développement, de l'anthropologie ou encore de l'épidémiologie. Il vise à appréhender les trajectoires individuelles à la lumière des dynamiques sociales, historiques et relationnelles.

1-2 Evolution :

Bien qu'elle soit largement utilisée dans divers domaines de recherche et enseignée dans les programmes universitaires, la théorie du parcours de vie, telle qu'on la connaît aujourd'hui, s'est seulement développée au cours des dernières décennies. Sa forme actuelle résulte de son évolution, depuis les années 1960, sous l'influence des changements sociohistoriques et d'une diversité d'approches théoriques formulées à cette époque. Au début du siècle passé, Thomas et Znaniecki (1918-1920) plaident en faveur de l'étude longitudinale des individus et des groupes sociaux par le biais de la méthodologie des histoires de vie dans leur ouvrage fondateur « *The Polish Peasant in Europe and America* ». Il faudra tout de même attendre les années 1960 pour que commence à se développer l'intérêt pour l'analyse longitudinale dans le cadre de diverses approches sectorielles. Cet intérêt n'est pas étranger aux tendances générales de l'époque, qui souhaitent comprendre le comportement humain en période de grands changements et l'effet des changements sociohistoriques sur la vie des individus (ex. : les deux guerres mondiales, la Grande Dépression). Parallèlement, d'importantes études longitudinales sur le développement des enfants, dans une perspective psychologique, ont été menées à partir des années 1930. Ces recherches sur plusieurs cohortes ont montré l'importance des temporalités historiques et sociales, ainsi que l'importance du changement social pour le développement individuel- l'effet de période. (Cherghel & Saint-Jacques, 2013, p. 8).

La théorie du parcours de vie s'est donc ainsi progressivement consolidée depuis les années 1960, sous l'influence des mutations sociohistoriques et de travaux pionniers en analyse longitudinale, comme ceux de Thomas et Znaniecki, soulignant l'importance des temporalités et du contexte dans le développement individuel.

Les changements démographiques amorcés dans les années 1970 (l'augmentation de la diversité ethnique avec l'immigration, le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, la baisse de la fécondité et de la mortalité) et leurs effets sur les populations ont participé au développement de la théorie du parcours de vie. Ces transformations ont suscité des discussions sur les calendriers sociaux ou normatifs, c'est-à-dire les attentes relatives aux temps, aux moments et aux âges appropriés pour les transitions de vie importantes (ex. : l'entrée sur le marché du travail, le mariage, la naissance d'enfants, la retraite). La perspective longitudinale s'est aussi imposée par l'étude des trajectoires et de leurs différences d'un groupe social à l'autre (Cherghel & Saint-Jacques, 2013, pp. 8-9).

Donc, les transformations démographiques depuis les années 1970 ont contribué à l'élaboration de la théorie du parcours de vie. Elles ont remis en question les normes sociales liées aux grandes transitions de l'existence.

À partir des années 1960, la psychologie du déroulement de la vie (lifespan psychology) et la sociologie du parcours de vie (life course sociology) se développent. Des modèles théoriques et méthodologiques pour l'étude du développement à long terme sont élaborés à travers des projets de recherche longitudinale. Ces études mettent en lumière le fait que les vies sont influencées par les contextes sociohistoriques, en changement permanent, et par le contexte biographique. La psychologie du lifespan introduit aussi l'idée que le développement d'un individu se déroule tout au long de la vie. En effet, le développement est compris comme un ensemble de trajectoires (cognitives et affectives) qui peuvent évoluer dans différentes directions et entraîner des gains ou des pertes. Il se caractérise par une certaine « plasticité », peut être infléchi dans une direction ou une autre, selon les conditions et contextes de référence. La sociologie du parcours de vie ayant à la base les travaux de G. H. Elder sur les Enfants de la Grande Dépression (1974) intègre les théories des relations interpersonnelles et des temporalités à l'étude des trajectoires biographiques (Cherghel & Saint-Jacques, 2013, p. 9).

Dès les années 1960, la psychologie du lifespan et la sociologie du parcours de vie ont permis d'étudier le développement humain dans la durée, en tenant compte des contextes

sociohistoriques et biographiques. Ces approches soulignent la plasticité des trajectoires individuelles influencées par des facteurs multiples.

Les premiers modèles d'analyse se centrent sur une séquence de rôles, comme les rôles familiaux dans le cas de l'approche du cycle de vie. Cette approche, rapidement devenue caduque en raison de son incapacité à expliquer l'irrégularité et le changement, s'est transformée avec l'introduction du concept de carrière faisant référence à l'histoire des rôles dans les différents domaines du parcours éducationnel, professionnel et familial. On parle ainsi de carrière familiale, professionnelle, éducationnelle, etc. Les deux modèles présentent une limite importante, puisqu'ils ne réussissent pas à expliquer les mécanismes reliant la vie individuelle aux contextes biographiques et aux changements sociaux. C'est dans le cadre des études sociohistorique que l'analyse du contexte reçoit une importance grandissante. La théorie du parcours de vie s'inspire aussi de l'approche écologique, développée surtout en psychologie du développement, en psychologie sociale et en sociologie, qui est axée sur l'analyse de divers contextes de vie (micro, méso, macro) appelés systèmes. Dans la vision écologique, les changements macrosociaux peuvent transformer les expériences des individus et affecter le développement des enfants par les changements qu'ils entraînent sur les relations primaires dans la famille et les groupes primaires. D'ailleurs, l'approche écologique et l'approche du cours de vie ont évolué parallèlement et se sont mutuellement influencées. Par exemple, Elder montrait en 1995 que les principales limites de l'approche écologique étaient l'absence de la dimension temporelle dans l'explication du développement individuel, ainsi que l'absence du rôle de l'individu dans son développement. Ces aspects étaient présents dans l'approche du cours de vie dès ses premières formulations, à travers les principes de temporalités biographiques et de l'action humaine. Sous l'influence des débats autour de ces questions, le modèle écologique a été ultérieurement revu, pour y inclure les dimensions du temps (sous la forme du chrono système) et du développement individuel. En intégrant ces dimensions, le modèle est connu à présent comme « bioécologique » (Cherghel & Saint-Jacques, 2013, pp. 9-10).

Ainsi, les premiers modèles centrés sur les rôles familiaux ont évolué vers une approche par carrières, mais restaient limités dans l'analyse des liens entre individus et contextes sociaux. La théorie du parcours de vie, influencée par l'approche écologique, intègre désormais les dimensions temporelles et individuelles dans une perspective bioécologique.

La théorie du parcours de vie propose une façon particulière de conceptualiser le temps, c'est-à-dire qu'elle le considère comme un produit culturellement, socialement et individuellement construit, ayant des significations objectives et subjectives. Cette vision centrée sur la compréhension du développement humain dans le temps et en lien avec les différents contextes de vie rejoint des domaines d'étude spécialisés selon les classes d'âge (enfance, adolescence, adulte) ou les divers secteurs (famille, emploi, santé). Comme le montre Elder (1995, 2001), le cadre conceptuel de la théorie du parcours de vie bénéficie des contributions de plusieurs champs d'études et trouve des applications dans différentes disciplines. En psychologie, l'approche du déroulement de la vie (lifespan) conçoit le développement individuel en fonction des stades successifs qui s'étendent sur toute la durée de la vie, et qui peuvent suivre de multiples directions (croissance, perte, résilience, etc.), d'où résulte un effet cumulatif, positif ou négatif, ayant des conséquences à long terme. Pour cerner cette réalité, l'examen de la « mémoire autobiographique » qui s'exprime par le biais des récits de vie constitue une voie de recherche élaborée dans les études psychologiques sur la construction de l'identité. Pour sa part, la sociologie s'est davantage penchée sur la conceptualisation et la description du cycle de vie, des rôles sociaux et de leur succession, du processus de socialisation, de la structuration des réseaux sociaux et de leur rôle, ainsi que du capital social. La conceptualisation de l'âge et des temporalités s'est surtout développée dans le cadre des études anthropologiques (normes normatives et prospectives liées aux groupes d'âge, attentes et identités relatives aux âges, etc.), en démographie (cohortes de naissances, décalage structurel) et en histoire sociale (enfance, famille). Enfin, l'étude des transitions et des trajectoires s'est développée sous différents angles dans le cadre de ces disciplines et aussi en lien avec divers cadres théoriques comme l'étude de la résilience, du vieillissement (ageism), de l'enfance (early childhood), de l'adolescence, etc (Cherghel & Saint-Jacques, 2013, pp. 10-11).

De ce fait la théorie du parcours de vie conçoit le temps comme une construction sociale et individuelle, influençant le développement humain selon les contextes de vie. Elle s'enrichit de plusieurs disciplines psychologie, sociologie, anthropologie pour analyser les trajectoires, transitions et identités au fil de l'existence.

1-3 En psychologie clinique :

À partir de ce socle théorique interdisciplinaire, la notion de parcours de vie a progressivement été intégrée dans le champ de la psychologie clinique, de la

psychopathologie et de la psychiatrie, notamment à travers l'étude des vulnérabilités psychiques, des trajectoires pathologiques, et des processus de subjectivation à long terme. Cette intégration repose sur l'idée que les expériences de vie, les événements marquants, les ruptures, mais aussi les continuités, façonnent l'organisation psychique des individus et participent à la construction de troubles mentaux, en particulier lorsqu'ils s'inscrivent dans des contextes de fragilité ou d'adversité cumulée.

Dès les années 1980, des travaux en psychologie du développement et en psychopathologie développementale ont mis en évidence l'impact des trajectoires de vie sur les troubles psychiques, ouvrant ainsi la voie à une lecture dynamique et contextuelle du fonctionnement psychique, en rupture avec les modèles strictement catégoriels ou biologiques (Cicchetti & Toth, 2009, pp. 497-499).

Cette approche s'est développée autour de l'étude de la vulnérabilité, de la résilience, et de l'adaptation au fil du temps, considérant que les troubles mentaux s'ancrent souvent dans des trajectoires marquées par des ruptures de liens, des carences relationnelles précoces ou des événements traumatiques répétés.

De plus, en psychiatrie, la perspective du parcours de vie a été mobilisée notamment dans le cadre des modèles longitudinaux de la schizophrénie, des troubles de l'humeur ou encore des addictions, permettant de dépasser l'instantanéité du diagnostic pour replacer les troubles dans une histoire singulière et évolutive (Le Quéau, 2014, p. 38).

Ce déplacement épistémologique s'appuie sur une lecture biographique et narrative du symptôme, et rejoint les travaux menés en clinique du trauma, en clinique de l'adolescence, ou dans l'approche psychodynamique des conduites addictives.

1-4 En addictologie :

Plus spécifiquement, dans le champ de l'addictologie, la notion de parcours de vie permet d'éclairer la dynamique évolutive de la dépendance, en tenant compte des trajectoires de consommation, des facteurs de vulnérabilité cumulés, des ruptures biographiques (familiales, scolaires, professionnelles), mais aussi des tentatives de changement et des ressources mobilisées au fil du temps (Varescon, 2009, pp. 35-36).

De plus, elle soutient une approche compréhensive de l'addiction comme processus inscrit dans une histoire de vie, impliquant des dimensions affectives, identitaires, sociales et symboliques. L'usage du récit de vie, de l'entretien clinique approfondi, ou encore du travail en groupe thérapeutique narratif, permet alors de faire émerger le sens que le sujet attribue à sa trajectoire addictive et aux épisodes de rechute ou de rémission (Morel & Couteron, 2019, pp. 92-93).

Ainsi, l'introduction du concept de parcours de vie dans les sciences cliniques a permis de reconsidérer la psychopathologie non plus seulement comme une entité statique, mais comme un processus psychique en devenir, influencé par des contextes de vie, des environnements relationnels, des temporalités subjectives et des événements historiques. Dans cette perspective, la compréhension des troubles mentaux et des addictions en particulier implique une analyse fine des trajectoires individuelles, marquées par des tensions entre déterminismes et possibilités de changement, entre souffrances et stratégies de survie psychique.

En somme, cette vue d'ensemble permet de constater que le cadre conceptuel de la théorie du parcours de vie ne cesse de s'enrichir, constituant aujourd'hui un outil structuré pour étudier les trajectoires humaines dans leur contexte sociohistorique.

Après avoir retracé l'origine et l'évolution de ce concept et son introduction en psychologie clinique et en addictologie, nous présentons à présent ses principales définitions.

2- Définitions du parcours de vie :

Dans le cadre de cette étude, il est essentiel de définir le concept de parcours de vie, en commençant par son étymologie. Cette démarche permet d'en éclairer les fondements avant d'en préciser le sens théorique.

2-1 Définitions étymologiques :

Le terme de parcours de vie est employé et définit pour la première fois en 1964 sous la plume du sociologue Leonard D. Cain (Charruault, 2020, p.10).

Le terme *parcours de vie* trouve ses racines dans le latin. Le mot *parcours* dérive de *percurrere*, signifiant "passer au travers", "parcourir" ou "franchir entièrement", renvoyant à

l'idée d'un chemin ou d'un déplacement. Quant à *vie*, issu du latin *vita*, il désigne l'existence humaine dans sa globalité, incluant les événements, les relations, les apprentissages et les changements traversés au fil du temps. Étymologiquement, le *parcours de vie* désigne donc « *le cheminement temporel et expérientiel d'un individu, marqué par une succession d'étapes, de transitions et de transformations. Cette notion intègre à la fois la dimension biologique du développement humain et les influences sociales, historiques et culturelles qui façonnent l'existence d'une personne* » (Elder, 1998, p. 3).

2-2 Définitions conceptuelles :

Le parcours de vie individuel désigne « *un ensemble de trajectoires plus au moins entrelacées et renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence individuelle : scolaire, professionnelle, familial, etc.* » (Cavalli, 2007, p.56).

De plus, le parcours se définit comme un chemin pour aller d'un point à un autre, il est composé d'un ensemble de trajectoires scolaires, professionnelles, familiales, relationnelles, de santé et autres. Ces trajectoires sont marquées, tout au long de la vie, par une série d'événements désirés, imprévus ou subis, de transitions ou encore de tournants ou de bifurcations (Charruault, 2020, p.10).

Dans cette étude, on entend donc par parcours de vie l'ensemble des expériences, des trajectoires et des étapes qui jalonnent l'existence d'un individu. Ce cheminement se construit dans le temps, au gré des événements, des choix, des ruptures et des transitions, en interaction constante avec le contexte social et personnel.

Le parcours de vie « *life course* » désigne « *l'ensemble des événements, rôles, transitions et trajectoires qui structurent la biographie d'un individu, en interaction avec les contextes sociaux et historiques. Il repose sur plusieurs principes tels que l'effet de l'âge, des périodes, des cohortes, ainsi que l'interdépendance des vies et la capacité d'action individuelle. Cette approche permet de mieux comprendre comment les biographies sont influencées par les structures sociales et les choix personnels* » (Elder, 1995, p. 40).

Cette définition issue de l'approche du *life course* développée par Elder, approfondit l'analyse en soulignant les interactions entre événements de vie, rôles sociaux et contextes historiques. Elle introduit des notions clés comme l'effet de l'âge, les dynamiques de cohortes, l'interdépendance des parcours et la capacité d'agir, offrant ainsi un cadre

analytique rigoureux pour comprendre comment se construisent les biographies individuelles à la croisée du social et du personnel.

Après avoir présenté les définitions étymologiques et conceptuelles du parcours de vie, il convient à présent de s'intéresser aux notions connexes qui lui sont étroitement liées.

3- Notions connexes du parcours de vie :

Le concept de parcours de vie s'inscrit dans un champ théorique plus large, au croisement de plusieurs notions qui permettent d'en approfondir la compréhension. En effet, pour appréhender la dynamique du parcours individuel dans sa complexité, il est nécessaire de clarifier certaines notions connexes, telles que la trajectoire, la transition, les événements de vie, les tournants, la cohorte, ou encore les bifurcations. Ces concepts, bien que distincts, interagissent et s'articulent dans l'analyse des expériences humaines au fil du temps.

3-1 La trajectoire :

Une trajectoire désigne « *la séquence de positions ou statuts sociaux que l'individu occupe dans un domaine spécifique (santé, travail, famille, etc.) tout au long du temps. Elle met en lumière la dynamique du changement ou de la continuité dans un parcours de vie, tout en reflétant les influences structurelles et personnelles sur les expériences de vie* » (Elder, Johnson, & Crosnoe, 2003, p. 10).

3-2 La transition :

La transition est « *un changement marquant dans la vie d'un individu, souvent lié à une modification de rôle ou de statut, tel qu'un mariage, une entrée sur le marché du travail, ou une naissance. Elle représente un passage entre deux états relativement stables, et son interprétation dépend fortement du contexte social et de la temporalité* » (George, 1993, p. 355).

3-3 L'événement de vie :

Un événement de vie correspond à « *une expérience ponctuelle, souvent significative, qui peut avoir des conséquences durables sur la trajectoire d'un individu. Il peut être*

d'origine sociale, familiale, professionnelle ou sanitaire, et il est analysé en fonction de sa nature, de sa prévisibilité et du contexte dans lequel il survient » (Wheaton, 1990, p. 212).

3-4 La bifurcation :

La bifurcation désigne « *une rupture significative dans une trajectoire, souvent causée par un événement critique ou une décision qui modifie profondément le cours d'un parcours. Elle introduit une discontinuité, ouvrant de nouvelles possibilités ou imposant des contraintes irréversibles* » (Abbott, 2001, p. 244).

3-5 Le point tournant :

Le point tournant est « *une expérience subjective marquante dans la vie d'un individu, perçue comme un moment de changement profond dans la direction, l'identité ou les priorités personnelles. Il peut être lié à un événement ponctuel ou à un processus graduel de transformation* » (Clausen, 1995, p. 365).

3-6 La cohorte :

Une cohorte désigne « *un groupe d'individus ayant partagé une expérience sociale à un moment spécifique, comme l'année de naissance ou l'entrée dans le système éducatif. Ce concept permet de distinguer les effets liés à l'âge de ceux liés aux contextes historiques vécus par une même génération* » (Ryder, 1965, p. 845).

Dans cette étude, l'ensemble de ces définitions permet de mieux cerner la complexité du parcours de vie, envisagé comme un processus dynamique, jalonné de trajectoires multiples, de transitions marquantes, d'événements significatifs, de bifurcations parfois imprévues, et inscrit dans une cohorte générationnelle particulière. Ce cadre conceptuel offre ainsi une grille de lecture riche pour analyser les expériences individuelles dans leur dimension temporelle, sociale et contextuelle.

Certains de ces concepts sont repris dans la question et l'hypothèse de notre problématique, nous avons donc jugé important d'apporter ici leurs définitions conceptuelles.

Après avoir présenté les définitions étymologiques, conceptuelles et notions connexes autour de la théorie du parcours de vie, nous abordons à présent les principes fondamentaux qui structurent cette perspective.

4- Principes fondamentaux de la perspective du parcours de vie :

La théorie du parcours de vie repose sur cinq principes fondamentaux qui montrent que les trajectoires humaines se construisent dans l'interaction entre contextes sociaux, historiques et relations. Elle insiste sur le rôle du temps, de l'intention individuelle, de l'environnement et des liens sociaux dans le développement.

Nous avons retenu pour les besoins de notre étude 5 principes :

4-1 Le développement tout au long de la vie (lifespan development) :

Le développement humain est un processus continu qui s'étend sur l'ensemble de la vie, influencé par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Contrairement à une vision statique, il se manifeste par des adaptations constantes, y compris à l'âge adulte, face à des événements comme les changements professionnels ou les transitions de milieu de vie. C'est pourquoi l'approche du parcours de vie privilégie une perspective temporelle étendue (Cherghel & Saint-Jacques, 2013).

Selon Settersten (2003), ce développement est à la fois multidimensionnel (intégrant les sphères biologique, psychologique et sociale), multidirectionnel (pouvant impliquer croissance comme déclin) et présent dans divers domaines de la vie, tels que la famille, le travail ou l'éducation. Ainsi, toute période de l'existence ne peut être comprise sans tenir compte à la fois des expériences antérieures et de l'interaction des multiples dimensions du développement (Cherghel & Saint-Jacques, 2013).

Ce passage souligne l'importance d'une approche globale et longitudinale pour comprendre le développement humain, influencé par l'interaction de multiples dimensions tout au long de la vie.

4-2 Capacité d'agir ou intentionnalité des individus (human agency) :

La notion de human agency met en lumière la capacité des individus à orienter activement leur parcours de vie en fonction des opportunités et des contraintes de leur environnement social et historique. Loin d'être de simples sujets passifs des normes sociales, ils peuvent leur attribuer de nouveaux sens et moduler les structures institutionnelles. Cette autonomie se manifeste notamment dans les transitions de vie, dont le rythme, la séquence et

la signification varient selon les trajectoires individuelles. Clausen (1991) souligne que les compétences de planification jouent un rôle clé dans la stabilité et la réussite à l'âge adulte. Cette perspective, également présente dans le modèle écologique de Bronfenbrenner (1995), invite à porter attention aux choix, projets et valeurs exprimés à différents moments de la vie (Cherghel & Saint-Jacques, 2013).

Ce principe insiste sur la capacité des individus à être acteurs de leur trajectoire, en mobilisant leurs choix, leur réflexivité et leur perception du contexte pour construire un parcours de vie singulier.

4-3 L'emplacement ou l'insertion des vies dans le temps et l'espace (time and place) :

Le principe de l'insertion des vies dans le temps et l'espace souligne que les trajectoires individuelles sont façonnées par les contextes historiques et sociaux dans lesquels elles s'inscrivent. Le développement varie selon l'appartenance à une cohorte, le moment de vie au cours d'un événement, ou encore le contexte géographique et social d'évolution. Ainsi, un même événement historique peut avoir des impacts différenciés selon les milieux, les générations ou les régions concernées (Cherghel & Saint-Jacques, 2013).

Ce principe met en évidence l'importance des contextes historiques, sociaux et géographiques dans la construction des parcours, en montrant que le même événement peut affecter les individus de manière différente selon leur position dans le temps et l'espace.

4-4 La temporalité des événements de la vie (timing of transitions) :

Le principe du timing des transitions insiste sur l'importance du moment auquel les événements de vie surviennent, leur influence variant selon l'âge et le stade de développement. Vivre certaines transitions comme la parentalité ou le mariage trop tôt peut nuire au bien-être, particulièrement en cas de cumul. Ce principe est lié à l'effet d'accumulation des avantages ou désavantages, pouvant accentuer les inégalités au fil du temps. Toutefois, des points tournants peuvent modifier ces trajectoires. Les temporalités sociale, historique et individuelle interagissent, comme le montrent les études d'Elder : deux cohortes nées dans les années 1920 ont connu des effets différents de la Grande Dépression et de la Seconde Guerre mondiale selon leur âge au moment de ces événements. Ainsi, le timing influe sur l'éducation, le travail, la famille et le bien-être psychologique, bien que certains effets puissent s'estomper avec le temps (Cherghel & Saint-Jacques, 2013).

Ce principe souligne que l'âge auquel surviennent les événements joue un rôle déterminant dans leur impact, et que les trajectoires peuvent être marquées tant par des effets d'accumulation que par des bifurcations ou des points tournants.

4-5 Les vies sont interreliées (linked lives) :

Le principe des vies interreliées souligne que les trajectoires individuelles ne se construisent pas de manière isolée, mais en interdépendance avec celles des autres. Chaque individu évolue au sein d'un réseau social (famille, amis, entourage) où les interactions influencent réciproquement les parcours de vie. Les effets des changements sociaux se diffusent à travers ces réseaux, notamment dans les groupes primaires comme la famille. Par exemple, une crise économique affecte la santé mentale des parents, ce qui a des répercussions sur le développement de leurs enfants. De même, la maternité précoce implique des ajustements identitaires et relationnels qui mobilisent (ou non) le soutien intergénérationnel. Ce principe, en lien avec les notions de socialisation, de capital social (Putnam, Coleman) et de réseaux sociaux, montre que les transitions majeures (séparation, parentalité, retraite...) s'accompagnent souvent d'une réorganisation du tissu relationnel (Cherghel & Saint-Jacques, 2013).

Ce principe met en lumière l'interdépendance des trajectoires et l'importance des relations sociales dans le façonnement des parcours. Il rappelle que les choix et événements d'un individu ont souvent des répercussions sur ceux de son entourage.

Les cinq principes du parcours de vie soulignent que les trajectoires individuelles sont façonnées par l'histoire et les contextes sociaux (temps et lieu), par la capacité d'agir des individus (agency), par le moment auquel les événements sont vécus (timing), et par les liens interpersonnels (linked lives). Ces principes montrent que le développement humain résulte d'interactions complexes entre les choix individuels et les structures sociales.

Nous abordons à présent les différents facteurs susceptibles d'influencer le déroulement d'un parcours de vie.

5- Les facteurs influençant les parcours de vie :

Après avoir présenté les principes du parcours de vie, ce point examine les facteurs qui influencent sa construction. Elle explore comment les dimensions individuelles, sociales et

contextuelles interagissent pour façonner des trajectoires différenciées, avec des effets importants sur les inégalités et les vulnérabilités, notamment en matière d'addiction.

Notre choix de l'approche intégrative dans cette étude est motivé en partie par ce constat.

5-1 Les facteurs psychologiques :

Les caractéristiques psychologiques individuelles, telles que la personnalité, la motivation, la résilience ou encore l'estime de soi, influencent de manière significative les trajectoires de vie. Un élément central est la « compétence à planifier sa vie », c'est-à-dire la capacité à fixer des objectifs, anticiper les obstacles et élaborer des stratégies d'adaptation. Cette compétence favorise la réussite scolaire, professionnelle ou familiale, en permettant de maintenir une trajectoire cohérente malgré les aléas. La résilience joue également un rôle clé, en aidant l'individu à réinterpréter les épreuves et à se projeter dans l'avenir (Clausen, 1991).

Ce facteur montre que les ressources internes, comme la résilience ou la capacité à se projeter, contribuent fortement à la stabilité ou à la réorientation d'un parcours. Elles donnent à l'individu un certain pouvoir d'agir face aux imprévus de la vie.

5-2 Les facteurs sociaux :

Les relations sociales familiales, amicales, conjugales ou communautaires constituent un cadre essentiel dans la construction des parcours de vie, en fournissant à la fois un soutien, des normes, et parfois des contraintes. Le principe des vies interreliées rappelle que les trajectoires individuelles sont intimement liées à celles de l'entourage, par des influences mutuelles constantes. Ces interactions peuvent favoriser l'adaptation, mais aussi générer des tensions ou des ruptures, comme l'illustre l'étude de Conger et Elder (1994) sur les répercussions des crises économiques sur les dynamiques familiales (Cherghel & Saint-Jacques, 2013).

Ce facteur montre que l'individu ne se construit jamais seul : ses choix et expériences sont profondément ancrés dans ses liens sociaux. Ces liens peuvent être autant des leviers de résilience que des sources de vulnérabilité.

5-3 Les facteurs économiques :

Les ressources économiques initiales telles que le niveau d'éducation des parents, la stabilité professionnelle ou les conditions de vie jouent un rôle structurant dans les

trajectoires individuelles. Elles ouvrent ou restreignent l'accès aux opportunités de développement tout au long de la vie. Dannefer (2003) souligne le mécanisme d'accumulation cumulative, selon lequel les avantages et désavantages socioéconomiques tendent à s'accroître avec le temps, illustrant un processus d'inégalités croissantes au sein des cohortes (Dannefer, 2003).

Ce facteur rappelle que les parcours ne débutent pas sur un pied d'égalité : les écarts matériels initiaux influencent durablement les possibilités d'action. L'injustice structurelle devient ainsi un moteur silencieux de vulnérabilité.

5-4 Les facteurs culturels et historiques :

Les facteurs culturels et historiques influencent la manière dont les individus construisent leur parcours de vie, en fonction des normes sociales, des attentes collectives et des événements historiques. L'exemple des cohortes ayant vécu la Grande Dépression ou la Seconde Guerre mondiale illustre comment ces contextes marquent différemment les trajectoires selon l'âge et le moment de vie où ils surviennent (Elder, 1995).

Ce facteur met en lumière le rôle du contexte global sur les choix individuels. Il rappelle que l'histoire personnelle ne peut être détachée de l'histoire collective.

5-5 Les facteurs institutionnels :

Les institutions sociales encadrent les parcours de vie en définissant des normes et en offrant des ressources ou des obstacles selon les politiques mises en place. L'école, le travail, la santé ou les politiques familiales influencent ainsi la réussite ou les difficultés rencontrées par les individus tout au long de leur trajectoire (Mayer, 2004).

Ce facteur souligne que les trajectoires ne dépendent pas seulement des individus, mais aussi des structures sociales. Les choix sont souvent façonnés par des cadres institutionnels plus ou moins favorables.

En synthèse, les parcours de vie sont influencés par une combinaison de facteurs psychologiques, sociaux, économiques, culturels, historiques et institutionnels. Chacun de ces éléments contribue, de manière cumulative ou interactive, à façonner les trajectoires individuelles en facilitant ou en entravant certaines transitions.

Après avoir présenté les principaux facteurs influençant le parcours de vie, nous abordons à présent la notion d'événements de vie et de points tournants, éléments clés dans la dynamique des trajectoires individuelles.

6- Les événements de vie et les points tournants :

Dans l'étude des parcours de vie, les événements de vie et les points tournants marquent des ruptures majeures dans les trajectoires individuelles, en redéfinissant les repères et les choix de vie. Leur impact dépend du moment où ils surviennent, de leur intensité et des ressources mobilisées pour y faire face.

Les événements de vie sont des expériences marquantes qui modifient une trajectoire, tandis que les points tournants désignent des moments perçus comme décisifs, entraînant une réorientation durable de l'identité ou du mode de vie. Leur impact dépend autant de l'interprétation personnelle que de la nature objective de l'événement (Clausen, 1998).

6-1 Événements de vie normatifs et non-normatifs :

Les événements peuvent être classés selon leur prévisibilité ou leur inscription dans un âge de vie « attendu ». Les événements normatifs, comme l'entrée dans la vie professionnelle ou la retraite, s'inscrivent dans un calendrier socialement partagé. À l'inverse, les événements non-normatifs, accidents, maladies graves, guerre, migration forcée, surviennent de façon imprévue et hors des cadres culturels de temporalité. Elder et Giele (2009) rappellent que ces derniers, en rompant les continuités établies, peuvent être des catalyseurs de résilience ou, au contraire, des sources de vulnérabilité durable selon les ressources disponibles au moment de l'événement (Elder & Giele, 2009, p. 243).

6-2 Les points tournants et l'identité :

Les points tournants jouent un rôle clé dans la construction du récit de vie. Ils marquent souvent une relecture du passé et une projection renouvelée vers l'avenir. D'après McAdams (2001), ils permettent de redéfinir l'identité narrative de l'individu, en intégrant des changements de rôles sociaux, de valeurs ou de priorités. Ces moments charnières ne modifient pas seulement le parcours visible (emploi, relations), mais transforment aussi la manière dont la personne se raconte et donne sens à son histoire (McAdams, 2001, p. 108).

6-3 Temporalité, âge et sens attribué :

L'effet d'un événement de vie varie considérablement selon le moment où il survient dans le cycle de vie. Par exemple, un divorce à 25 ans n'aura pas le même impact qu'un divorce à 55 ans, en termes de conséquences psychologiques, économiques et relationnelles. Shanahan et Elder (2002) insistent sur le fait que l'âge, les rôles sociaux et le contexte au moment de l'événement modulent son interprétation et ses effets. La synchronisation ou désynchronisation avec les normes sociales d'âge influence donc la capacité de l'individu à mobiliser des ressources personnelles et sociales pour y faire face (Shanahan & Elder, 2002, p. 68).

6-4 Les événements de vie et les trajectoires d'addiction :

Dans le champ de l'addiction, les événements de vie jouent souvent un rôle déclencheur ou aggravant. Une rupture affective, un traumatisme ou une situation de précarité peuvent précipiter une conduite addictive comme tentative de régulation émotionnelle ou de fuite psychique. Hser et al. (2007) ont montré que les trajectoires addictives présentent fréquemment des points tournants négatifs (incarcération, hospitalisation) mais aussi positifs (parentalité, rencontre avec un aidant significatif) qui motivent une transformation durable du comportement. L'efficacité des prises en charge dépend souvent de leur capacité à s'inscrire dans ces moments clés où le sujet est disposé au changement (Hser et al., 2007, p. 152).

En résumé, les événements marquants et les points tournants constituent des moments clés dans les parcours de vie, en modifiant en profondeur les trajectoires individuelles. Ce point propose d'explorer leur rôle structurant, en examinant leur impact psychologique, leur temporalité dans le cycle de vie et les ressources mobilisées pour y faire face, notamment dans le contexte de l'addiction.

Ces concepts là forment le socle de notre questionnement dans la problématique de cette étude.

Il s'agit maintenant de mettre en lumière les différentes dimensions qui structurent le parcours de vie.

7- Les dimensions du parcours de vie :

L'analyse du parcours de vie repose sur l'étude de ses différentes dimensions, qui reflètent les sphères essentielles de l'existence où s'opèrent les changements, les continuités et les ruptures dans la trajectoire individuelle.

Le parcours de vie est un concept multidimensionnel intégrant les dimensions biographique, socio-historique, psychologique et institutionnelle, qui interagissent pour façonner les trajectoires individuelles à travers les expériences subjectives, les contextes collectifs, les dynamiques internes et les cadres sociaux (Elder, 1998).

Certaines de ces dimensions sont explorées grâce à nos outils mobilisés pour réaliser cette étude et répondre à notre question.

Dans ce qui suit, nous allons les présenter :

7-1 La dimension biographique :

La dimension biographique renvoie à la manière dont un individu construit le récit de sa propre vie. Elle met l'accent sur l'expérience subjective du vécu, les significations attribuées aux événements, les interprétations personnelles et les reconstructions du passé. Le parcours de vie n'est pas seulement une succession de faits objectifs, mais aussi une narration que chacun élabore pour donner cohérence et sens à son histoire. Cette narration est influencée par les souvenirs, les affects, les projections futures, mais aussi par les interactions avec autrui. L'approche biographique est essentielle pour comprendre les choix, les ruptures, les souffrances et les résiliences, car elle permet d'accéder à la façon dont les personnes donnent un sens à leur existence dans le temps. Elle est fréquemment utilisée en sociologie et en psychologie clinique pour explorer des parcours marqués par la marginalité ou l'addiction (Bertaux, 2010, p. 35).

7-2 La dimension socio-historique :

La dimension socio-historique inscrit le parcours de vie dans un temps social et historique donné. Les trajectoires individuelles ne se développent pas dans un vide, elles sont toujours influencées par le contexte historique, les normes culturelles, les événements collectifs (guerres, crises économiques, réformes sociales) et les dynamiques générationnelles.

Par exemple, l'entrée dans la vie adulte ne se fait pas de la même manière selon qu'on soit né en 1950 ou en 1990. Elder parle d'« historicité des vies » pour désigner cette articulation entre développement individuel et temporalité sociale. Il montre que les individus d'une même cohorte c'est-à-dire nés à la même époque partagent des conditions de vie similaires qui influencent leurs opportunités, leurs choix, et même leur rapport au temps. Ainsi, la dimension socio-historique permet de penser les parcours comme situés, c'est-à-dire dépendants de leur époque et de leur environnement social (Elder, 1998, p. 11).

7-3 La dimension psychologique :

La dimension psychologique du parcours de vie met l'accent sur les processus de développement interne qui accompagnent les transitions de l'existence. Elle considère que les individus traversent des étapes psychiques comme le développement de l'identité, de l'autonomie, des capacités relationnelles ou d'adaptation qui interagissent avec les événements vécus. Cette perspective est fortement influencée par les théories du développement (par exemple Erikson), mais aussi par des approches plus récentes sur la résilience, la vulnérabilité, ou les stratégies de coping. Elle permet de comprendre pourquoi certaines personnes s'adaptent mieux que d'autres aux épreuves de la vie, et comment les événements biographiques peuvent être intégrés psychiquement. Le parcours de vie est ici vu comme une construction dynamique, traversée par des crises développementales, des transformations identitaires, et des moments de remaniement psychique, souvent amplifiés dans les parcours marqués par des troubles comme l'addiction (Caradec, 2005, p. 58).

Nous allons y revenir ultérieurement dans ce chapitre.

7-4 La dimension institutionnelle :

La dimension institutionnelle du parcours de vie fait référence à l'influence des cadres sociaux et institutionnels dans lesquels les individus évoluent : école, travail, système de santé, justice, protection sociale, etc. Ces institutions structurent les parcours en offrant ou en refusant des opportunités, en fixant des âges ou des étapes normées (âge de la scolarisation, de la retraite), et en prescrivant des normes de comportement. Par exemple, un individu qui abandonne l'école tôt aura un parcours professionnel très différent d'un diplômé du supérieur, non pas seulement à cause de ses compétences, mais aussi à cause des logiques institutionnelles qui favorisent ou pénalisent certains profils. Dans le cas de personnes en

situation d'addiction, les rapports aux institutions peuvent être conflictuels ou discontinus (hospitalisations multiples, incarcérations, ruptures de soins). Cette dimension permet de comprendre comment les politiques publiques, les dispositifs sociaux et les normes institutionnelles conditionnent les trajectoires (Grossetti, 2006, p. 97).

Pour synthétiser, le parcours de vie se construit à travers le récit que chacun fait de son histoire, en lien avec ses souvenirs, ses émotions et ses interactions. Il s'inscrit aussi dans un contexte social et historique, marqué par l'époque, les normes culturelles et les événements collectifs. Les étapes de développement psychique, comme l'identité ou la capacité d'adaptation, jouent un rôle important, tout comme les cadres institutionnels tels que l'école, le travail ou le système de santé, qui influencent les trajectoires selon les opportunités ou les obstacles rencontrés.

Nous abordons à présent les grandes étapes et transitions qui jalonnent le parcours de vie, en mettant en lumière leur rôle structurant dans le développement individuel.

8- Les grandes étapes et transitions du parcours de vie :

Les grandes étapes du parcours de vie (enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse) sont ponctuées de transitions marquantes (emploi, parentalité, maladie, etc.) qui influencent l'identité et la trajectoire de chacun, selon des facteurs psychiques, sociaux et contextuels.

Le parcours de vie est jalonné d'étapes (enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse) et de transitions (mariage, départ du foyer, retraite...) qui, selon qu'elles soient normatives ou non, peuvent renforcer la continuité du développement ou générer des ruptures identitaires (Settersten, 2003).

Ce sont ces étapes qui forment la trame de notre guide d'entretien basé sur le récit de vie.

Nous allons dans ce qui suit détailler les choses :

8-1 L'enfance : fondations du parcours

L'enfance constitue la période fondatrice du parcours de vie, où se construisent les premières bases affectives, cognitives et sociales. C'est à travers les interactions précoces

avec les figures parentales que l'enfant développe son attachement, sa capacité à faire confiance, à explorer le monde et à se construire comme sujet. La qualité de ces liens sécurisants ou insécurisants aura un impact durable sur les trajectoires futures, notamment en termes de santé mentale et de vulnérabilité à l'addiction. Par ailleurs, l'environnement scolaire, les premiers apprentissages, les expériences de réussite ou d'échec jouent un rôle structurant dans le développement du sentiment de compétence personnelle (self-efficacy). Les trajectoires d'enfants exposés à des carences affectives, à la violence ou à la négligence parentale montrent souvent des vulnérabilités accrues à l'adolescence et à l'âge adulte (Erikson, 1963, p. 249).

8-2 L'adolescence : transition identitaire

L'adolescence est une période de transition majeure où se jouent des processus complexes d'affirmation de soi, de différenciation familiale et de quête identitaire. L'adolescent cherche à définir qui il est, à se positionner dans le monde social, et à construire ses propres valeurs. Cette étape est marquée par une instabilité émotionnelle, une prise de risque accrue, et une forte influence du groupe de pairs. Les premières expérimentations avec des substances psychoactives peuvent survenir à ce moment-là, notamment dans des contextes de mal-être ou de besoin d'appartenance. Le passage à l'âge adulte devient alors une étape critique, surtout si les expériences scolaires, familiales ou affectives ont été fragilisantes. L'adolescence est donc une phase de vulnérabilité mais aussi de potentialité, où les trajectoires peuvent bifurquer selon les soutiens disponibles et les expériences vécues (Galland, 2011, p. 35).

8-3 L'entrée dans la vie adulte : engagement et autonomisation

L'entrée dans l'âge adulte s'accompagne de plusieurs transitions-clés : la fin des études, l'entrée dans la vie professionnelle, la construction d'une vie affective stable, parfois la parentalité. Cette phase suppose une forme d'autonomisation matérielle, sociale et psychique. Toutefois, dans les sociétés contemporaines, cette transition est devenue plus longue et plus incertaine : les jeunes adultes peuvent vivre des périodes de chômage, de précarité, ou de dépendance prolongée à la famille. Ce flou des étapes « attendues » peut entraîner des trajectoires discontinues, marquées par des retours en arrière, des bifurcations, ou des formes d'exclusion. Chez les personnes confrontées à l'addiction, cette période est

souvent marquée par une instabilité sociale et affective, voire une rupture avec les normes institutionnelles (Cavalli & Galland, 1996, p. 115).

8-4 L'âge mûr : stabilisation ou réajustements

L'âge adulte mûr (environ 35 à 60 ans) est souvent considéré comme la phase de stabilisation du parcours : emploi durable, vie de couple, parentalité, projets personnels. Toutefois, cette stabilité apparente peut être remise en cause par des événements critiques (divorce, licenciement, maladie, décès d'un proche), nécessitant des réajustements identitaires. C'est aussi un moment où l'individu peut faire un bilan de son parcours, questionner ses choix, ou envisager de nouveaux objectifs. Chez les personnes concernées par l'addiction, cette phase peut être marquée soit par une tentative de reconstruction, soit par une chronicisation de la consommation avec des conséquences lourdes sur le plan familial, professionnel ou sanitaire (Leclerc-Olive, 2009, p. 108).

8-5 La vieillesse : mémoire du parcours et redéfinition de soi

La vieillesse est souvent vécue comme une phase de relecture du parcours de vie, un temps de transmission mais aussi de deuils : de la jeunesse, des capacités physiques, de certains rôles sociaux. Les individus sont confrontés à la sortie du monde du travail, à la solitude, à la dépendance possible, mais aussi à la sagesse et à la construction d'une identité narrative apaisée. C'est aussi une étape où l'individu peut reconsidérer les bifurcations, les pertes ou les succès de sa vie. Chez les personnes ayant eu un parcours marqué par des conduites addictives, la vieillesse pose des enjeux spécifiques de réparation, de pardon de soi, ou de solitude (Caradec, 2005, p. 121).

De manière générale, le parcours de vie humain se déploie à travers des étapes successives : l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse, chacune étant marquée par des enjeux spécifiques en termes de développement, d'attentes sociales et de défis psychiques. Ces étapes s'accompagnent de transitions, moments de passage d'un état ou d'un statut à un autre, qui peuvent être normatives (attendues) ou non normatives (inattendues). L'enfance constitue la base du développement affectif, cognitif et social, influençant durablement les trajectoires futures. L'adolescence est une phase de construction identitaire, souvent marquée par l'instabilité émotionnelle et les premières prises de risque. L'entrée dans la vie adulte suppose un engagement vers l'autonomie, mais peut être fragilisée par l'incertitude et la

précarité contemporaines. L'âge mûr est généralement associé à une forme de stabilisation, bien que des événements critiques puissent remettre en question l'équilibre atteint. Enfin, la vieillesse ouvre un temps de relecture du parcours, où les individus sont confrontés aux pertes, mais aussi à la transmission et à une possible reconstruction de soi. À chaque étape, les transitions vécues peuvent modifier en profondeur la trajectoire individuelle, notamment dans les parcours marqués par des conduites addictives.

Nous présenterons à présent ce point, qui aborde les types de trajectoires de vie à travers les notions de rupture et de continuité.

9- Les trajectoires de vie : types, ruptures et continuités :

L'étude des trajectoires de vie permet de saisir comment les parcours individuels se construisent entre continuités, ruptures et bifurcations. Elle éclaire les logiques sociales et psychiques qui influencent les choix, les événements vécus et les vulnérabilités rencontrées au fil du temps.

Les trajectoires de vie renvoient à la succession de rôles et de statuts occupés par un individu au fil du temps, dans différents domaines. Elles peuvent être linéaires ou marquées par des ruptures majeures, appelées bifurcations biographiques, qui réorientent profondément le parcours. Ces moments critiques peuvent favoriser la marginalisation ou, au contraire, ouvrir des possibilités de réajustement ou de résilience (Bidart, 2006).

Nous allons présenter en premier lieu les types des trajectoires :

9-1 Les types de trajectoires :

On distingue généralement plusieurs types de trajectoires, selon les domaines de vie et les formes d'évolution observées.

9-1-1 La trajectoire linéaire : est marquée par une progression régulière et sans interruptions majeures (ex. : études → emploi stable → retraite).

9-1-2 La trajectoire ascendante : montre une évolution positive, une amélioration du statut ou des conditions de vie.

9-1-3 La trajectoire descendante : à l'inverse, désigne une dégradation progressive (ex. : déscolarisation précoce → instabilité professionnelle → précarité).

9-1-4 La trajectoire chaotique : est caractérisée par une instabilité marquée, des ruptures fréquentes, et un manque de continuité (Bidart, 2006, p. 41).

Ces différentes formes de trajectoires illustrent la diversité des parcours de vie, entre stabilité et instabilité, amélioration ou dégradation des conditions de vie. Elles permettent de rendre compte de la manière dont les individus avancent dans le temps, en fonction des ressources dont ils disposent, des événements qu'ils rencontrent, mais aussi des contextes sociaux dans lesquels ils évoluent. Cette typologie offre ainsi un cadre d'analyse pertinent pour comprendre les mécanismes de vulnérabilité ou de résilience, notamment dans les situations marquées par des problématiques psychiques ou addictives.

Nous allons maintenant présenter les ruptures de trajectoire, idée importante dans notre étude.

9-2 Ruptures de trajectoire :

Une rupture de trajectoire est un événement ou une série d'événements qui viennent interrompre une trajectoire attendue, provoquant un changement brutal de direction. Ces ruptures peuvent être dues à des facteurs individuels (maladie, deuil, crise psychique) ou structurels (licenciement, incarcération, migration forcée). Elles peuvent être subies ou choisies, et leurs effets dépendent des ressources de l'individu pour y faire face. Par exemple, dans les parcours d'addiction, les ruptures familiales précoces, les échecs scolaires ou les placements institutionnels sont souvent identifiés comme des points de bascule dans la trajectoire. Ces ruptures rendent la trajectoire plus imprévisible et peuvent entraîner des cycles de vulnérabilité (Becker, 1985, p. 38).

9-3 Continuités et stabilité dans les parcours :

À l'inverse des ruptures, certaines trajectoires sont marquées par une continuité, c'est-à-dire une stabilité des rôles sociaux, des relations ou des identités à travers le temps. Cette continuité peut être souhaitée (par exemple, stabilité de l'emploi, du couple, du lieu de vie) et jouer un rôle protecteur contre l'instabilité psychologique ou sociale. Cependant, une trajectoire continue n'est pas nécessairement linéaire ou monotone. Elle peut inclure des

micro-changements, mais ceux-ci s'intègrent dans un cadre général cohérent. Le sentiment de continuité est aussi un construit biographique et narratif, dans la mesure où les individus réinterprètent leur passé pour donner un sens global à leur parcours (Gergen & Gergen, 1988, p. 256).

En somme, l'alternance entre ruptures et continuités montre à quel point les trajectoires de vie peuvent être complexes. Les ruptures marquent des moments difficiles qui peuvent déstabiliser une personne ou changer la direction de son parcours, alors que les continuités permettent de garder une certaine stabilité et une cohérence dans la vie. Ces deux aspects ne s'opposent pas forcément : ils peuvent coexister et s'entrelacer au fil du temps. En effet, chaque personne donne du sens à son parcours à travers ses expériences, ses choix et sa manière de s'adapter.

Après avoir exploré les types de trajectoires de vie, nous nous intéressons maintenant à l'importance du temps et du contexte dans la manière dont se construisent les parcours de vie.

10- Le rôle du temps et du contexte dans les parcours de vie :

Le parcours de vie s'inscrit dans une temporalité et un contexte précis : il est façonné à la fois par le temps (biographique, social, historique) et par les environnements familiaux, culturels, économiques et institutionnels. Cette double influence structure les choix, les ruptures et les continuités des trajectoires individuelles, en particulier dans les situations de vulnérabilité.

Le paradigme du parcours de vie souligne que toute trajectoire est enracinée dans un contexte historique, social et générationnel. L'individu évolue dans un environnement structuré par des normes, des politiques et des conditions socioéconomiques spécifiques à son époque, influençant ses choix et opportunités (Elder, 1998).

10-1 Le temps comme dimension structurante des parcours :

Le temps est une composante centrale dans la compréhension des parcours de vie. Il ne s'agit pas seulement du temps chronologique (âges, dates), mais aussi du temps subjectif (la manière dont les individus perçoivent et racontent leur histoire), du temps social (âge socialement attendu pour certains rôles : mariage, emploi, etc.) et du temps historique (les générations, les événements historiques marquants). Les parcours de vie s'inscrivent dans une

temporalité multi-niveaux, où l'on distingue le temps individuel, le temps institutionnel et le temps historique. Selon Elder les trajectoires sont façonnées par les conditions temporelles dans lesquelles elles prennent place, et que chaque âge de la vie impose des possibilités et des contraintes spécifiques (Elder, 1994, p.6).

10-2 Le contexte socio-historique : un cadre de contraintes et d'opportunités

Les parcours ne peuvent être analysés indépendamment du contexte socio-historique dans lequel ils s'inscrivent. Le contexte comprend l'environnement politique, économique, culturel, familial ou institutionnel, qui influe directement sur les possibilités d'action des individus. Par exemple, naître dans une période de guerre, de crise économique ou de réforme éducative modifie profondément les trajectoires. Les inégalités sociales de parcours sont souvent le résultat d'une interaction entre conditions personnelles et contexte structurel. Comme le soulignent Heinz et Marshall, les institutions (école, marché du travail, système de santé) organisent les transitions et influencent la manière dont les individus peuvent construire leur biographie (Heinz & Marshall, 2003, p. 20).

10-3 L'articulation entre temps individuel et temps social :

Les individus vivent leur parcours selon un temps biographique, fait de projets, de souvenirs, d'attentes, qui interagit avec le temps social, défini par des normes d'âge ou des calendriers collectifs (ex. : entrée dans la vie active à 25 ans, retraite à 60 ans). La tension entre ces deux temporalités produit des décalages, des conflits ou des ajustements. Certains événements peuvent survenir « trop tôt » ou « trop tard » par rapport aux attentes sociales, générant des effets de stigmatisation ou de marginalisation. Cette dialectique du temps personnel et du temps social est cruciale pour comprendre les dissonances biographiques et les bifurcations de parcours (Leclerc-Olive, 1997, p. 38).

10-4 Les parcours situés : temporalité, lieu et appartenance

Le parcours de vie est aussi situé géographiquement : l'endroit où l'on naît, grandit, travaille ou migre influe sur les opportunités de développement. Le contexte local, les politiques publiques régionales, la structure économique du territoire ou encore les ressources communautaires jouent un rôle essentiel. Cette notion de « parcours situé » s'articule avec le temps historique : par exemple, être adolescent dans un quartier ouvrier en reconversion dans les années 1980 ne produit pas les mêmes trajectoires qu'un jeune issu d'un quartier favorisé

dans les années 2010. Les chercheurs insistent ainsi sur une analyse contextualisée des trajectoires, attentive aux ancrages territoriaux et à la variation des normes sociales selon les époques et les lieux (Cicchelli & Octobre, 2018, p. 57).

Le temps et le contexte jouent un rôle fondamental dans la structuration des parcours de vie, en influençant à la fois les trajectoires individuelles et les transitions sociales. Le temps, en tant que dimension multiforme (chronologique, subjectif, social et historique), ne se résume pas à une simple succession d'événements, mais constitue un cadre dans lequel les individus expérimentent leurs parcours. Le temps individuel, avec ses perceptions et ses rythmes personnels, se superpose aux temporalités sociales et historiques, façonnant des trajectoires parfois en harmonie et parfois en décalage avec les attentes collectives.

De plus, le contexte socio-historique constitue un environnement d'opportunités et de contraintes qui influence les possibilités d'action et de choix des individus. En fonction des époques, des situations politiques, économiques et culturelles, les trajectoires prennent des directions très différentes. Les institutions, par leur organisation et leurs règles, façonnent également ces parcours, structurant les transitions majeures telles que l'entrée sur le marché du travail ou la retraite.

En parallèle, l'articulation entre le temps individuel et le temps social suscite des tensions, des ajustements ou même des ruptures dans les parcours de vie. L'individu, confronté aux normes sociales liées à l'âge et aux calendriers collectifs, peut expérimenter des décalages temporels qui influencent son identité et sa place dans la société. Enfin, la dimension géographique et territoriale des parcours ne peut être ignorée : le lieu de naissance, de vie ou de travail joue un rôle crucial dans les opportunités disponibles, et l'analyse des parcours de vie doit tenir compte des spécificités locales et des variations historiques.

Nous abordons à présent la question de l'individualisation de parcours de vie.

11- L'individualisation des parcours de vie :

Les parcours de vie sont de plus en plus marqués par des choix personnels et des itinéraires uniques. Cette individualisation vise à comprendre comment chaque individu construit son propre chemin en fonction de ses ressources, contraintes et aspirations.

En raison de la démarche adoptée dans la réalisation de cette étude, axée sur l'étude de cas, nous avons jugé utile de présenter ce point :

Depuis la seconde moitié du XXe siècle, on observe un processus croissant d'individualisation des parcours. Dans les sociétés industrialisées, les itinéraires de vie deviennent de moins en moins normés et de plus en plus diversifiés. Le modèle traditionnel études, emploi stable, mariage, enfants, retraite n'est plus la norme dominante. Les individus doivent construire eux-mêmes leur chemin de vie, faire des choix, justifier leurs orientations, et assumer les conséquences. Cette individualisation est rendue possible par l'extension des libertés individuelles, mais elle s'accompagne aussi d'une pression accrue à la réussite et à l'autonomie. Cela peut générer de l'insécurité, notamment chez les individus les plus vulnérables socialement ou psychologiquement. Les parcours dits « atypiques » (interruption d'études, chômage prolongé, absence de vie familiale, recours à des conduites addictives) sont souvent perçus comme des échecs personnels, alors qu'ils peuvent s'expliquer par des conditions structurelles. Ce phénomène révèle une tension entre liberté de choix et inégalités sociales (Cavalli & Galland, 1996, p. 78).

11-1 Une transformation des modèles de vie :

Dans les sociétés contemporaines, les parcours de vie tendent à s'individualiser, c'est-à-dire à s'écarter des modèles collectifs et normatifs qui guidaient autrefois les trajectoires. Le processus d'individualisation désigne le fait que les individus doivent construire eux-mêmes leur propre trajectoire, faire des choix dans un monde plus ouvert, mais aussi plus incertain. Les institutions (école, famille, travail) n'imposent plus un chemin linéaire et prévisible, mais laissent place à une pluralité de possibilités, ce qui implique plus de liberté mais aussi plus de responsabilités (Beck, 2001, p. 58).

11 -2 L'injonction à l'autonomie et au choix :

L'individualisation ne signifie pas isolement, mais mise en avant du sujet comme acteur de son propre destin. L'individu est sommé de faire des choix autonomes dans tous les domaines : orientation scolaire, carrière, sexualité, couple, parentalité, etc. Cette autonomie attendue génère une injonction sociale au projet de soi, à l'auto-détermination, et à la réussite personnelle. Les trajectoires deviennent ainsi moins balisées, plus incertaines, et parfois plus fragiles. Ehrenberg montre que cette responsabilisation de l'individu va de pair avec une

montée des troubles psychiques, comme la dépression, liée à la difficulté de se construire seul, sans appui collectif stable (Ehrenberg, 1998, p. 103).

11-3 Des parcours plus diversifiés mais aussi plus inégalitaires :

L'individualisation des parcours produit une diversification des trajectoires (parcours scolaires, familiaux, professionnels, affectifs, etc.). On observe ainsi une montée des formes d'emploi atypiques, des carrières discontinues, des recompositions familiales, ou encore des parcours migratoires complexes. Mais cette diversité ne signifie pas égalité. Elle cache souvent de profondes inégalités, selon l'origine sociale, le genre, l'ethnicité ou le territoire. Les plus favorisés tirent parti de cette flexibilité, tandis que les plus vulnérables subissent l'instabilité. C'est pourquoi certains auteurs, comme Chauvel, parlent d'une polarisation des parcours, entre ceux qui peuvent choisir et ceux qui doivent s'adapter à des conditions subies (Chauvel, 2006, p. 132).

11-4 Le récit de soi comme ressource biographique :

Dans un contexte d'individualisation, le récit de soi devient une ressource essentielle pour donner du sens à un parcours fragmenté. Les individus doivent se raconter pour se comprendre, organiser leur histoire, se justifier ou se projeter. La biographie personnelle devient un support d'identité, mais aussi une modalité d'adaptation sociale, que ce soit dans le monde du travail (valoriser son expérience), de la santé (parler de son parcours thérapeutique) ou de la formation. Delory-Momberger insiste sur le rôle du récit biographique comme forme moderne d'inscription sociale, permettant à l'individu de se relier à autrui et de se situer dans un monde mouvant (Delory-Momberger, 2014, p. 28).

Dans ce contexte l'individualisation des parcours de vie reflète une transformation profonde des sociétés contemporaines, où les modèles de trajectoire standardisés laissent place à une pluralité de chemins singuliers. Si cette évolution offre davantage de liberté et d'autonomie aux individus, elle s'accompagne aussi d'une responsabilisation accrue et d'une plus grande exposition à l'incertitude. Les personnes doivent désormais construire leur propre itinéraire, faire des choix constants et en assumer les conséquences. Ce processus, bien qu'il favorise la diversité des parcours, révèle aussi de fortes inégalités sociales : les plus vulnérables peinent à sécuriser leur trajectoire dans un monde instable. Dans ce contexte, le

récit de soi devient un outil essentiel pour donner sens à son parcours, affirmer son identité et se positionner socialement.

Dans la mesure où cette étude s'inscrit dans une approche intégrative, il convient désormais de présenter les principaux modèles théoriques du parcours de vie dans ce qui suit.

12- Les modèles théoriques du parcours de vie :

Pour mieux comprendre la construction des trajectoires individuelles dans le temps, il est essentiel de s'appuyer sur des modèles théoriques qui permettent d'analyser les parcours de vie dans toute leur complexité. Il existe plusieurs modèles tels que : le modèle du cycle de vie, le modèle des transitions de vie, le modèle de la trajectoire, le modèle écologique de Bronfenbrenner, le modèle biopsychosocial, le modèle de l'accumulation des désavantages. Chacun de ces modèles apporte un éclairage spécifique sur les mécanismes qui influencent les itinéraires personnels ainsi afin de mieux cerner les logiques à l'œuvre dans les parcours marqués par l'addiction, en articulant les dimensions individuelles, sociales et contextuelles.

Les modèles théoriques du parcours de vie constituent des cadres conceptuels permettant de comprendre la manière dont les individus évoluent au fil du temps, en interaction avec leur environnement, leurs expériences personnelles et les contextes sociohistoriques. Leur objectif est de structurer l'analyse des trajectoires humaines en tenant compte des changements développementaux, des événements marquants et des transitions vécues à différents moments de la vie. Ces modèles offrent des grilles de lecture pour appréhender les dynamiques psychologiques, sociales et biologiques à l'œuvre dans les parcours de vie, en mettant en lumière l'influence des temporalités individuelles et collectives. En psychologie clinique, ils permettent d'interroger la construction identitaire, les vulnérabilités, les capacités d'adaptation et les ruptures biographiques qui peuvent jalonner une existence, notamment dans les situations de souffrance ou de désajustement comme l'addiction (Elder, 1998, p. 4).

Nous les présenterons un par un dans ce qui suit :

12-1 Le modèle du cycle de vie (Life Cycle Model) :

Le modèle du cycle de vie, aussi appelé *life span development*, est un cadre théorique qui envisage la vie humaine comme une succession d'étapes ou de phases distinctes, chacune

caractérisée par des tâches développementales spécifiques. Ce modèle repose sur l'idée que chaque individu traverse une série de périodes de la vie : enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse, qui comportent des exigences biologiques, psychologiques et sociales propres. Erik H. Erikson est l'un des principaux auteurs à avoir conceptualisé ce modèle à travers sa théorie psychosociale du développement, identifiant huit stades de développement où chaque stade représente un défi à surmonter pour atteindre une croissance saine. Par exemple, le stade de l'adolescence est centré sur la construction de l'identité, tandis que l'âge adulte moyen est marqué par la problématique de la générativité. Ce modèle met l'accent sur la continuité du développement et les influences cumulatives des expériences passées sur les étapes futures, permettant ainsi de comprendre les parcours individuels dans une perspective temporelle et évolutive (Erikson, 1963, p. 266).

12-2 Le modèle des transitions de vie :

Le modèle des transitions de vie se concentre sur les changements significatifs qui surviennent dans le parcours d'un individu, et qui modifient profondément son identité, ses rôles sociaux ou ses rapports au monde. Une transition de vie peut être liée à des événements attendus, comme le mariage, l'entrée dans la vie professionnelle ou la parentalité, mais aussi à des événements imprévus ou perturbateurs, tels qu'un deuil, une maladie ou une rupture. Selon Daniel Levinson, l'un des pionniers de cette approche, la vie adulte est rythmée par des périodes stables et des périodes de transition, chacune jouant un rôle structurant dans l'évolution du soi. Les transitions représentent des moments charnières où l'individu doit réévaluer ses choix, ajuster ses objectifs et parfois reconstruire son identité. Ce modèle insiste sur l'importance du passage d'un état à un autre, et sur la manière dont les individus négocient ces passages en fonction de leurs ressources internes et du soutien de leur environnement. Il est particulièrement pertinent pour comprendre les parcours marqués par des ruptures biographiques, comme c'est souvent le cas dans les trajectoires addictives (Levinson, 1978, p. 49).

12-3 Le modèle de la trajectoire :

Le modèle de la trajectoire, principalement élaboré par Glen H. Elder dans le cadre de la perspective du *life course*, considère la vie humaine comme une succession de trajectoires qui s'inscrivent dans le temps, influencées par les contextes sociaux, les événements historiques et les relations intergénérationnelles. Une trajectoire désigne une séquence

prolongée de rôles ou de comportements dans un domaine donné (comme la carrière professionnelle, la parentalité, ou encore la santé), marquée par des continuités, mais aussi des bifurcations. Elder met l'accent sur la notion d'« agency », c'est-à-dire la capacité de l'individu à faire des choix dans un contexte contraint, et sur les effets des événements historiques majeurs (comme une guerre ou une crise économique) sur les parcours de vie individuels. Ce modèle intègre aussi fortement la dimension sociale du développement, en tenant compte de l'effet cumulatif des expériences précoces, des relations familiales, et de la place occupée dans la structure sociale. Dans le contexte de l'addiction, ce modèle permet de comprendre comment certaines trajectoires de vie peuvent mener à la vulnérabilité ou à la désaffiliation, et comment des points de rupture dans la trajectoire peuvent représenter des moments d'entrée dans la consommation ou, au contraire, de sortie (Elder, 1994, p. 6).

12-4 Le modèle écologique de Bronfenbrenner :

Le modèle écologique du développement humain, proposé par Urie Bronfenbrenner, offre une vision systémique du parcours de vie en situant l'individu au sein d'un ensemble de contextes imbriqués qui influencent son développement. Ce modèle distingue cinq niveaux d'environnement : le microsystème (famille, école, pairs), le mésosystème (interactions entre les microsystèmes), l'exosystème (institutions sociales qui affectent indirectement l'individu, comme les services sociaux), le macrosystème (valeurs culturelles, idéologies, politiques), et enfin le chronosystème, qui introduit la dimension temporelle, c'est-à-dire les changements dans la vie de l'individu et dans son environnement au fil du temps. Bronfenbrenner souligne que le développement résulte d'une interaction dynamique entre l'individu et ces multiples systèmes, et que toute modification dans l'un de ces systèmes peut avoir un impact sur l'ensemble de la trajectoire de vie. Ce modèle est particulièrement utile pour comprendre les parcours de personnes confrontées à des problématiques complexes comme l'addiction, car il permet d'analyser non seulement les facteurs individuels, mais aussi les influences familiales, institutionnelles et culturelles qui structurent leur vécu (Bronfenbrenner, 1979, p. 22).

12-5 Le modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial, introduit par George L. Engel en 1977, propose une approche intégrative du développement humain et des troubles psychiques en articulant trois dimensions fondamentales : les facteurs biologiques (génétique, neurobiologie, santé physique), les facteurs psychologiques (émotions, personnalité, mécanismes de défense), et

les facteurs sociaux (milieu familial, relations sociales, conditions de vie). Contrairement aux modèles biomédicaux traditionnels, qui se focalisent exclusivement sur les causes organiques de la maladie, le modèle biopsychosocial envisage le sujet dans sa globalité, en tenant compte de la complexité des interactions entre ces différentes sphères. Appliqué aux parcours de vie, ce modèle permet de comprendre comment des expériences précoces, des vulnérabilités psychologiques et des contextes sociaux défavorables peuvent s'articuler pour façonner les trajectoires individuelles. Dans le champ de l'addiction, il s'avère particulièrement pertinent pour analyser les parcours marqués par des facteurs de risque multiples, et pour orienter une prise en charge holistique et personnalisée. Il permet également de mieux saisir la chronicité de certaines trajectoires addictives et les obstacles rencontrés dans les tentatives de rétablissement (Engel, 1977, p. 132).

12-6 Le modèle de l'accumulation des désavantages :

Le modèle de l'accumulation des désavantages, théorisé notamment par Dale Dannefer, met en évidence le fait que les inégalités sociales, économiques et de santé tendent à s'aggraver au fil du temps, en raison d'un processus cumulatif. Selon ce modèle, les expériences négatives, les obstacles structurels ou les conditions de vie précaires vécues dès l'enfance peuvent s'accumuler et renforcer progressivement les vulnérabilités individuelles tout au long du parcours de vie. À l'inverse, les ressources sociales, les soutiens affectifs ou les opportunités éducatives peuvent également s'accumuler positivement et favoriser des trajectoires plus favorables. Ce modèle s'appuie sur une approche longitudinale, qui met en lumière les effets différenciés du temps et des expériences sur les individus selon leur position sociale. Dans le contexte de l'addiction, il permet de comprendre comment les désavantages précoces comme la pauvreté, les violences familiales ou l'échec scolaire peuvent interagir entre eux et conduire, à terme, à des comportements à risque ou à une entrée dans des conduites addictives, en particulier lorsque les mécanismes de protection sont faibles ou absents (Dannefer, 2003, p. S326).

En résumé, les différentes approches théoriques du parcours de vie offrent des perspectives variées pour comprendre l'évolution individuelle. Certaines considèrent le développement humain comme une succession d'étapes, chacune marquée par des tâches psychosociales spécifiques à surmonter. D'autres se concentrent sur les moments clés de transition, où l'individu doit réajuster son identité et ses choix de vie en réponse à des changements significatifs. Certaines théories mettent en évidence l'importance des contextes

sociaux et historiques qui façonnent les trajectoires de vie, soulignant l'interaction dynamique entre l'individu et son environnement et d'autres considèrent l'individu dans sa globalité, en intégrant les dimensions biologiques, psychologiques et sociales pour expliquer l'évolution des parcours. Enfin, certaines insistent sur le fait que les inégalités et les désavantages accumulés tout au long de la vie peuvent aggraver les vulnérabilités et influencer le développement de comportements à risque. Ensemble, ces approches permettent une compréhension globale et dynamique des trajectoires humaines, particulièrement dans des contextes de vulnérabilité comme l'addiction.

Passons à présent à la méthodologie d'étude des parcours de vie, en présentant l'ensemble des outils disponibles permettant d'analyser les trajectoires individuelles dans leur complexité.

13- Méthodologies d'études de parcours de vie : les outils

L'étude des parcours de vie repose sur des approches méthodologiques qualitatives et/ou quantitatives, mobilisant divers outils permettant de saisir la complexité des trajectoires humaines dans le temps. Parmi ces outils, on retrouve l'entretien biographique, les récits de vie, les questionnaires d'événements de vie, ainsi que les calendriers ou grilles de trajectoire. Nous allons les présenter dans ce qui suit :

13-1 L'entretien biographique :

L'entretien biographique est l'un des outils les plus couramment utilisés dans l'étude des parcours de vie. Il permet au sujet de reconstruire son histoire personnelle à travers une narration libre ou semi-dirigée. Cette méthode met l'accent sur la subjectivité de l'individu, ses interprétations et ses significations des événements vécus. Elle s'inscrit dans une démarche compréhensive visant à explorer la dynamique entre histoire individuelle et contexte social (Bertaux, 2010, p. 22).

13-2 Le récit de vie :

Se distingue par sa forme plus narrative, dans laquelle l'enquêté est invité à produire un récit structuré de son existence ou d'une période de vie marquante. Il permet de comprendre comment les individus donnent sens à leur vécu à posteriori. Cette méthode

favorise l'analyse de la construction identitaire à travers le temps et s'ancre dans une logique diachronique (Demazière & Dubar, 2004, p. 87).

Notre choix s'est porté sur cette technique. Nous y reviendrons.

13-3 Le questionnaire d'événements de vie :

Le questionnaire d'événements de vie constitue un outil complémentaire, souvent utilisé pour repérer les moments clés, les événements marquants, heureux ou stressants, qui marquent la trajectoire d'un individu. Il peut être structuré en catégories thématiques (famille, travail, santé, vie affective, etc.) et permet une approche plus standardisée du parcours de vie, facilitant les comparaisons entre individus ou groupes (Leclerc-Olive, 2009, p. 51).

Nous avons retenu le questionnaire (EVE) de Ferreri & Vacher (1985). Nous y reviendrons.

13-4 Le calendrier de vie :

Le calendrier de vie (life history calendar), une méthode rétrospective qui consiste à cartographier les événements de vie dans une grille temporelle. Ce dispositif permet de recueillir des données détaillées sur les événements, les périodes de transition, les ruptures et les phases stables de la trajectoire (Freedman et al., 1988, p. 772).

13-5 Grilles d'analyse longitudinale :

L'usage de grilles d'analyse longitudinale permet de croiser plusieurs dimensions du parcours (familiale, professionnelle, sociale, etc.) et de les analyser dans leur évolution temporelle. Ces grilles facilitent l'identification des liens entre différents domaines de vie, tout en tenant compte des contextes socio-historiques dans lesquels s'inscrivent les trajectoires individuelles (Elder, 1994, p. 6).

Pour synthétiser, l'étude des parcours de vie repose sur une variété d'outils méthodologiques, principalement qualitatifs, qui permettent de reconstruire les trajectoires individuelles dans leur complexité temporelle et sociale. L'entretien biographique favorise une narration libre et subjective, tandis que le récit de vie permet d'explorer la construction identitaire à travers une narration plus structurée. Le questionnaire d'événements de vie, plus standardisé, aide à identifier les moments marquants dans différents domaines (santé, travail,

famille, etc.). Le calendrier de vie facilite quant à lui le rappel d'événements dans le temps, améliorant ainsi la précision des données rétrospectives. Enfin, les grilles d'analyse longitudinale permettent d'observer l'évolution simultanée de plusieurs dimensions de la vie.

Nous y reviendrons dans le chapitre méthodologique sur les outils retenus dans cette étude.

Après avoir présenté les fondements théoriques de la perspective du parcours de vie, nous abordons à présent la question de la vulnérabilité face à l'addiction aux substances psychoactives, en l'inscrivant dans le contexte algérien.

14- Parcours de vie et vulnérabilité face à l'addiction aux substances psychoactives en contexte algérien :

L'addiction aux substances psychoactives constitue aujourd'hui un problème de santé publique majeur, touchant des individus issus de divers milieux sociaux, mais affectant de manière plus marquée les populations vulnérables. En Algérie, le phénomène prend une ampleur préoccupante, notamment chez les jeunes adultes, confrontés à des transitions de vie complexes dans un contexte socio-économique instable. Dans cette perspective, l'approche par le parcours de vie s'avère pertinente pour comprendre les dynamiques personnelles, sociales et structurelles qui mènent à la consommation de substances.

En effet, cette approche permet d'analyser la manière dont les événements de vie, les ruptures, les transitions critiques et les contextes sociaux façonnent la trajectoire des individus vers des conduites addictives. Elle met en lumière les mécanismes de vulnérabilité qui ne sont pas exclusivement d'ordre individuel, mais qui s'inscrivent dans un environnement familial, institutionnel et communautaire.

Le concept de parcours de vie permet d'appréhender la trajectoire individuelle comme une succession d'événements et de transitions influencés par les contextes sociaux, économiques, familiaux et culturels. En Algérie, ce cadre théorique est d'autant plus pertinent que les jeunes adultes se trouvent souvent confrontés à des ruptures socio-économiques majeures (chômage, difficultés d'insertion sociale) pouvant influencer leur trajectoire de santé mentale. Selon Khelifa , les parcours marqués par la précarité et les ruptures familiales

dans les wilayas de l'Est algérien constituent un terrain favorable à la désaffiliation et à la consommation de drogues (Khelifa, 2020, p. 104).

14-1 Vulnérabilité psychosociale en Algérie : une réalité multidimensionnelle

La vulnérabilité psychosociale en Algérie est fortement liée à l'instabilité socio-économique, à l'absence de filets de sécurité, et à la faible accessibilité aux soins en santé mentale. En 2023 Benyamina et al montrent que les jeunes algériens exposés à des violences familiales, au décrochage scolaire ou à la marginalisation urbaine développent des troubles de l'adaptation qui favorisent la recherche de soulagement par les substances psychoactives. Cette vulnérabilité peut être aggravée par des représentations sociales négatives et une stigmatisation qui empêchent les jeunes de demander de l'aide (Benyamina et al., 2023, p. 51).

14-2 Transitions de vie et bifurcations à risque :

Les transitions critiques comme le passage de l'adolescence à l'âge adulte, le chômage ou la migration interne sont identifiées comme des facteurs de rupture dans le parcours de vie des usagers de drogues en Algérie. Une étude menée à Oran par Aït Mebarek en (2019) révèle que près de 60 % des jeunes usagers de substances psychoactives ont commencé leur consommation après une déscolarisation ou une séparation familiale. Ces transitions sont souvent marquées par un sentiment de vide identitaire et de perte de repères, favorisant le recours à des produits tels que le cannabis, les psychotropes ou les solvants (Aït Mebarek, 2019, p. 78).

14-3 Vulnérabilité sociale et conditions de vie précaires :

Les quartiers populaires des grandes villes algériennes (Alger, Constantine, Annaba, Bejaia) concentrent une grande part des populations vulnérables face à l'addiction. Les jeunes y sont exposés à des conditions de vie précaires, à la violence, au chômage de masse, et à l'absence d'espaces de socialisation positive. Une enquête de terrain réalisée à Béjaïa montre que l'usage de substances psychoactives est souvent une réponse à l'ennui, au manque de perspectives et à l'exclusion sociale (Saidani, 2022, p. 91).

Pour synthétiser, en Algérie, la vulnérabilité psychosociale liée à l'addiction aux substances psychoactives s'inscrit dans une réalité marquée par l'instabilité économique, la

précarité des conditions de vie, l'absence de structures de soutien, et une faible accessibilité aux soins psychologiques. Les jeunes adultes, particulièrement exposés, vivent des parcours souvent marqués de ruptures telles que le décrochage scolaire, les conflits familiaux ou l'exclusion sociale. Ces trajectoires sont aggravées par un contexte de stigmatisation et d'isolement, où les représentations négatives liées à la consommation empêchent toute démarche d'aide ou de soin. Les transitions critiques, comme le passage à l'âge adulte ou les séparations familiales, apparaissent comme des bifurcations à risque favorisant le recours à des substances psychoactives. Ainsi, la consommation devient une réponse face à l'ennui, au vide identitaire, et au manque d'opportunités.

Ainsi s'achève la première section consacrée aux fondements théoriques du concept de parcours de vie. Passons maintenant à la deuxième section, qui propose une revue de la littérature scientifique portant sur les liens entre parcours de vie et addiction.

Section 02 : Parcours de vie et addiction : Revue de la littérature

Après avoir exposé le concept de parcours de vie, il est essentiel de se pencher sur l'état des connaissances actuelles en lien avec cette notion, notamment en ce qui concerne son interaction avec l'addiction. La revue de la littérature qui suit vise à explorer les études et modèles théoriques existants relatifs aux trajectoires de vie sur le développement de conduites addictives. Dans cette revue de la littérature, nous avons choisi de structurer l'analyse autour de trois points : l'addiction entre psychogenèse et sociogenèse, entre plaisir éphémère et parcours de vie difficile, et enfin, l'addiction et le psychotrauma.

1- Addictions : entre psychogenèse et sociogenèse

De son côté, Sttelen (2003) avance que les addictions s'installent le plus souvent progressivement et insidieusement comme un comportement protecteur destiné à préserver le « moi » vécu en danger du sujet. L'observation clinique montre, chez ces sujets, une difficulté à utiliser la parole pour communiquer et représenter les souffrances existentielles. Les angoisses communes aux humains. Tout se parse comme si les difficultés à mentaliser et à représenter se déplaçaient vers un comportement substitutif, en médiateur de parole. Ce comportement devient la seule manière de panser la souffrance.

De plus, l'auteur note la présence d'une carence narcissique primaire importante et un vécu de carence, innommable et irréprésenté du manque, avec une histoire infantile marquée par des repères identificatoires parentaux défaillants ou carencés, des inter-relations de mauvaise qualité et un milieu familial toxique. L'auteur cite également des événements extérieurs difficiles tels que le deuil d'un proche, un divorce, une séparation, etc. Enfin, un traumatisme sidérant peut agir comme un traumatisme primaire et être à l'origine d'une addiction.

2- Addictions : entre plaisir éphémère et parcours de vie difficile

Le parcours de vie des individus souffrant d'addiction est souvent marqué par des événements et des expériences qui influencent leur trajectoire. Selon Varescon, les comportements addictifs peuvent être considérés comme des réponses à des événements de vie difficiles ou des périodes de vulnérabilité accrue (Varescon, 2009).

En effet, les trajectoires de vie de ces individus montrent fréquemment une accumulation de facteurs de risque, tant psychologiques que sociaux, qui favorisent l'apparition de conduites addictives. Lqueille et Chassagnoux insistent sur le fait que les parcours de vie des individus dépendants sont souvent marqués par des périodes de marginalisation sociale, d'isolement familial et de difficultés économiques, qui agissent comme des catalyseurs pour l'addiction (Lqueille & Chassagnoux, 2017).

Ainsi le concept de résilience dans le parcours de vie est également crucial pour comprendre comment certains individus peuvent développer des stratégies d'adaptation saines face aux traumatismes et à l'adversité. Cependant, Reynaud et al expliquent que pour d'autres, l'addiction devient une stratégie d'évitement face à des souffrances émotionnelles prolongées, rendant la guérison difficile. L'adversité sociale, notamment les conflits familiaux et professionnels, est souvent au cœur de ces parcours, comme le soulignent Morel et Couteron, qui évoquent la dynamique de l'addiction comme étant intrinsèquement liée à des transitions difficiles dans la vie, telles que des ruptures familiales ou des échecs professionnels (Reynaud et al, 2016).

Le parcours de vie d'un individu est marqué de multiples événements, transitions et ruptures qui influencent profondément son développement psychique, ses choix, ainsi que ses vulnérabilités. Dans le champ de l'addictologie, il est désormais admis que les trajectoires de vie ne peuvent être dissociées de la compréhension des conduites addictives.

L'addiction ne se réduit pas à un comportement ou à un trouble isolé : elle s'inscrit dans une trajectoire de vie, souvent marquée par des événements de rupture, de souffrance, ou de marginalisation. Cette perspective implique d'adopter une lecture biographique du trouble addictif, où chaque histoire singulière permet de comprendre la fonction de l'addiction dans la vie du sujet (Morel & Couteron, 2019).

De même, la trajectoire addictive est généralement construite progressivement, au fil d'un enchaînement d'expériences, de rencontres, de manques et de soulagements. Cette dimension évolutive renvoie au fait que l'addiction n'émerge pas brutalement, mais s'insère dans une continuité de vie, façonnée par les contextes sociaux, familiaux et personnels (Lançon, 2013).

Les conduites addictives apparaissent souvent comme des réponses à des impasses existentielles, affectives ou sociales. Elles deviennent un mode de régulation, voire un langage, dans des parcours où le sujet ne trouve pas d'autres moyens d'exprimer sa souffrance. Ainsi, le produit ou le comportement addictif intervient comme un médiateur temporaire dans des trajectoires de vie souffrantes (Lqueille et Chassagnoux, 2017).

Varescon, quant à elle, met en avant l'importance de considérer l'histoire du sujet pour comprendre ses comportements : Il est essentiel de replacer la conduite addictive dans le cadre plus large de la biographie du patient : l'histoire familiale, les ruptures, les pertes, les rejets, tous ces éléments tissent un contexte qui éclaire la fonction de l'addiction (Varescon, 2009).

Par ailleurs, l'analyse du parcours de vie est incontournable pour repérer les facteurs déclencheurs, les moments de bascule, mais aussi les ressources mobilisables pour engager un processus de changement. Cette approche permet de dépasser une vision uniquement symptomatique ou comportementale de l'addiction, au profit d'une compréhension ancrée dans la réalité de vie du sujet (Morel et al., 2012),

Enfin, le repérage des épisodes de vulnérabilité dans la trajectoire d'un patient permet d'adapter la prise en charge et d'envisager une intervention thérapeutique plus personnalisée. C'est donc bien en articulant le parcours de vie avec les conduites addictives que se construit une clinique pertinente et respectueuse de la singularité de chaque patient (Reynaud, et al., 2016).

3- Addictions et psychotrauma :

De plus, l'interaction entre parcours de vie et addiction peut être exacerbée par des événements de vie spécifiques, comme des abus en enfance ou des violences conjugales, qui favorisent l'apparition de comportements addictifs en réponse à la douleur psychologique. Selon Lançon, ces événements créent un terreau fertile pour le développement d'une dépendance, car ils influencent profondément la manière dont les individus se perçoivent et interagissent avec le monde (Lançon, 2013)

Dans le même sens, le Collège national des universitaires en psychiatrie (2020) souligne que la consommation de substances psychoactives s'inscrit souvent dans un parcours marqué par des épisodes de vulnérabilité, des troubles de l'attachement, des expériences traumatiques ou encore des échecs répétés. Ces éléments s'entrelacent dans la dynamique addictive, rendant nécessaire une approche globale du patient.

De cette revue de la littérature, il apparaît qu'il existe souvent dans le parcours de vie du consommateur de substances, des événements de vie majeurs difficiles, il apparaît également que les addictions sont nombreuses et variées. Elles commencent souvent à l'adolescence mais peuvent aussi apparaître à tout âge en fonction des aléas de vie et de leur effet traumatique sur le sujet.

Nous passons maintenant aux études antérieures en lien avec notre étude.

Section 03 : Parcours de vie et addiction : Etudes antérieures

Afin de mieux comprendre les liens entre les parcours de vie et les conduites addictives, il est essentiel de s'appuyer sur des travaux empiriques menés à différentes échelles. Plusieurs travaux de recherche, tant nationaux qu'internationaux, ont permis de mieux comprendre ces liens, nous en proposons les suivantes :

Dans « *Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé* » (Bouhnik, 1996), la sociologue Patricia Bouhnik analyse les parcours d'usagers d'héroïne dans les quartiers populaires des banlieues parisiennes. Appuyée sur des données ethnographiques réalisées entre 1986 et 1994 (entraînant le recours à l'héroïne dans les cités, à Villepinte et dans plusieurs quartiers difficiles), elle met en évidence que l'usage ne relève pas uniquement d'un plaisir individuel, mais s'inscrit dans un système de vie complexe, structuré autour de réseaux, d'activités et de modes d'attachement à la drogue. Les résultats révèlent que l'héroïne est souvent perçue comme un compensateur face à la précarité socio-

économique, à la crise de socialisation et au manque d'opportunités dans un contexte générationnel dégradé. Bouhnik montre que ces parcours addictifs sont reproduits de génération en génération : la mort de nombreux usagers des années 1980 laisse place à de nouvelles cohortes, avec des trajectoires diversifiées mais structurées par des modes d'intégration sociale à la marginalité.

Par ailleurs, dans une étude pionnière menée en Algérie, Khiati (1997) s'est intéressé aux déterminants sociaux et psychologiques de la consommation de drogues chez les jeunes algériens. L'objectif principal de cette recherche était de décrire les facteurs individuels et environnementaux pouvant favoriser l'entrée dans la toxicomanie, notamment à travers le prisme du contexte familial, scolaire et socioéconomique. Pour ce faire, une approche descriptive et clinique a été utilisée, combinant des entretiens avec des jeunes usagers de drogues et une analyse de leurs parcours personnels. Les résultats ont révélé que les conflits familiaux, l'échec scolaire, l'oisiveté, ainsi que le mal-être psychologique constituaient des facteurs fréquents. L'étude a également mis en lumière la fragilité psychique des jeunes sujets, souvent en lien avec des événements vécus comme marquants ou déstabilisants, et a souligné l'importance d'une prise en charge globale incluant la famille. Cette recherche constitue l'une des premières tentatives algériennes à mettre en relation la trajectoire de vie et la vulnérabilité à l'addiction.

De même, dans son étude intitulée « *Trajectoires déviantes et trajectoires de rétablissement à l'adolescence* », Choquet (2005) explore les facteurs psychosociaux qui influencent l'entrée dans des conduites à risque chez les adolescents (addiction, fugue, violence...), ainsi que les processus qui permettent un retour à un fonctionnement plus stable. S'appuyant sur des entretiens semi-directifs menés auprès d'adolescents pris en charge dans des structures médico-éducatives, l'étude met en lumière l'influence centrale de ruptures familiales, d'échecs scolaires et de carences affectives dans les trajectoires déviantes. Les résultats montrent que le rétablissement ne dépend pas uniquement du suivi thérapeutique, mais repose souvent sur la rencontre avec une personne ressource (éducateur, soignant, membre de la famille) et sur la capacité à restructurer son récit personnel. Cette recherche confirme que l'adolescence est une période à hauts risques, mais aussi une phase charnière de reconstruction, à condition que le jeune soit soutenu dans la symbolisation de ses expériences de rupture.

Dans le même sens, Bertrand et Nadeau (2006) ont mené une étude exploratoire consacrée aux trajectoires croisées de toxicomanie et de prostitution chez des femmes en traitement, à partir d'un échantillon canadien. Sélectionnées parmi 219 patientes, elles ont réalisé des entretiens de type récit de vie auprès de 6 femmes, 5 à 8 ans après leur admission pour traitement. Les données qualitatives (récits) ont été enrichies de mesures quantitatives basées sur l'Indice de Gravité de la Toxicomanie (IGT). Les résultats mettent en évidence trois parcours-types :

Première trajectoire : la prostitution en dernier recours, après un parcours de toxicomanie sévère pour financer l'usage de drogues dures.

Deuxième trajectoire : la prostitution précède la consommation, qui apparaît comme stratégie pour faire face aux conditions difficiles.

Troisième trajectoire : la prostitution est un épisode relativement bref, souvent intervenant dans un parcours déjà marqué par la consommation. De plus, l'étude souligne que la prostitution expose ces femmes à des risques accrus (violence, VIH, obstacles à l'accès aux soins) et met en évidence la complexité des interactions entre dépendance et besoins économiques.

Par extension, une étude intitulée « *Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues* » (Jauffret-Roustide et al., 2008), les auteurs, s'appuyant sur l'enquête ANRS-Coquelicot menée de 2004 à 2007 en France, combinent une approche épidémiologique (étude quantitative sur 1 462 usagers) et une approche socio-anthropologique (entretiens approfondis avec 99 femmes) . Leur objectif est de mieux cerner les parcours de consommation, les événements traumatiques précoces, et les pratiques à risque (VIH/VHC), en mettant en lumière les spécificités féminines. Les résultats révèlent que ces femmes : ont fréquenté tôt des événements traumatiques comme des violences durant l'enfance/adolescence ; débutent souvent la consommation via des relations amoureuses ou des partenaires ; présentent des comportements à risque plus fréquents que les hommes (usage de crack, mésusage intraveineux, prostitution). Etudes de terrain montrent ainsi que la consommation s'inscrit dans un système de vie chaotique, marqué par une double vulnérabilité : à la drogue et aux infections transmissibles.

Dans cette continuité, dans « *Les histoires des toxicomanes Récits et identités dans les addictions* » (Taïeb, 2011), Olivier Taïeb, psychiatre et chercheur à l'hôpital Avicenne (Bobigny) et à l'université Paris XIII, analyse les récits de vie de patients dépendants à travers une approche qualitative. Basée sur une centaine d'entretiens conduits entre 2000 et 2004 auprès de 70 toxicomanes (opiacés, cocaïne, alcool, cannabis), l'étude explore comment leur identité narrative se structure à partir d'un modèle narratif inspiré de Paul Ricoeur. Les résultats montrent que ces patients utilisent des récits pour donner du sens à leur parcours, naviguant entre les modèles de soins imposés et leur propre expérience. Taïeb alerte sur les risques de dispositifs « trop lisibles » qui produisent des patients uniformes, ou à l'inverse, trop opaques et exclusifs. Il insiste sur la nécessité d'une addictologie respectueuse de la subjectivité, capable de reconnaître et valoriser la richesse des récits personnels.

En outre, dans son étude intitulée « *L'adolescent algérien face à la consommation de drogue* », Ghanem (2012) explore les facteurs psychosociaux et familiaux qui influencent l'entrée des adolescents dans les conduites addictives en Algérie. À partir d'une enquête descriptive menée auprès de 100 lycéens âgés de 17 à 20 ans, répartis équitablement entre garçons et filles, l'auteur analyse les perceptions, les types de substances consommées, ainsi que les contextes relationnels et familiaux associés à l'usage. Les résultats montrent que la consommation est souvent liée à la pression des pairs, au mal-être psychologique, et à des conflits familiaux ou scolaires. Le cannabis apparaît comme la substance la plus expérimentée, et une augmentation de la consommation féminine est également notée. L'étude conclut que la prévention doit reposer sur une approche globale intégrant l'écoute, l'encadrement éducatif et familial, et une meilleure compréhension des besoins affectifs des jeunes, confirmant ainsi l'importance du contexte de vie dans la genèse des comportements addictifs.

Ace titre, Roland Lefebvre (2013), dans son article « *Regard sur le récit de vie auprès de personnes en difficulté avec l'alcool publié dans Les Politiques sociales* », interroge la manière dont les récits de vie peuvent dépasser la « maladie » de l'alcoolisme, en proposant une alternative au regard strictement biomédical. En analysant le récit de Richard et en comparant des ateliers de récit dits « fermés » (pantheon des anciens buveurs) et « ouverts » (ateliers favorisant l'expression personnelle), l'auteur démontre que les récits de vie construits en espace ouvert engendrent une subjectivation et un remaniement identitaire, offrant aux participants une meilleure compréhension de leur parcours. Il met en évidence l'intérêt des

approches narratives herméneutiques pour accompagner un travail de sens et favoriser la reconstruction de soi.

Plus récemment, dans son étude réalisée en Algérie, Kherfouchi (2015) s'est penchée sur la relation entre les événements de vie marquants et la consommation de substances psychoactives chez des sujets addicts. L'objectif était de comprendre le rôle que peuvent jouer certains épisodes marquants notamment familiaux, affectifs ou sociaux dans la construction du parcours addictif. Pour ce faire, l'auteure a mobilisé une démarche qualitative, en s'appuyant sur des entretiens cliniques approfondis auprès d'un échantillon de patients hospitalisés dans une structure spécialisée en addictologie. Les résultats ont mis en évidence que les sujets rapportaient fréquemment des antécédents de rupture, de conflit familial, de deuil ou de traumatisme, vécus comme des éléments déstabilisateurs sur le plan psychique. Ces événements sont apparus comme des facteurs déclencheurs ou accélérateurs du passage à la consommation, souvent dans une logique d'auto-apaisement ou d'évitement émotionnel. L'étude souligne ainsi l'importance de considérer la trajectoire de vie dans l'approche thérapeutique, en intégrant une lecture psychodynamique du vécu subjectif des patients.

Dans le même ordre d'idée, dans une étude menée par Medjekouh et Siaci (2017) en Algérie, les auteurs se sont intéressés à la relation entre événements de vie et addiction chez des sujets toxicomanes algériens. L'objectif principal était de repérer l'impact d'événements de vie traumatiques ou marquants dans le déclenchement ou l'entretien des conduites addictives, à partir d'un échantillon d'adultes hospitalisés pour consommation de substances. Les auteurs ont adopté une démarche clinique qualitative, s'appuyant sur des entretiens semi-directifs et des observations cliniques, dans un cadre hospitalier spécialisé en santé mentale. Les résultats ont montré que la majorité des sujets présentaient une histoire personnelle marquée par des pertes, des séparations, des violences intrafamiliales ou des événements brutaux, qui semblaient jouer un rôle déclencheur ou aggravant de leur comportement addictif. Les auteurs concluent que le parcours de vie du sujet addict ne peut être compris sans une lecture des événements marquants qui jalonnent son histoire, et soulignent l'importance de l'accompagnement psychologique centré sur la subjectivité du vécu.

Egalement, dans une étude intitulée « *Les facteurs de vulnérabilité psychosociale chez les adolescents consommateurs de substances en milieu scolaire à Tizi-Ouzou* », Sahli et Bessaïh (2018) ont mené une recherche qualitative auprès d'un échantillon de 30 élèves scolarisés dans trois lycées publics. L'objectif était d'identifier les éléments de fragilité

psychologique et sociale pouvant favoriser l'entrée dans une conduite addictive. À partir d'entretiens semi-directifs, l'analyse révèle que les principaux facteurs évoqués sont les conflits intrafamiliaux, l'absence de dialogue avec les figures parentales, la pression des pairs et un vide affectif. Les substances consommées sont majoritairement le cannabis et les psychotropes. Les auteurs soulignent que, chez ces jeunes, l'usage s'inscrit dans une tentative de régulation émotionnelle face à une souffrance latente. L'étude conclut sur l'importance d'une prévention ciblée, fondée sur l'écoute active, l'accompagnement psychologique et le renforcement du lien familial dans les établissements scolaires.

Dans cette perspective, dans son étude intitulée « *Influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues* », El Kpelly (2020) examine les liens entre les styles d'attachement insécures, les vécus traumatiques précoces, et la mise en place de conduites addictives chez des patients suivis en addictologie. À partir d'une démarche clinique et psychodynamique, l'auteur s'appuie sur l'analyse de plusieurs vignettes cliniques de patients addicts, complétée par une revue théorique sur l'attachement, la mémoire traumatique et les mécanismes de défense. Les résultats mettent en évidence que les sujets présentant un attachement désorganisé ou évitant sont plus vulnérables au recours aux substances psychoactives, surtout lorsqu'ils ont vécu des traumatismes infantiles non symbolisés (violence, abandon, perte précoce). L'addiction apparaît ici comme une modalité de régulation émotionnelle face à des affects intolérables, mais aussi comme un mode d'auto-sédation face à une détresse psychique chronique. L'auteur insiste sur la nécessité, en thérapie, de travailler sur les figures d'attachement primaires et de restaurer une capacité de mise en sens des expériences traumatiques pour favoriser un processus de rétablissement durable.

Dans le prolongement, l'article « *De la maltraitance infantile aux addictions de l'adulte* », Kebir (2020) analyse les liens entre les traumatismes infantiles et les conduites addictives chez l'adulte. En s'appuyant sur des données scientifiques internationales (notamment l'étude ACE et des recherches en neurosciences), l'auteur établit que les abus sexuels, physiques ou émotionnels durant l'enfance augmentent significativement les risques de consommation de substances (alcool, cannabis, opiacés...). Il souligne que ces traumatismes précoces peuvent dérégler le système opioïde endogène, altérer la régulation émotionnelle et fragiliser les mécanismes d'attachement, posant les fondations neurobiopsychologiques de l'addiction à l'âge adulte. Kebir conclut sur l'intérêt des

approches thérapeutiques intégrant la dimension traumatique et les dysfonctionnements du système opioïde pour traiter efficacement les addictions.

Dans la même lignée, leur article « *De la toxicomanie aux vécus toxicomaniaques : récits de vie de deux consommateurs d'héroïne* », das Neves Ribeiro et Chabert (2020) adoptent une approche clinique et narrative pour explorer les dynamiques psychiques sous-jacentes à l'addiction à l'héroïne. L'objectif de l'étude est de comprendre la manière dont les sujets vivent et signifient leur dépendance, à travers l'analyse de deux récits de vie recueillis en contexte thérapeutique. À l'aide d'un dispositif d'entretien semi-directif, les auteurs interrogent la fonction de l'addiction dans la structuration de l'identité et du rapport au monde. Les résultats mettent en évidence que l'héroïne joue une fonction d'auto-apaisement psychique, souvent en lien avec des traumatismes précoces (carences affectives, ruptures, sentiment d'abandon). Le craving y est décrit comme un symptôme récurrent, révélateur d'un besoin de régulation émotionnelle chronique. L'étude conclut que la prise en charge des addictions doit dépasser la seule réponse pharmacologique, pour intégrer un travail subjectif sur l'histoire du sujet, favorisant la mise en sens du vécu addictif et la construction d'une nouvelle narration de soi.

Par ailleurs, le rapport intitulé « *La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction : Conception d'un système d'indicateurs pour le Monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles* » (MonAM), Labhart, Maffli et Notari (2021) proposent une analyse exhaustive de la situation socio-économique des personnes en traitement pour addiction en Suisse. À travers une méthodologie quantitative, les auteurs exploitent des enquêtes nationales (act-info, Enquête Suisse sur la Santé 2007–2017) pour mesurer cinq dimensions clés : niveau d'instruction, emploi, logement, isolement social, auto-dévalorisation. Les résultats montrent une dégradation marquée de toutes ces dimensions par rapport à la population générale : jusqu'à six fois plus de chômeurs et vingt fois plus de logement instable chez les personnes en traitement. Le rapport conclut que ces indicateurs doivent être intégrés dans le système MonAM pour mieux guider les politiques de prévention et d'inclusion sociale, en soulignant l'importance d'interventions précoces ciblant l'insertion sociale.

Dans cette optique, leur étude intitulée « *Événements traumatogènes, âge de survenue, symptômes anxio-dépressifs et comportements addictifs dans un échantillon de jeunes adultes recruté en ligne* », Laconi et al. (2021) examinent les liens entre les traumatismes vécus à

différentes périodes de vie et l'apparition de troubles anxieux, dépressifs et addictifs. L'étude porte sur un échantillon de jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans, recrutés via une enquête en ligne, et ayant répondu à plusieurs questionnaires standardisés (notamment l'ACE Questionnaire, le PHQ-9, le GAD-7, etc.). Les résultats révèlent que les événements traumatiques survenus précocement (dans l'enfance ou l'adolescence) sont associés à des symptômes anxio-dépressifs plus sévères et à une plus grande probabilité de comportements addictifs. De plus, plus le nombre d'événements est élevé, plus le risque de comorbidité entre troubles psychiques et addiction augmente. Cette étude confirme ainsi que l'âge de survenue des traumatismes et leur accumulation jouent un rôle central dans la vulnérabilité psychique et le recours aux substances, soulignant l'importance de prendre en compte le parcours de vie dans toute approche clinique de l'addiction.

De plus, leur étude intitulée « *Étude exploratoire des événements de vie et expériences traumatiques dans la trajectoire de vie des femmes criminelles* », Perrot, Léveillé, Bioy, Castillo et Chahraoui (2022) explorent les parcours de femmes incarcérées à travers une approche qualitative centrée sur le vécu traumatique. À partir d'entretiens cliniques approfondis, les auteurs analysent comment des événements de vie marquants tels que les abus, les violences conjugales, les carences affectives ou les ruptures précoces participent à la construction de trajectoires déviantes. Les résultats révèlent un cumul de traumatismes interreliés chez la majorité des participantes, souvent banalisés ou non reconnus dans leur environnement social et judiciaire. Ces événements ont favorisé une altération de l'image de soi, des difficultés relationnelles profondes, et dans certains cas, le recours à des conduites addictives ou transgressives comme mode de défense. L'étude souligne l'importance d'une prise en charge trauma-sensible, intégrant à la fois les dimensions psychiques, sociales et pénales des parcours féminins en rupture.

Dans le même sens, son travail intitulé « *Addiction et trauma : approche processuelle et intervention combinée* », Lucia Romo (2023) explore la manière dont les expériences traumatiques précoces influencent les processus psychiques menant à la dépendance, et propose une réflexion sur les modalités d'accompagnement thérapeutique. À partir d'une approche clinique et processuelle, l'auteure analyse plusieurs cas de patients présentant à la fois des troubles addictifs et des antécédents de traumatismes (abus, négligence, pertes), en s'appuyant sur des outils tels que l'entretien clinique approfondi et des dispositifs thérapeutiques combinés (thérapie cognitive, EMDR, entretiens motivationnels). L'étude met

en évidence que l'addiction peut fonctionner comme une réponse de survie face à un trauma non symbolisé, en permettant une forme de régulation émotionnelle temporaire. Les trajectoires de rétablissement observées s'appuient sur un travail thérapeutique qui vise à réintégrer le trauma dans le récit de soi, tout en mobilisant les capacités d'adaptation du sujet. Romo souligne l'importance d'interventions intégratives, qui conjuguent travail sur les symptômes addictifs et reconnaissance du vécu traumatique, afin de favoriser un véritable processus de reconstruction psychique.

En complément, dans la synthèse documentaire intitulée « *Addictions et psychotraumatismes* » publiée par Nadja (2023), les auteurs proposent une analyse des liens entre les traumatismes psychiques (violences, abus, négligences) et les comportements addictifs, en s'appuyant sur un corpus d'ouvrages, d'articles cliniques et de données de terrain. Cette ressource a pour objectif de documenter les interactions entre trauma et addiction en contexte clinique et médico-social. L'analyse repose sur une méthode documentaire croisant travaux théoriques, études de cas cliniques, et approches thérapeutiques actuelles (thérapie EMDR, approche sensorimotrice, entretiens motivationnels). Il en ressort que de nombreux patients addicts présentent des antécédents traumatiques non élaborés, que la consommation vient partiellement apaiser. Les conduites addictives apparaissent alors comme des réponses adaptatives au débordement émotionnel, mais à coût psychique élevé. La synthèse souligne l'importance de repérer les signes de trauma dans les parcours des personnes dépendantes, et recommande une prise en charge intégrée, conjuguant travail sur l'addiction et accompagnement du trauma. Cette ressource rappelle que la compréhension des conduites addictives passe par l'histoire du sujet, et non uniquement par les substances.

Enfin, dans leur étude observationnelle intitulée « *Prévalence de l'état de stress post-traumatique chez une population d'usagers de drogue : étude de deux échantillons de patients suivis en addictologie* » à Rennes, Volosciuc (2023) cherche à mesurer la fréquence des troubles de stress post-traumatique (ESPT) chez deux groupes : les chemsexuels et les usagers non-chemsexuels. L'enquête repose sur un protocole transversal mené auprès de 44 patients (21 chemsexuels, 23 non-chemsexuels), à l'aide du questionnaire standardisé PCL-5. L'analyse révèle une prévalence élevée de l'ESPT : 80 % chez les usagers non-chemsexuels et 58 % chez les chemsexuels, avec des comorbidités psychiatriques fréquentes, notamment des troubles anxieux et dépressifs. Les non-chemsexuels consommaient davantage de substances à effet sédatif (opioïdes, alcool), tandis que les chemsexuels utilisaient

majoritairement des psychostimulants dans un contexte sexuel. Les résultats montrent que l'ESPT est significativement sous-diagnostiqué et souvent à l'origine de la consommation. L'étude insiste sur la nécessité d'un repérage systématique du traumatisme psychique dans les parcours addictifs, et d'une prise en charge intégrée qui articule soins psychologiques et traitement des addictions.

Ces études offrent une perspective approfondie sur les divers facteurs influençant les trajectoires de consommation de substances, en mettant en évidence le rôle déterminant des expériences de vie individuelles, du contexte social, des transitions critiques, ainsi que des ressources disponibles au cours du parcours. Elles soulignent que l'addiction ne peut être réduite à une pathologie isolée, mais qu'elle s'inscrit dans une dynamique biographique marquée par des ruptures, des vulnérabilités, des choix et des environnements relationnels ou institutionnels.

Synthèse :

À travers ce chapitre, nous avons vu que le parcours de vie constitue une approche globale et dynamique permettant de comprendre le développement de l'individu dans la durée, en tenant compte de son inscription dans des contextes sociaux, culturels et historiques. Il s'agit d'un cadre d'analyse interdisciplinaire qui mobilise la psychologie, la sociologie, l'anthropologie et d'autres disciplines pour explorer les trajectoires humaines, les transitions et les événements marquants.

Par ailleurs, les parcours de vie sont influencés par une multitude de facteurs (psychologiques, sociaux, économiques, culturels, institutionnels), qui interagissent et façonnent les trajectoires individuelles. Ces facteurs peuvent favoriser des adaptations positives, mais aussi générer des vulnérabilités, notamment lorsque les événements de vie sont marqués par des ruptures ou des expériences traumatiques. C'est dans cette perspective que les conduites addictives peuvent apparaître, souvent en réponse à des transitions difficiles ou des souffrances psychiques non élaborées. Il devient alors essentiel, de s'intéresser au récit de vie du sujet, afin de mieux comprendre l'émergence de certains comportements comme l'addiction, leur lien avec les événements passés, et d'envisager une prise en charge globale et adaptée.

Dans ce qui suit, nous allons présenter notre problématique élaborée autour de ces trajectoires de vie complexes de patients addicts.

Problématique et hypothèse

Au cours de l'existence humaine, l'individu est confronté à une multitude de changements, qui peuvent être vécus de manière positive ou négative. Ces transformations, qu'elles soient liées à des événements marquants ou à des épreuves de la vie quotidienne, influencent profondément son état psychique. La souffrance psychique, qui peut émerger dans diverses circonstances, se manifeste de manière variable selon les personnes, tant dans son intensité que dans ses effets. Si de nombreuses personnes parviennent à surmonter les événements traumatisants ou à s'adapter à des situations bouleversantes grâce à un soutien approprié, d'autres peuvent être confrontées à des conflits intérieurs plus profonds, les amenant à chercher des solutions, parfois dans des comportements pathologiques. Parmi ces réponses, l'addiction, notamment à l'utilisation de substances psychoactives, constitue une manière de faire face à une souffrance psychique vécue comme insupportable, en offrant un soulagement temporaire mais souvent au prix d'une dégradation du bien-être et de la santé mentale. L'étude de ces parcours de vie et de la manière dont l'addiction se manifeste en réponse à des blessures psychiques devient ainsi un enjeu majeur pour la compréhension des mécanismes sous-jacents aux comportements addictifs.

En particulier, l'addiction aux substances psychoactives (SPAs), qui commence fréquemment à l'adolescence, constitue un phénomène d'ampleur mondiale ayant des répercussions considérables sur la santé publique. L'addiction aux SPAs se caractérise par une consommation répétée de substances telles que l'alcool, le tabac ou les drogues, engendrant une forte dépendance physique et psychologique. Bien que les SPAs procurent initialement du plaisir, leur consommation excessive et régulière mène souvent à des effets dévastateurs sur la santé physique et mentale des individus, les conduisant dans une spirale addictive difficile à interrompre.

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

Ainsi, Uhl et Grow (2004), souligne que les addictions à des substances figurent actuellement parmi les affections les plus coûteuses pour la société, et elles ont souvent un effet préjudiciable énorme sur les personnes concernées ainsi que sur leurs proches.

L'addiction représente aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique à l'échelle mondiale. Selon le Rapport mondial sur les drogues publié par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC, 2024), plus de 64 millions de personnes à travers le monde consommaient des substances psychactives en (2022), soit environ 1 individu sur 81. Cette tendance est en constante progression, et concerne de plus en plus de jeunes adultes.

En outre, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que la consommation des SPAs est responsable de plus de 450 000 décès par an et constitue 1,50 % de la charge mondiale de morbidité (OMS, 2017).

De ce fait, ce phénomène d'addiction ne touche pas uniquement le reste du monde, il concerne aussi l'Algérie. Dans notre pays, la consommation de substances psychoactives, notamment le cannabis, les psychotropes et les drogues dures, est en hausse, comme le rapportent les données de l'Office nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie (ONLCDT). En 2023, plus de 34 000 personnes ont été prises en charge dans des structures spécialisées en addictologie, et l'on estime que près de trois millions de personnes seraient concernées par des formes de dépendance, avec une prédominance marquée chez les hommes âgés de 16 à 35 ans.

Plus particulièrement, certaines régions du pays, comme la wilaya de Bejaia, ne sont pas épargnées. De plus en plus de jeunes et d'adultes se retrouvent confrontés à la consommation de substances psychoactives. Selon rapport de l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (2023), plus de 20 000 comprimés de psychotropes, notamment de types ecstasy, ont été saisis dans la seule wilaya de Béjaïa en (2023). Ainsi, durant la même année les services des douanes algériennes ont saisi plus de 87 000 comprimés de psychotropes au port de Bejaia, destinés à la commercialisation sur le territoire national.

Plus récemment, en mars 2025, les services des douanes ont intercepté plus de 88 000 comprimés de psychotropes, dont 84 233 comprimés d'ecstasy et 3 875 de Subutex, dissimulés dans un véhicule en provenance de Marseille. Un mois après durant la même année, une autre opération a permis la saisie de près de 11 000 comprimés psychotropes au port de Béjaïa. L'enquête a révélé un réseau actif dans plusieurs wilayas, notamment Alger, Blida et Tipaza, avec la confiscation de 9 300 comprimés supplémentaires, une somme de

3,43 milliards de dinars, des devises étrangères et trois véhicules utilisés pour le transport des substances.

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

Face à cette réalité préoccupante, ce ne sont pas uniquement les chiffres qui nous interpellent en tant que chercheuse en psychologie clinique mais surtout les histoires humaines qu'ils révèlent. Derrière chaque situation d'addiction se trouve une personne, avec un vécu unique, façonné par expériences, des relations, des ruptures et des contextes de vie souvent complexes. C'est ce qui a suscité notre intérêt pour ce phénomène : au-delà des symptômes et des diagnostics, il nous a semblé essentiel de porter attention au parcours de vie de ces individus, comprendre comment ces personnes en situation d'addiction en arrivent là.

En effet, l'addiction ne surgit pas par hasard ou d'une manière isolée, elle s'inscrit souvent dans une trajectoire marquée par des événements de vie, des transitions, des vulnérabilités, des fragilités psychologiques, des contextes familiaux ou sociaux instables, ou encore des tentatives de soulagement face à la souffrance.

Loin de se réduire à une simple consommation de produits, l'addiction est aujourd'hui comprise comme une conduite symptomatique, souvent enracinée dans une souffrance psychique, des vulnérabilités personnelles et des contextes de vie fragilisants. De nombreux travaux en psychologie clinique insistent sur la nécessité d'aborder l'addiction comme un processus inscrit dans une histoire de vie, façonné par des expériences subjectives et des

facteurs socio-affectifs. Ainsi, Varescon (2009) souligne que les conduites addictives peuvent être comprises comme des tentatives de régulation émotionnelle face à un environnement perçu comme insécurisant. De son côté, Lançon (2013) met en évidence le lien entre traumatismes précoces, troubles de l'attachement et vulnérabilité aux addictions.

Morel, Chappard et Couteron (2012), insistent quant à eux sur l'importance d'une approche narrative du sujet, permettant de resituer les comportements addictifs dans le fil de l'histoire personnelle et relationnelle de l'individu.

Dans cette optique, la notion de parcours de vie s'avère particulièrement pertinente. Elle désigne l'enchaînement des événements, transitions et bifurcations qui structurent l'existence d'un individu, en interaction avec ses ressources internes et les contraintes de son environnement.

Le parcours de vie ne renvoie pas à une simple chronologie biographique, mais à une construction dynamique où s'entrelacent temporalité subjective, relations interpersonnelles, événements marquants et contextes de vulnérabilité. Des lors, comprendre l'addiction suppose d'inscrire le symptôme dans cette trame existentielle, en tenant compte des trajectoires personnelles, des ruptures...etc. En ce sens, l'étude des parcours de vie permet d'éclairer la manière dont certaines configurations biographiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien de conduites addictives.

Plusieurs études empiriques ont été menées à travers le monde pour explorer les liens entre les parcours de vie et l'addiction. En France, l'étude de Rapp et Taïeb (2015) a montré que les patients toxicomanes présentent fréquemment des ruptures biographiques précoces, notamment des deuils non résolus, des séparations parentales ou des violences intrafamiliales. Leur méthodologie qualitative, basée sur des récits de vie de 30 patients en centre de soins, a révélé que l'entrée dans l'addiction s'inscrit souvent dans une logique de survie psychique.

Une autre étude menée par Khantzian (2012) aux États-Unis, à travers le modèle de l'auto-médication, a démontré que les sujets dépendants ont tendance à utiliser des substances pour apaiser des affects intenses liés à l'angoisse, à la dépression ou à des traumatismes précoces, ce qui rejoint les observations cliniques faites dans les services psychiatriques.

En Espagne, une recherche de González et al. (2019), portant sur 60 patients pris en charge pour polyaddictions, a mis en évidence un lien direct entre événements de vie

stressants à l'adolescence (maltraitance, échec scolaire, isolement social) et la chronicisation des conduites addictives à l'âge adulte.

A ce propos, Malgrand (2023) rapporte une forte association entre le stress post-traumatique, les traumatismes dans l'enfance et les conduites addictives. Elle cite l'étude de Sigurdson (2006), qui indique que 86% des patients de l'hôpital Tenon suivis pour un trouble d'usage de substances ont été témoins ou victimes de scènes particulièrement traumatisantes et parmi eux 53% ont subis au moins une fois des attouchements sexuels ou un viol. De nombreuses études ont démontré que la maltraitance infantile et les facteurs de stress au début de vie sont associés à une vulnérabilité à l'abus de drogues et d'alcool (Enoch, 2011 ; Carliner et al., 2016). Mills (2005), estime que 92 % des usagers de l'héroïne ont été exposés à un événement traumatique et que 42 % d'entre eux ont développé un PTSD.

Dans le monde arabe, les recherches sur le lien entre trajectoire biographique et addiction restent encore limitées, bien que quelques travaux commencent à émerger. En Tunisie, une étude menée par Ben Amor et al. (2020) sur 45 patients en centre de désintoxication a révélé que 73 % d'entre eux avaient vécu au moins un événement de vie majeur avant l'apparition de l'addiction (deuil, divorce parental, violence), et que ces événements avaient un impact déterminant sur le type de substance consommée ainsi que sur la durée de la dépendance.

Plus particulièrement, en Algérie, une étude menée par Saoud et Boulebd (2018) au niveau du Centre de soins en addictologie de Constantine a permis de mettre en évidence que plus de 68 % des patients souffrant d'addictions avaient été exposés à au moins un traumatisme dans l'enfance, tel que des violences physiques, des conflits familiaux graves ou l'abandon parental. Cette recherche, fondée sur des entretiens cliniques et l'analyse de dossiers médicaux de 50 patients, montre que l'ancrage biographique des conduites addictives est particulièrement marqué dans les zones urbaines précaires.

En outre, Mehdaoui et al. (2019) ont étudié les trajectoires de jeunes consommateurs de psychotropes à Alger et ont mis en évidence un enchaînement d'événements marquants (échec scolaire, rejet familial, chômage, etc.) dans la construction progressive de l'addiction. Ainsi, Bendjama (2021), dans une enquête menée à Constantine, a quant à lui souligné l'importance des ruptures familiales dans le basculement vers la toxicomanie, en particulier chez les adolescents.

Tliba et al (2019), ont mené une étude à Bejaia il s'agit d'une recherche prospective descriptive de patients suivis au centre intermédiaire de soin en addictologie (CISA) sur une période de 18 mois (février 2018 - août 2019) portant sur des patients addicts. Cette étude rapporte l'existence de fracas de l'existence et de blessures de l'âme.

Ces études convergent vers l'idée que l'addiction ne peut être comprise indépendamment du parcours de vie de l'individu. Pourtant, peu d'études se sont intéressées aux récits de patients adultes hospitalisés en psychiatrie pour l'addiction. De même, la spécificité du vécu subjectif de patients algériens, dans leur rapport à la famille, à la société et à la souffrance psychique, reste peu explorée.

De plus, il n'existe pas à notre connaissance en Algérie de recherche ou de modalités de prise en charge intégrant le parcours de vie en addictologie.

C'est précisément cette lacune que notre étude souhaite combler, dont l'objectif est d'explorer et décrire le parcours de vie de patients adultes souffrant d'addiction, afin de mieux comprendre comment certaines trajectoires de vie peuvent conduire ou contribuer à l'installation d'une conduite addictive.

Par conséquent, l'objectif général de cette étude est d'explorer et décrire la trajectoire de vie de ces sujets. L'objectif secondaire étant de dépister un éventuel traumatisme, sans pour autant s'inscrire dans le registre de la causalité linéaire, car nous savons pertinemment que la psychopathologie, ici l'addiction, est un phénomène très complexe.

Pour la réalisation de notre recherche, nous avons choisi d'adopter une méthodologie qualitative fondée sur un récit de vie étayé par un entretien semi-directif, méthode qui permet de recueillir des données profondes sur l'histoire personnelle des sujets addicts, leur rapport aux substances, leur vécu et les événements marquants de leur trajectoire. Cet entretien a été complété par le questionnaire EVE, un outil permettant d'identifier et de mettre en lumière les événements marquants ayant jalonné leur parcours. Bien que notre étude ne porte pas spécifiquement sur les stratégies d'adaptation, nous avons pris en compte la deuxième partie du questionnaire, qui explore les réactions face aux événements traumatisants. Cela nous permettra d'enrichir notre compréhension du vécu psychique des sujets et du sens qu'ils donnent à leur histoire.

De ce fait, l'ensemble de cette démarche s'inscrit dans une approche intégrative, visant à identifier les configurations de parcours les plus fréquentes et le repérage des psychotraumas intriqués chez les patients adultes souffrant d'addiction pris en charge dans l'EHS de Oued

Ghir, dans la wilaya de Bejaia. Ce choix de terrain s'appuie sur la diversité des patients accueillis souffrant de troubles psychiatriques complexes, souvent associés à des problématiques addictives, ce cadre institutionnel permet un accès privilégié à des récits de vie riches et variés, que notre approche qualitative vise à explorer en profondeur.

A la suite de toute cette articulation menée autour du thème intitulé « *Etude qualitative du parcours de vie de patients adultes addicts aux substances psychoactives (SPAs) pris en charge au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia (Algérie)* », notre question et notre hypothèse sont formulées de la manière suivante :

Question

Les patients adultes addicts aux substances psychoactives pris en charge à l'EHS d'Oued Ghir rapporteraient-ils un parcours de vie marqué par des événements marquants ayant influencé leur trajectoire personnelle et leur addiction ?

Hypothèse

Oui, les patients adultes addicts aux substances psychoactives pris en charge à l'EHS d'Oued Ghir rapporteraient un parcours de vie marqué par des événements marquants qui ont influencé leur trajectoire personnelle et leur addiction.

Opérationnalisation des concepts clés

Sujet adulte addict

Personne âgée de 18 ans ou plus, diagnostiqué pour un trouble addictif, et présentant une consommation répétée de substances (licites ou illicites), telles que l'alcool, le tabac, le cannabis, ou les médicaments psychotropes, avec perte de contrôle et retentissement sur le fonctionnement personnel, familial, social ou professionnel.

Substances psychoactives

Il s'agit de l'identification des produits consommés par les sujets, tels que le cannabis, l'alcool, les psychotropes ou d'autres substances similaires, qui produisent des effets sur le cerveau et modifient l'état psychique, émotionnel ou comportemental des patients.

Hospitalisé à EHS d'Oued Ghir

Est considéré comme hospitalisé à l'EHS de Oud Ghir tout adulte addict, diagnostiqué pour un trouble addictif, admis pour un suivi médico-psychologique. Cette hospitalisation lui permet de sortir de son environnement habituel et de commencer un travail sur lui-même dans un cadre structuré.

Parcours de vie

Enchaînement des expériences et des événements marquants vécus par un individu dans différentes sphères (familial, sociale, scolaire, professionnelle, affective, etc.), perçus comme significatifs dans la construction de sa trajectoire personnelle. Dans cette étude, le parcours de vie est étudié à travers l'événement de vie marquant influençant la trajectoire personnelle, ainsi que les stratégies d'adaptation mises en place face à ces événements. Ce parcours de vie sera exploré grâce aux outils d'investigation mobilisés à cet effet.

Événement de vie marquant

Situation ponctuelle ou répétée vécu par la personne, ayant un impact subjectif important (Positif ou négatif), telle qu'un deuil, une séparation, un conflit, une maladie, une maltraitance ou un changement majeur.

Trajectoire personnelle

Cheminement individuel construit au fil du temps, incluant les décisions, les transitions, les ruptures et les évolutions qui marquent l'histoire d'un sujet et influencent son développement psychologique et social.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Aborder le thème de l'addiction à travers le parcours de vie exige une méthodologie à la fois rigoureuse et respectueuse de la singularité des récits recueillis. Il s'agit d'explorer des histoires souvent marquées par la souffrance, les ruptures et les tentatives de reconstruction, en tenant compte de la complexité des facteurs psychiques, sociaux et environnementaux. Une démarche qualitative s'avère donc essentielle pour saisir la subjectivité des sujets tout en respectant leur rythme, leur parole et leur dignité. Le choix de la méthode doit s'adapter aux caractéristiques du terrain, aux spécificités de la population étudiée, aux ressources disponibles et à la faisabilité de l'étude, afin d'assurer la validité des données et la pertinence des analyses.

Cette partie vise à présenter la démarche méthodologique adoptée pour répondre à la problématique de recherche. Nous allons en premier lieu exposer les limites rencontrées au long de la recherche, puis nous définirons la méthode utilisée. Nous allons ensuite présenter le lieu et le groupe sur lequel s'est fait notre étude, puis nous mettrons en avant : l'outil de recherche et son analyse. Aussi, nous évoquerons le déroulement de la pré enquête et de l'enquête en elle-même, l'attitude du chercheur, et enfin nous terminerons par les difficultés de la recherche, suivie d'une synthèse du chapitre.

1- Les limites de la recherche :

Toute recherche s'inscrit dans un cadre spécifique et délimité. En ce qui concerne la notre, elle se caractérise par les éléments suivants :

- **La limite spatiale :** notre recherche s'est déroulée au niveau du service psychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir dans la wilaya de Bejaia en Algérie.
- **La limite temporelle :** notre recherche s'est déroulée sur une période allant du 16 février au 02 avril 2025, cela correspond à la durée accordée par les instances concernées.
- **La limite du groupe :** notre étude a été menée auprès de 12 patients adultes présentant une conduite addictive aux substances.
- **Les outils de la recherche :** les outils mobilisés dans notre recherche pour la collecte des données sont un récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif, ainsi qu'un questionnaire d'événements de vie (EVE), ces outils vont permettre d'explorer

le parcours de vie et de comprendre ce qui a pu influencer le parcours de vie de nos sujets.

- **L'approche adoptée :** notre étude repose sur une approche intégrative, cela permettra d'explorer et de comprendre la trajectoire de vie de nos sujets, c'est-à-dire l'étude de leur parcours bien circonscrits.

Nous allons à présent présenter la méthode utilisée dans le cadre de notre recherche.

2- La méthode de recherche :

La recherche scientifique, c'est avant tout un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. En d'autres termes, la recherche scientifique se définit comme un processus systématique de collecte de données observables et vérifiables à partir du monde empirique (Paul, 2015, p.17).

De ce fait, le choix de la méthode de recherche constitue une étape cruciale dans tout travail scientifique, notamment dans notre domaine, la psychologie clinique, car il doit être en adéquation avec l'objet d'étude, ainsi qu'avec la posture de chercheur. Dans ce qui suit, nous présenterons notre démarche méthodologique, ainsi que les modalités mises en œuvre pour recueillir les informations nécessaires à notre étude.

Dès lors, La méthode de recherche peut donc se définir comme « *l'ensemble des procédures, des démarches précises adopter pour en arriver à un résultat. En science, la méthode est primordiale, et les procédures utilisés lors d'une recherche en déterminent les résultat* » (Angers, 2005, p.9).

En sciences humaines et sociales, on distingue généralement deux grandes approches méthodologiques. La méthode quantitative s'attache à démontrer des faits en quantifiant un phénomène. Le plus souvent, les résultats sont exprimés en données chiffrées (statistiques recueillies par des questionnaires, échelles de mesure...). La méthode qualitative s'attache à expliquer un phénomène, à lui donner une signification voire un sens. Les résultats sont exprimés en mots (analyse à la suite d'entretiens, observations cliniques...). La recherche qualitative va quant à elle s'attacher à comprendre des faits humains et sociaux en les considérant comme étant porteurs de significations véhiculées par des acteurs (sujets, groupes, institutions...), parties prenantes de relations interhumaines (Bioy et al., 2021, p. 25).

La méthode qualitative se définit généralement comme une démarche de recherche qui produit et analyse des données descriptives issues des discours écrits ou orales ainsi que des comportements observables dans leur contexte naturel. Elle repose sur une observation intensive des phénomènes sociaux, s'intéresse à des échantillons restreints mais étudiés en profondeur, et implique un contact direct avec les sujets.

En effet, les méthodes qualitatives visent d'abord à comprendre le phénomène à l'étude. Il s'agit d'établir le sens de propos recueillis ou de comportements observés. On se base davantage sur l'étude de cas ou de petits nombres d'individus (Angers, 2005, p. 60).

C'est dans cette perspective que s'inscrit notre propre démarche qualitative, fondée sur une approche clinique afin de mieux accéder au parcours de vie des sujets.

De plus, nous entendons par « *enquête qualitative de terrain* » la recherche qui implique un contact personnel avec les sujets de la recherche, principalement par le biais d'entretiens et par l'observation des pratiques dans les milieux mêmes où évoluent les acteurs. L'enquête est dite « qualitative » principalement dans deux sens : d'abord, dans le sens que les instruments et méthodes utilisés sont conçus, d'une part, pour recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images vidéo, etc.), d'autre part, pour analyser ces données de manière qualitative (c'est-à-dire en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentages ou en statistiques) ; l'enquête est aussi dite qualitative dans un deuxième sens, qui signifie que l'ensemble du processus est mené d'une manière « naturelle », sans appareils sophistiqués ou mises en situation artificielles, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages (Paillé & Mucchielli, 2016, p.6).

L'approche qualitative s'est donc révélée particulièrement adaptée dans le cadre de notre travail de recherche, dans la mesure où nous aspirons à une compréhension approfondie du parcours de vie des patients présentant une conduite addictive. Cette méthode permet en effet d'accéder à la subjectivité des individus, à la manière dont ils donnent sens à leurs expériences, ainsi qu'aux événements marquants qui ont jalonné leur trajectoire. Elle offre une lecture fine et contextualisée des réalités psychiques, en cohérence avec notre posture clinique et notre objectif de mise en lumière des dynamiques singulières propres à chaque patient composant notre groupe de recherche.

Ainsi, à chaque type d'étude correspondent des activités à mener pour obtenir des réponses fiables aux questions de recherche ou aux hypothèses. Le type d'étude décrit la structure utilisée selon qu'on vise à décrire des variables ou des groupes de sujets, à examiner

des relations entre des variables ou encore à vérifier des hypothèses de causalité (N'da, 2015, p. 24).

A ce titre, la méthode qualitative adoptée dans notre recherche s'inscrit dans une approche clinique. Dans ce contexte, nous avons retenu une étude de type exploratoire, visant à explorer et à décrire en profondeur les parcours de vie des patients adultes addicts. Ce type d'étude permet de mettre en lumière les événements marquants de leur trajectoire, sans chercher à établir de relations causales ni à généraliser les résultats.

Dans le cadre de notre recherche, et afin de vérifier notre hypothèse sur le terrain, nous nous sommes référés à la méthode clinique, dont l'objectif principal est de recueillir les renseignements nécessaires auprès de nos sujets. Cette approche nous a permis d'entrer en contact direct avec les sujets, de comprendre leur parcours, et de recueillir des données riches, en lien direct avec notre problématique.

Aussi, la méthode clinique c'est la méthode la plus utilisée en psychologie clinique, elle guide l'intervention du clinicien dans le cadre de la pratique et aussi dans la recherche dans le but de comprendre et expliquer certains comportements chez les sujets. La méthode clinique « *est une méthode particulière de compréhension des conduites 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 aux prises avec une situation déterminée* » (Sillamy, 2003, p.58).

En effet, la démarche clinique consiste à considérer le sujet (individu, groupe ou institution) dans sa singularité historique et existentielle pour l'appréhender dans sa totalité à travers une relation personnelle nouée avec lui. Cette démarche mène le chercheur à l'examen approfondi, à l'aide des méthodes qualitatives qui lui paraissent pertinentes, d'un cas individuel en situation (Mucchielli, 2009, p. 49).

Dans ce sens, l'étude de cas constitue l'une des méthodes fondamentales en psychologie clinique. Utilisée couramment dans la pratique clinique, elle trouve également toute sa place dans le champ de la recherche scientifique, en particuliers dans les études qualitatives et exploratoires. Dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons eu recours à la méthode de l'étude de cas, qui nous a permis d'examiner en profondeur chaque sujet, et de recueillir un maximum d'informations pertinentes en lien avec notre thématique.

Étudier un cas, « c'est bien le découper parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse (et non pas le laisser se présenter tel qu'il est : étudier n'est ni photographier ni raconter). On mesure alors les points de

convergences avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyser, transformer, faire apparaître...) » (Pedinelli & Fernandez, 2015, p.51).

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

C'est dans cet esprit que nous avons choisi de recourir à l'étude de cas, afin de mieux comprendre le parcours de vie des patients rencontrées.

De ce fait, l'étude de cas est une méthode cruciale pour toucher la subjectivité de sujet, et pourvoir comprendre la pathologie de ce dernier, ses origines, sa genèse et ses répercussions sur la vie personnelle, professionnelle, scolaire et familiale, car : « c'est une méthode qui permet l'analyse en profondeur des pensées, des sentiments, des croyances, des expériences, des comportements ou des problèmes d'un seul individu ou d'un regroupement d'individu » (Plotnik, 2007, p.22).

A cet effet, l'étude de cas s'inscrit pleinement dans notre méthodologie, car elle répond de manière pertinente à notre objectif de recherche, qui s'inscrit dans une approche clinique. Ce type de démarche offre une opportunité unique d'explorer en profondeur des phénomènes complexes, tels que les trajectoires de vie marquées par l'addiction. En se focalisant sur chaque cas de manière singulière, elle permet de saisir les dynamiques subjectives propres à chaque individu, en tenant compte de son histoire, de ses expériences, ainsi que des facteurs psychiques et sociaux qui ont influencé son parcours. Ainsi, l'étude de cas constitue un outil méthodologique particulièrement adapté pour comprendre la complexité du vécu des patients addicts et mettre en lumière la spécificité de chaque trajectoire.

En somme, dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons retenu la méthode clinique et l'étude de cas, intégrées à une démarche qualitative. Ce choix méthodologique nous a permis de vérifier notre hypothèse et d'atteindre notre objectif principal d'explorer en profondeur le parcours de vie des patients adultes addicts. Ce type de recherche exige rigueur

et discipline, tant dans la posture du chercheur que dans le processus de recueil et d'analyse des données, afin de garantir la validité et la pertinence des résultats obtenus.

Dans ce qui suit, nous procéderons à la présentation du lieu dans lequel s'est déroulée notre recherche.

3- La présentation du lieu de recherche :

Le lieu de notre recherche est l'Établissement Hospitalier Spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued-Ghir, situé dans la commune d'Oued-Ghir, dans la wilaya de Béjaïa, en Algérie. Inauguré le 23 août 2019, cet établissement a ouvert ses consultations psychiatriques le 2 novembre 2022, suivi par l'ouverture des services d'hospitalisation pour hommes et femmes le 12 mars 2023, et celle des urgences psychiatriques le 1er juin 2024. Né d'un projet initié en 2011 par la Direction de la Santé pour la création d'un hôpital psychiatrique de 120 lits sur une superficie de 4 hectares, l'EHS a été officiellement structuré par l'arrêté ministériel n°59 du 19 août 2019.

Aussi, ce centre de soins spécialisé est destiné à la prise en charge globale des patients présentant des troubles psychiatriques, en leur offrant surveillance, assistance et traitements adaptés. Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, diététiciens et autres professionnels de santé mentale.

De plus, l'établissement propose une gamme variée de services tels que des consultations ambulatoires, des hospitalisations, des soins de jour, des thérapies individuelles et de groupe, un service de pédopsychiatrie sans hospitalisation, un soutien social, ainsi que des services de réhabilitation et de réadaptation professionnelle. L'infrastructure moderne inclut notamment un service d'admission, des unités d'hospitalisation, un centre de thérapie, une bibliothèque, un espace extérieur, un parc de loisirs et un stade. Situé à proximité de la ville de Bejaia, l'hôpital est facilement accessible par route et transports en commun, et dispose d'un parking gratuit.

Ainsi, les différents blocs, dont ceux d'hospitalisation et d'activités pédagogiques, sont disposés face à des jardins avec une orientation nord-sud favorisant un éclairage naturel propice au bien-être des patients.

Nous avons retenu ce lieu car notre population d'étude y est disponible.

Après avoir présenté le lieu dans lequel s'est déroulée notre recherche, il est désormais indispensable de présenter, dans ce qui suit, le groupe de sujets ayant pris part à cette étude.

4- Le groupe de recherche :

Définir une population d'étude consiste à identifier et sélectionner les catégories de personnes que l'on souhaite interroger dans le cadre d'un travail de recherche. Dans notre étude, il s'agit de patients adultes présentant des troubles addictifs, hospitalisés au sein de l'établissement hospitalier Spécialisé en psychiatrie (EHS) d'Oued-Ghir dans la wilaya de Bejaia.

La participation des sujets impliquait une attention particulière portée à l'éthique, conformément au premier principe du code de déontologie des psychologues chercheurs. Ainsi, chaque sujet a donné son consentement libre, éclairé et formulé par écrit, après avoir pris connaissance d'une lettre d'information expliquant notre thème de recherche et notre objectif (voir annexes n°6). Tous ont accepté de façon volontaire, sans crainte ni pression, de prendre part de cette étude.

De plus, les entretiens ont été réalisés dans le respect strict de la confidentialité dont l'anonymat des sujets a été entièrement préservé, et des prénoms fictifs ont été attribués pour garantir leur identité, conformément aux exigences éthiques de la recherche en psychologie clinique.

Notre travail de recherche repose sur une méthode d'enquête menée auprès de douze patients hommes adultes. La sélection des sujets s'est effectuée en respectant des critères rigoureux d'inclusion et d'exclusion, que nous résumons comme suit :

4-1 Critères d'inclusion :

Pour notre étude, nous avons retenu certains critères que nous avons jugés pertinents et adaptés à notre thématique de recherche, à savoir :

- Etre âgé de 18 ans ou plus (âge adulte défini selon l'Organisation Mondiale de la Santé). Etant donné que notre recherche porte sur des sujets adultes.
- Etre hospitalisé au sein de l'ESH d'Oued-Ghir pour un trouble liée à l'usage de substances psychoactives (SPAs), dont le diagnostique a été posé par un professionnel de la santé mentale.
- Etre de sexe masculin (ce critères est lié aux conditions d'accès sur le terrain : durant notre recherche au sein de l'établissement d'Oued Ghir, seuls des patients de sexe masculin étaient disponibles).

- Etre cliniquement apte à participer à cette étude selon l'évaluation du médecin surtout que l'entretien peut mobiliser des émotions fortes.
- Avoir exprimé un consentement libre et éclairé.

Nous n'avons pas restreint notre étude à un type spécifique d'addiction : toutes les conduites addictives impliquant des substances psychoactives (alcool, cannabis, psychotropes, etc.).

4-2 Critères d'exclusion :

Ces critères ont été établis afin d'écarter les profils ne répondant pas aux objectifs de notre étude.

- Etre âgé moins de 18 ans.
- Présentant un autre trouble d'addiction non lié à l'usage de substances psychoactives (SPAs).
- Etre de sexe féminin.
- Ne pas être cliniquement apte à participer à un entretien.
- Refus de participation.

Le critère d'exclusion basé sur le genre n'est pas lié à un choix méthodologique, mais une contrainte de terrain, durant notre période de pré-enquête, aucune femme souffrant d'addiction n'était hospitalisée dans l'établissement, ce qui nous a amenées à constituer un groupe exclusivement masculin.

Il convient également de préciser que certains paramètres sociodémographiques n'ont pas été retenus comme critères de sélection. En effet, notre étude n'a pas pris en considération le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, la région d'origine, la langue parlée ou encore la condition socio-économique des sujets. Bien que certains puissent influencer les trajectoires de vie, ces éléments n'ont pas été retenus dans la constitution de notre groupe car notre objectif étant de recueillir les récits de vie autour de l'expérience subjective de l'addiction.

Le tableau synthétique ci-après présente les principales caractéristiques des sujets, notamment leurs prénoms (que nous avons changés volontairement pour l'éthique de la recherche), leurs âges, leurs situations matrimoniales, leur niveau d'instruction, leur profession, le type de substances psychoactives (SPAs), âge du début de consommation et la durée d'hospitalisation.

Tableau N° 01 : Caractéristiques du groupe de recherche

Prénom	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Types de Substances psychoactives	Age du Début de consommation	Durée D'hospitalisation
Saïd	24 Ans	Célibataire	Etudes supérieures	e-commerce	Alcool Cannabis	19 ans	2 Mois
Achref	42 Ans	Dévoré	Moyenne	Agent de sécurité	Alcool Cannabis Lyrica	18 ans	1 Mois et demi
Mohamed	28 Ans	Célibataire	Moyenne	Agent de sécurité	Cannabis Psychotropes	20 ans	2 Mois
Karim	27 Ans	Célibataire	Moyenne	Mécanicien	Cannabis Lyrica	14 ans	15 jours
Mehrez	19 Ans	Célibataire	Moyenne	Employé	Cannabis	13 ans	1 mois
Ishak	52 Ans	Célibataire	Primaire	Agent de nettoyage	Alcool cannabis	14 ans	2 mois
Yacine	59 Ans	Marié	Primaire	Agent de Sécurité	Psychotropes Cannabis	17 ans	24 jours
Mourad	25 Ans	Célibataire	Moyenne	Ouvrier	Alcool Cannabis Lyrica	16 ans	1 mois
Hani	43 Ans	Célibataire	Secondaire	Agent administratif	Psychotropes	17 ans	2 mois
Hossem	31 Ans	Célibataire	Etudes supérieures	Chercheur	Psychotropes	19 ans	1 mois
Anouar	33 Ans	Célibataire	Moyenne	Employé	cannabis	20 ans	1 mois
Rachid	43 Ans	Célibataire	Secondaire	Mancœuvre	Alcool cannabis	16 ans	15 jours

(Source : Elaboré par nous-mêmes)

À partir du tableau ci-dessus, nous constatons que notre groupe de recherche est composé de douze hommes adultes. Leur âge varie de 20 à 52 ans, ce qui témoigne d'une diversité générationnelle au sein de l'échantillon.

Les caractéristiques personnelles et cliniques diffèrent d'un sujet à l'autre. En effet, on observe une variabilité notable au niveau de la situation matrimoniale (célibataires, mariés, divorcés), du niveau d'instruction (du primaire au supérieur), de la situation professionnelle (chômage, travail précaire ou activité stable), ainsi que du type de substance consommée (alcool, cannabis, psychotropes, polyconsommation).

De plus, l'âge du début de consommation ainsi que la durée d'hospitalisation varient également, traduisant des parcours d'addiction singuliers, marqués par des contextes de vie et des expériences subjectives différents.

Bien que cela puissent constituer des facteurs importants, l'objectif de notre étude et aléas du terrain, nous ont amené à composer ce groupe.

Nous allons à présent aborder les outils méthodologiques mobilisés dans le cadre de notre recherche.

5- Les outils de recherche :

Nous avons fait le choix de recourir à un entretien et questionnaire EVE, ce dernier permet d'objectiver les données cliniques, tandis que l'approche qualitative (entretien et étude de cas) permet d'accéder à la complexité et à la richesse de la clinique et d'intégrer ainsi une compréhension globale du parcours de vie des sujets addicts.

5-1 Le Récit de vie :

Le récit de vie constitue un outil de recherche qualitative visant à recueillir des informations approfondies sur l'expérience vécue d'un individu. De plus en plus mobilisée dans les sciences humaines et sociales, cette méthode trouve également sa place dans divers champs disciplinaires tels que la psychologie, la sociologie, l'histoire ou encore l'anthropologie.

Comme le souligne Daniel Bertaux (1997), le récit de vie permet de reconstruire une histoire personnelle en mettant en lumière les ruptures, les tournants biographiques et les significations subjectives que le sujet attribue à ses expériences. Il ne s'agit pas simplement d'un témoignage, mais d'un mode de mise en sens des événements marquants, dans lequel la parole devient un outil d'élaboration psychique (Bertaux, 1997).

Dans cette logique, d'autres auteurs ont également montré l'intérêt du récit de vie pour mieux comprendre la complexité des parcours.

C'est le cas de Demazière et Dubar (1997), qui précisent que cette méthode permet d'accéder à une vision globale du sujet, en prenant en compte les dimensions sociales, affectives et identitaires de son parcours. Cela est particulièrement pertinent dans des problématiques comme l'addiction, où les récits sont souvent marqués par des ruptures, voire des traumatismes. Le récit de vie devient alors un outil clinique précieux pour faire émerger des éléments parfois enfouis ou difficilement exprimés à travers des questionnaires classiques.

Dans le même esprit, une autre approche, proche du récit de vie, vient compléter cette démarche.

Jean-Claude Kaufmann (1996) parle en effet de l'entretien compréhensif, qui, même s'il ne relève pas directement du récit de vie, en partage plusieurs principes. Il s'agit d'un entretien souple et ouvert, qui favorise l'expression libre du sujet sur son vécu, ses représentations, ses ressentis et ses conflits intérieurs. Cette posture compréhensive est particulièrement adaptée à l'exploration de thèmes sensibles comme l'addiction, où il ne s'agit pas seulement de recueillir des faits, mais de comprendre la manière dont la personne vit et interprète son histoire.

Cette approche vient donc enrichir notre dispositif méthodologique, en offrant un cadre d'écoute souple et respectueux, particulièrement adapté à la délicatesse des récits autour de l'addiction et de la souffrance psychique.

Le récit de vie peut se définir comme « *une recherche et une construction de sens à partir de faits temporels personnels* » (Pineau et LeGrand, 2013, cité par Tizian, 2019, p.09). Nous pouvons alors dire que le récit de vie favorise le partage d'expériences personnelles, ce qui permet aux participants de se situer à la fois dans le groupe et dans les différentes sphères qui les entourent, telles que la sphère familiale, professionnelle, sociale, et ainsi de suite (Tizian, 2019, p.09).

Ainsi, nous avons eu recours à la méthode du récit de vie, car elle se prête particulièrement bien à l'analyse d'un phénomène dans sa dimension temporelle. Dans le cadre de notre recherche, elle permet de retracer l'évolution des trajectoires individuelles, en mettant en lumière les événements marquants qui ont jalonné la vie des sujets concernées par des troubles addictifs.

Par ailleurs, le récit de vie est fondamentalement une expérience subjective, individuelle et sociale, centrée sur l'histoire d'une personne, quand bien même le travail se fait en groupe. Il n'est pas l'objet de l'analyse contrairement aux récits de vie collectifs qui sont proches des « récits de pratiques ». Ils concernent l'histoire que se racontent les membres d'un groupe institué sur sa vie commune (Gaulejac et Legrand, 2008, p.17).

En effet, le récit de vie est avant tout une expérience subjective, individuelle et sociale, centrée sur l'histoire singulière d'une personne. Il met en valeur le point de vue propre à chaque individu, en lui donnant la possibilité de raconter son parcours personnel tout en prenant en compte le contexte social dans lequel il s'inscrit. Cette méthode reconnaît que chaque individu possède une expérience unique, façonnée par sa propre perception et interprétation des événements vécus. L'objectif n'est pas de généraliser les résultats à un groupe donné, mais bien d'explorer la singularité de chaque trajectoire de vie.

Gaulejac avance que : « L'expérience vécue est plurielle, infinie, insaisissable. La dimension existentielle ouvre sur une écoute de la complexité. La vie est multiforme entre la vie personnelle, intime, jusque dans les profondeurs de l'intrapsychique, la vie telle qu'elle est éprouvée dans les sentiments, les émotions, mais aussi la vie familiale, la vie au travail, la vie sociale. La vie humaine est une totalité. Les disciplines scientifiques ont découpé cette totalité. Le récit la recompose, à sa manière. Un récit de vie parle de tout cela en même temps en débordant tous les découpages en termes de catégories ou de disciplines. » (Gaulejac, 2020, p.106).

Bertaux (1997) considère « qu'il y a du récit de vie dès lors qu'un sujet raconte à une autre personne, chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécue ». Pour ce dernier, en sciences sociales, « le récit de vie résulte d'une forme particulière d'entretien, l'entretien narratif, au cours duquel un chercheur (...) demande à une personne ci-après dénommée « sujet », de lui raconter tout ou une partie de son expérience vécue ». Wacheux définit pour sa part la méthode biographique comme « l'analyse d'un récit par un acteur sur des événements qu'il a vécus. Le discours est provoqué par le chercheur. L'acteur reste libre de la formulation des faits et des interprétations qu'il en donne » (Sanséau, 2005, p.38).

Ainsi, la méthode du récit de vie nous permet de mieux comprendre et d'appréhender le parcours existentiel de nos sujets, en mettant particulièrement l'accent sur les événements marquants qui ont jalonné leur histoire. Elle offre un accès direct à l'expérience vécue des participants et à la trace laissée par ces événements dans leur mémoire. En mobilisant cette approche, nous sommes en mesure de donner une voix à nos participants, non pas en nous

focalisant uniquement sur des éléments extérieurs tels que leurs œuvres ou leurs productions, mais en nous intéressant à la façon dont ils ont vécu certains événements et à l’empreinte durable que ceux-ci ont laissée dans leur trajectoire.

Le récit de vie permet d’explorer la subjectivité de chaque individu en offrant une perspective unique sur son vécu, au-delà des simples faits biographiques. En comprenant plus finement les défaites, les réussites, les échecs, les bouleversements ou encore les moments de transformation vécus par une personne, nous sommes mieux à même de saisir le sens de son parcours et d’identifier les influences qui ont façonné son évolution, notamment en lien avec les troubles addictifs étudiés.

L’analyse de ces récits, de ces témoignages et de ces souvenirs permet d’approfondir notre compréhension des effets que les événements marquants peuvent avoir sur la vie d’un individu. Elle nous aide à saisir comment ces événements viennent transformer, parfois radicalement, le cours d’une trajectoire. En d’autres termes, cette méthode invite chaque sujet à revisiter son passé et à se définir à travers sa capacité à construire sa propre version de l’histoire un équilibre entre ce qui a été transmis et ce qui a été vécu de manière personnelle. Cette démarche se situe ainsi entre une approche rigoureuse d’analyse et une forme narrative qui rend compte des émotions, des ruptures, des choix et des significations produites au fil du temps.

En psychologie, Legrand (1993, p. 182) conçoit le récit de vie comme « *la narration ou le récit, écrit ou oral, par la personne elle-même de sa propre vie ou de fragments de celle-ci* ». Par ailleurs, le psychologue distingue l’histoire de vie, la vie ou l’histoire elle-même, à caractère objectif, du récit de vie, la « *recomposition narrative de cette vie, ou de cette histoire* » (Legrand 1993, p. 179, cité par Burrick, 2010, p.03). Le récit de vie est bien la technique de recueil de données et l’histoire de vie, la forme littéraire du travail de ce matériau. (Burrick, 2010, p.03).

A cet effet, le récit de vie est tout d’abord une rencontre entre deux personnes, où l’un raconte un bout de son histoire à l’autre, un passage, un événement ou toute son histoire. Dans le monde thérapeutique ou de la recherche, il est aussi cette rencontre, où celui qui raconte est le sujet ou le cas, dans un contexte d’un entretien dit narratif provoqué par cette deuxième personne qu’on peut dénommée chercheur, thérapeute ou autre, tels que sociologue, historien, etc. « Le récit de vie est ainsi co-construit. Il est un processus qui se déploie dans la rencontre avec au moins un autre. » (Coopman et Janssen, 2010, cité par Tizian, 2019, p.07).

Aussi, pour que l'individu émerge comme sujet, il lui faut revisiter son histoire. Le sujet s'affirme dans sa capacité à construire sa propre version du passé, entre l'histoire transmise et l'histoire vécue. À mi-chemin entre le travail de l'historien, fondé sur la rigueur et la raison, et celui du conteur, qui embellit ou dramatise la réalité pour rendre compte des passions, des sentiments et des émotions de l'existence, ce travail du sujet le conduit à devenir l'auteur de l'histoire de sa vie (Boszormenyi-Nagy, 1973, cité par Gaulejac, 2020, p.14). Dans ce sens, le sujet qui raconte nous donne « sa version à la fois singulière et sociale de vivre son humanité » (Leray, 2000, p.04).

En d'autres termes, il est essentiel que le sujet revisite son passé, car c'est à travers cette relecture qu'il se construit. Le récit de vie permet justement cette réappropriation : en racontant son histoire, l'individu ne se contente pas de relater des faits, il leur donne du sens. Cette démarche implique une mise à distance, une sélection, une interprétation des événements vécus. Elle suppose aussi une rencontre avec un autre – chercheur, thérapeute, ou simplement un interlocuteur attentif – qui accueille cette parole et la soutient. C'est dans cet échange que le récit prend forme, qu'il devient un outil de compréhension de soi, mais aussi un acte de subjectivation. Le sujet devient ainsi l'auteur de son propre parcours, entre ce qu'on lui a transmis et ce qu'il a traversé, entre la mémoire collective et son expérience intime.

De plus, les récits de vie sont dotés d'un fort pouvoir d'intelligibilité car ils permettent de faire émerger le sens que les acteurs accordent à leurs actions en stimulant notamment leur capacité réflexive. Les récits de vie et leur analyse peuvent également constituer un media pour faire prendre conscience à une personne des ressources construites au cours de sa trajectoire dans une visée émancipatrice et en ce sens constituer des catalyseurs pour l'action. (Fiorelli et al., 2020, p.03).

En effet, il peut être difficile d'utiliser la méthode du récit de vie avec des individus souffrant de troubles psychiques importants. Néanmoins, en ciblant et en sensibilisant une population spécifique à cette approche, qui rencontre des difficultés relatives, il est possible de les aider à déconstruire leurs propres récits, à mieux comprendre leur parcours et les difficultés qui y sont associées.

On comprend alors que les récits de vie possèdent une capacité remarquable à rendre les parcours humains plus intelligibles, dans la mesure où ils mettent en lumière le sens que les individus attribuent à leurs actions et à leurs expériences. En favorisant l'introspection et la réflexion, ils permettent aux personnes de prendre conscience de leur cheminement. Par

ailleurs, l'analyse de ces récits peut également jouer un rôle révélateur : elle aide les sujets à identifier les ressources qu'ils ont mobilisées au fil du temps, et peut ainsi contribuer à renforcer leur pouvoir d'agir. Dans cette perspective, le récit de vie ne se limite pas à une narration du passé ; il devient un levier d'émancipation, un déclencheur de transformation personnelle.

De plus, réduire les récits de vie à un simple outillage pour la compréhension des phénomènes sociaux serait toutefois bien réducteur. Car cette technique est également couramment mobilisée dans les pratiques professionnelles qui se réclament de l'accompagnement ou de la formation. Sous le terme 'histoire de vie', le recueil et l'analyse de récits de vie permettent de rechercher et de construire du sens relatif à des faits temporels individuels. Ils sont alors conçus comme des outils pour orienter l'action et penser le futur. (Fiorelli et al., 2020, p.03).

Issue de l'histoire et de la sociologie, la méthode des « récits de vie » permet de répondre de façon adéquate à des exigences scientifiques de rigueur et d'approfondissement de la connaissance (Sanséau, 2005, p.33). Ainsi, il ne saurait suffire de simples arguments pour justifier le choix du récit de vie comme outil de recherche : c'est avant tout la richesse qualitative de cette méthode qui en fait un dispositif particulièrement pertinent pour notre étude. En effet, elle permet de recueillir en profondeur des informations essentielles sur le parcours et la trajectoire de vie de nos sujets, tous concernés par un trouble addictif. Notre objectif principal est d'explorer et de mieux comprendre ces parcours, à travers les expériences vécues, notamment les événements marquants ou traumatiques qui jalonnent leur histoire. Le récit de vie offre aux participants un espace d'expression privilégié, leur permettant de mettre en mots des fragments significatifs de leur vécu. En parallèle, il donne au chercheur les moyens d'accéder à une compréhension plus fine, plus humaine et plus nuancée de leur trajectoire.

Ce type d'entretien est utilisé pour saisir des trajectoires, des parcours de vie, afin de replacer la question à explorer dans un contexte plus large. On peut alors recueillir la dynamique des choix individuels et des éléments biographiques (individuels, sociaux, sociétaux) qui ont concouru à ces choix et les inscrire dans une diachronie. Cette méthode offre toutes les possibilités d'atteindre l'idéal proposé par Max Weber (1998), à savoir l'attitude compréhensive, visant à saisir le « sens subjectivement visé » des acteurs sociaux ou de saisir leurs raisons d'agir (Boudon, 2003, cité par Sauvayre, 2013, p.11).

Enfin, le récit de vie nous permet ainsi d'interroger le sens que revêt la consommation de substances psychoactives, un sens singulier et propre à chacun. Le récit de vie est particulièrement bien adapté à l'étude des trajectoires lorsqu'il est orienté vers la description d'expériences vécues personnellement dans des contextes bien précis.

En complément de la méthode des récits de vie, nous avons choisi de recueillir ces récits de manière structurée à l'aide d'une grille d'entretien élaborée spécifiquement pour notre recherche. Cette approche nous permet de guider l'échange tout en laissant place à la spontanéité du récit. Dans ce qui suit, nous présenterons l'entretien clinique en tant qu'outil de recherche, en soulignant ses spécificités méthodologiques et son intérêt dans l'exploration des parcours de vie en contexte d'addiction.

5-2 L'entretien de recherche :

Comme mentionné précédemment, nous avons choisi d'utiliser le récit de vie comme outil principal de recueil des données dans le cadre de notre recherche. Notre objectif étant d'explorer les parcours de vie de personnes présentant une addiction aux substances psychoactives (SPAs), en accordant une attention particulière aux événements marquants ayant ponctué leur histoire personnelle. Dans cette perspective, nous avons décidé d'enrichir le dispositif du récit de vie par un entretien de recherche structuré, qui nous a semblé pertinent pour répondre de manière plus précise à nos objectifs et pour mieux appréhender les dimensions subjectives, sociales et biographiques des parcours étudiés.

En effet, ce type d'entretien permet non seulement une approche qualitative en profondeur, mais favorise également l'établissement d'un climat de confiance avec le sujet. Cette relation de confiance est essentielle pour permettre au sujet d'exprimer, de la manière la plus libre et authentique possible, son ressenti face aux situations vécues. Ce ressenti, lorsqu'il est sincèrement partagé, constitue une donnée précieuse qui renforce la richesse et la fiabilité de notre étude.

Tout d'abord, le Petit Robert définit le terme entretien comme une : « action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes » (Le Petit Robert, cité dans Chiland, 2013, p.1).

Cette définition générale constitue une base utile, mais dans le cadre de notre recherche en psychologie clinique, il convient de s'intéresser à une forme spécifique : l'entretien clinique de recherche.

Par la suite, l'entretien clinique de recherche, le terme «clinique», dérive du grec Kline («lit», c'est-à-dire l'entretien au chevet du patient), fait référence à trois aspects particuliers : 1) l'inscription dans le domaine des compétences professionnelles du clinicien, 2) une attitude clinique particulière relevant autant d'une conception méthodologique axée sur la connaissance détaillée de l'individu que d'une approche éthique d'un sujet en détresse, et 3) les compétences cliniques et pratiques de la personne qui conduit l'entretien de recherche. Choisir l'entretien clinique de recherche en psychologie clinique et en psychopathologie s'inscrit dans une certaine position épistémologique qui estime que la saisie de l'expérience subjective est indispensable à l'élaboration des connaissances dans ce champ. Il présume au surplus qu'elle peut être abordée avec une rigueur tout à fait scientifique, et cette position se distingue en cela des schémas positifs pour lesquels cette conception est peu ou pas objectivable de manière rationnelle (Chahraoui, 2021, pp.179-196).

C'est précisément cette visée clinique, attentive à la singularité du sujet, qui nous a semblé pertinente dans notre étude, dont l'objectif est de comprendre en profondeur le parcours de personnes en situation d'addiction.

En psychologie clinique, l'entretien de recherche est reconnu comme une méthode essentielle de production de données, permettant d'explorer l'expérience subjective du sujet. A ce propos, « *Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande* » (Chahraoui, Bénony, 2003, pp.141-142).

Cela rejoint notre propre posture, dans laquelle nous n'intervenons pas en tant que thérapeute, mais en tant que chercheur, à l'écoute du récit de vie de nos sujets, avec l'intention de produire une compréhension plus fine du lien entre leur parcours et leur addiction.

De plus, ce qui a encouragé l'adoption de l'entretien dans notre étude, c'est son adéquation avec notre objectif. En effet « *Le chercheur peut avoir recours à cet outil lorsqu'il possède peu d'informations sur sa thématique. Dans ce cas l'entretien répond à un usage exploratoire permettant d'étayer sa connaissance et formuler sa problématique ou ses hypothèses* » (Barbillon, Le Roy, 2012, p. 9).

Dans notre cas, l'entretien semi-directif nous a permis non seulement de recueillir des récits de vie riches, mais aussi de mieux cerner les trajectoires individuelles dans leur complexité, ce qui aurait été difficilement possible par d'autres moyens.

Par ailleurs, Benedetto en 2007 avance : « au cours de l'entretien lui-même, le chercheur note les attitudes corporelles, les gestes et les mimiques, les inflexions de la voix, les silences, les hésitations, les éventuels tremblements des membres et de la voix, etc. » (Benedetto, 2007, p. 27). La première disposition de l'esprit scientifique est d'avoir le sens de l'observation. Être observateur ou observatrice. L'observation consiste à examiner avec soin un aspect ou un autre de la réalité. Toute science est orientée vers la vérification de ses suppositions dans la réalité, d'où la nécessité de son utilisation (Angers, 2014, p.5).

Ces éléments non verbaux ont d'ailleurs joué un rôle important dans notre recueil de données, notamment lorsqu'ils révélaient une émotion difficile à verbaliser ou un souvenir douloureux.

L'observation, aussi représente une autre technique que le chercheur fera mieux de jumeler dans le but de recueillir les informations essentielles qui enrichissent sa recherche, elle est définie comme étant : « l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue » (Pardinielli & Fernandez, 2021, p. 163).

Au cours de nos entretiens, une attention particulière a été portée aux éléments non verbaux, posturaux et contextuels susceptibles d'éclairer la parole des sujets. Sans constituer une technique autonome à part entière, l'observation s'est naturellement intégrée à notre posture de chercheur clinicien, en accompagnement de la démarche d'entretien. Elle a permis de saisir certaines nuances dans l'expression émotionnelle, les silences, les hésitations ou les réactions corporelles, autant d'éléments précieux dans l'analyse de discours. Ces données ont été consignées de manière discrète et respectueuse dans un support personnel destiné uniquement à l'analyse, sans interférer dans la relation avec le sujet.

Il existe généralement trois formes principales d'entretiens utilisés en psychologie clinique dans une recherche qualitative :

- **L'entretien non-directif** : le clinicien-chercheur adopte l'attitude non directive et n'intervient pas sur le cours du discours du sujet.

- **L'entretien directif** : ne peut être considéré comme un entretien clinique puisque sa forme est préalablement déterminée, par le chercheur, en fonction de ses hypothèses.
- **L'entretien semi-directif** : l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers.

Le clinicien chercheur a donc recours à un guide thématique (Fernandez & Pedinielli, 2006, p. 50).

Dans cette étude, nous avons retenu l'entretien de type semi-directif pour plusieurs raisons en lien direct avec notre thématique. Ce type d'entretien permet de recueillir des données riches, nuancées et profondes, en laissant aux sujets la possibilité de s'exprimer librement sur leurs expériences personnelles, leurs perceptions subjectives et leurs émotions.

Il offre également une flexibilité dans la conduite d'entretien, autorisant des relances et des ajustements en fonction des réactions du sujet, ce qui est essentiel lorsqu'on aborde des parcours de vie marqués par la souffrance. En favorisant une interaction plus humaine et moins formelle entre le chercheur et le sujet, l'entretien semi-directif contribue à instaurer un climat de confiance, propice à l'expression de contenus sensibles souvent liés à l'intimité, aux ruptures, aux traumatismes ou à l'addiction. Ainsi, ce type d'entretien permet une meilleure compréhension du parcours de vie des patients addicts.

De plus, les entretiens semi-directifs, quant à eux, cadrent davantage le discours du sujet. Ici, le chercheur conduit la réflexion de ce dernier afin qu'il s'exprime librement sur des thématiques préalablement définies. Le discours ainsi obtenu permet d'affiner le niveau de connaissance initial de la thématique qui, après traitement qualitatif ou quantitatif, permettra de répondre à la problématique et de tester les hypothèses (Barbillon, Le Roy, 2012, p. 15).

Ainsi, Blanchet et Gotman (2010) qualifient l'entretien semi-directif de méthode à la fois structurée et ouverte, fondée sur un guide d'entretien qui encadre le dialogue sans le rigidifier. Selon eux, ce type d'entretien peut parfaitement intégrer des éléments du récit de vie, notamment lorsque l'objectif est de reconstruire un parcours vécu à travers la parole. Cette flexibilité méthodologique permet d'adapter le cadre de l'entretien à la dynamique du récit, en laissant émerger les thématiques pertinentes selon la temporalité et la sensibilité du sujet (Blanchet & Gotman, 2010).

Ces entretiens de type récit de vie ont permis une narration subjective de fragments de vie de nos sujets.

En somme, cette démarche nous a ainsi permis de recueillir des récits riches et singuliers, offrant une compréhension approfondie des parcours de vie de ces sujets.

Dans l'entretien semi-directif, le chercheur utilise un guide d'entretien, c'est-à-dire une trame thématique souple, construit en fonction des objectifs de la recherche. Ce guide permet d'orienter l'échange sans en figer le contenu, en laissant au sujet la possibilité de s'exprimer librement sur les sujets abordés.

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

De plus le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le chercheur prépare quelques questions à l'avance, celles-ci ne sont pas proposées de manière directive, il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (Benony & Chahraoui, 1999, p.69).

Par ailleurs, l'interviewer aborde l'entretien semi-directif avec un guide qui dresse la liste des sujets que l'interviewé doit aborder. Lorsque ce dernier n'évoque pas spontanément un thème figurant dans le guide d'entretien, l'interviewer l'invite à en parler. À l'intérieur de chaque thème, l'interviewé s'exprime librement (Hervé, 2015, p. 14).

Dans ce cadre la consigne de notre guide d'entretien est : « *Bonjour, je suis étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'université de Bejaia, je mène une recherche dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude sur « Le parcours de vie des patients adultes souffrant d'addiction aux substances psychoactives pris en charge au sein de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir, dans la wilaya de Bejaia ».* Par cette investigation, je cherche à mieux comprendre votre trajectoire personnelle, les événements marquants de votre vie, ainsi que les facteurs ayant influencé l'émergence et l'évolution de votre addiction. Cette étude est complètement anonyme et notre entretien sera confidentiel. Il s'agit donc d'un entretien semi-directif, ce qui signifie que je vais vous poser des questions sur différents aspects de votre vie (familiale, professionnelle, sociale, affective, santé, etc.), mais vous êtes libre de raconter votre expérience à votre manière. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, l'important est que vous puissiez vous exprimer librement sur votre vécu et votre ressenti. Je suis consciente qu'il n'est pas facile d'aborder des événements de

vie aversifs, ni de revenir sur votre biographie générale. Sachez toutefois que toutes les informations recueillies seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche. Merci pour votre participation ». (Élaborée par nous-mêmes).

Le type d'entretien semi-directif retenu dans notre démarche nous a permis d'élaborer un guide d'entretien, utilisé comme outil principal de recueil des données. Ce guide a été conçu en cohérence avec les objectifs de notre recherche qualitative, centrée sur l'exploration des parcours de vie de patients addicts. Il se compose de quinze questions ouvertes, organisées autour de plusieurs thématiques essentielles à la compréhension de la trajectoire personnelle et addictive des sujets afin de laisser le plus largement possible la parole aux interrogés, à leur vécu et au sens donné à leur addiction, nous ayant réduit le plus possible le nombre de questions.

Tout d'abord, l'entretien a débuté par une série de 6 questions portant sur les informations personnelles du sujet (âge, fratrie, niveau d'instruction, situation matrimoniale, activité professionnelle), afin de mieux contextualiser chaque parcours de vie et situer le sujet dans son environnement familial, éducatif et social. Ces questions correspondent au premier axe du guide d'entretien.

Par la suite, une série de 8 questions a été posée afin d'aborder les éléments majeurs de la trajectoire de vie : l'enfance, les relations familiales, les changements de mode de vie, la scolarité, le parcours affectif, social et professionnel, ainsi que les événements marquants. L'objectif étant de reconstituer le parcours de vie de sujet dans sa globalité, et d'identifier les expériences de rupture, de vulnérabilité ou de souffrance ayant pu jouer un rôle dans l'installation du trouble addictif. Ces questions constituent le deuxième axe du guide, centré sur l'histoire de vie.

Enfin, une question principale a été spécifiquement consacrée à la relation à l'addiction, invitant le sujet à évoquer sa première consommation, son évolution ainsi que son vécu personnel, suivie d'une question de clôture permettant au participant d'ajouter tout élément qu'il jugeait important. L'objectif étant d'explorer la manière dont l'individu perçoit sa propre consommation, d'en retracer l'histoire subjective, et de mieux comprendre le sens qu'il attribue à sa dépendance. Ce dernier ensemble forme le troisième axe du guide d'entretien.

Ce guide d'entretien a été conçu comme une trame souple, permettant de structurer les échanges tout en laissant une large place à la spontanéité du récit, dans le respect du rythme et

de la parole du sujet. Il a servi de support à l'ensemble des entretiens réalisés dans le cadre de notre étude.

De ce fait, les entretiens ont été réalisés dans le bureau du psychologue au sein de l'établissement. Chaque sujet a été reçu individuellement pour un entretien semi-directif d'une durée moyenne d'environ une heure, mené par nos soins. Ces entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide préalablement élaboré, construit à partir des éléments issus de la revue de la littérature et des observations recueillies lors de notre pré-enquête.

Cette approche nous a permis de restituer une vision globale et nuancée des trajectoires individuelles, en identifiant les grandes thématiques récurrentes, les événements marquants, les ruptures, mais aussi les dynamiques subjectives singulières. Elle s'est révélée particulièrement adaptée à notre objectif, dans la mesure où elle permet une lecture approfondie et contextualisée des parcours de vie.

Pour l'analyse des données issues de nos entretiens, nous avons opté pour une approche qualitative, en cohérence avec la nature même de notre démarche méthodologique. Ce type d'analyse consiste à examiner attentivement le contenu des récits recueillis, afin de faire émerger les éléments significatifs en lien avec notre problématique de recherche. Il ne s'agit pas de quantifier les réponses, mais de comprendre la manière dont chaque sujet construit le sens de son parcours de vie, à travers ses expériences, ses ressentis et ses représentations.

Après avoir présenté l'entretien de recherche comme premier outil de recueil de données, nous abordons désormais le second outil utilisé dans cette étude.

5-3 Le questionnaire d'événements de vie EVE (Ferrerri & Vacher 1985) :

Tout d'abord, l'objet de cette recherche étant centré sur l'exploration du parcours de vie de patients adultes présentant une addiction, il était nécessaire de disposer d'un outil capable de reconstruire l'histoire personnelle des sujets de notre étude dans ses différentes dimensions (familiale, sociale, affective, professionnelle, médicale, etc.).

Dès lors, la Grille d'Événements de Vie élaborée par Ferrerri et Vacher (1985) a été retenue car elle permet une exploration structurée, mais ouverte, des expériences vécues par les individus au cours de leur existence. Cet outil est particulièrement adapté à une approche clinique qualitative centrée sur le récit, puisqu'il facilite l'identification des événements marquants, transitions et ruptures qui ont pu jalonner le parcours de vie des sujets. Il fournit

un cadre souple qui respecte la singularité de chaque trajectoire, tout en assurant une certaine homogénéité dans la collecte des données.

Dans le contexte de l'addiction, cette grille présente un double intérêt :

- D'une part, elle permet de repérer les facteurs de vulnérabilité ou les événements potentiellement déclencheurs (traumatismes, ruptures, pertes, etc.).
- D'autre part, elle rend possible l'analyse des dynamiques psychiques et sociales qui entourent la trajectoire addictive (répétitions, résiliences, ruptures de lien, etc.).

Ainsi, cet outil a également été choisi pour sa compatibilité avec le cadre de l'entretien semi-directif, permettant aux sujets de s'exprimer librement tout en respectant les axes principaux de l'analyse clinique du parcours de vie.

Il est à mentionner que cet outil nous a été rendu accessible grâce à la mise en contact de notre encadrante avec Pr. CHAHRAOUI Khadidja.

5-3-1 Description du questionnaire EVE :

Le questionnaire des événements de vie (EVE) est un auto-questionnaire semi-structuré, élaboré dans les années 1985 par Michel Ferreri, psychiatre, et Jacques Vacher, psychologue clinicien, dans le cadre de leurs travaux cliniques et de recherche menés en milieu hospitalier psychiatrique à Paris (Ferreri & Vacher, 1985).

Aussi, il a été conçu pour évaluer les événements de vie marquants, leur impact subjectif, ainsi que les stratégies d'adaptation mises en œuvre par le sujet. Son utilisation s'inscrit dans une perspective à la fois clinique et biographique, et il est régulièrement mobilisé en recherche en psychopathologie, notamment dans l'étude des troubles liés au stress, l'addiction ou à la dépression (Varescon, 2009).

Le questionnaire EVE se compose de deux parties :

- **La première :** liste de 37 événements de vie potentiellement significatifs, classés en cinq domaines (vie familiale, professionnelle, sociale, conjugale/affektive et santé. Pour chaque événement, le participant indique s'il l'a vécu, à quel âge, et s'il l'a perçu comme traumatisant (Ferreri & Vacher, 1985).

- **La seconde** : le participant sélectionne dix événements jugés les plus marquants et répond à neuf questions fermées (types oui/non) qui explorent différents aspects du coping (recherche de solution, expression à l'entourage, aide reçue, contrôle externe ou interne, circonstances aidantes), aussi l'âge de survenue et la durée de souffrance. Chaque réponse affirmative est cotée 1 point, chaque réponse négative 0 point, soit un score événementiel cumulé allant de 0 à 90 points (Ferrerri & Vacher, 1985).

5-3-2 La consigne :

Les auteurs du questionnaire recommandent de débiter la passation par une consigne introductive destinée à orienter la réflexion du participant à l'étude. Elle est formulée de la manière suivante : « *Essayer tout d'abord de revoir le film de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un changement dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le pointillé de votre trajectoire de vie* » (Ferrerri & Vacher, 1985).

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne n° 1 : « *cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois* » (Ferrerri & Vacher, 1985).
- Dans la colonne n° 2 : « *indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A)* » (Ferrerri & Vacher, 1985).
- Dans la colonne n° 3 : « *cochez d'une croix (x) les événements que avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués* » (Ferrerri & Vacher, 1985).

5-3-3 La passation :

La passation du questionnaire des Événements de Vie (EVE) est pensée comme une démarche introspective visant à faire émerger, de manière autonome, les événements de vie marquants dans l'histoire du sujet. Conçu initialement comme un auto-questionnaire, il s'inscrit dans une logique clinique et projective, où le participant est invité à identifier, selon sa propre perception, les moments de rupture, de transition ou de souffrance qui ont jalonné son existence.

Les auteurs insistent sur le fait que la passation doit débuter par une consigne introductive incitant le sujet à « revoir le film de sa vie », et à se concentrer sur les événements qui ont entraîné un changement significatif, qu'il soit d'ordre familial, social, professionnel, affectif ou lié à la santé. Cette étape d'introspection est essentielle, car elle mobilise la mémoire autobiographique, l'affectivité, et donne sens au récit subjectif.

Le questionnaire se déroule en deux temps :

- **Dans un premier temps** : le participant coche, parmi une liste de 37 événements de vie, ceux qu'il a vécus, en indiquant son âge au moment des faits, et en précisant si ces événements ont été vécus comme traumatisants (Ferrerri & Vacher, 1985).
- **Dans un second temps** : il sélectionne dix événements les plus significatifs, et pour chacun d'eux, répond à neuf questions fermées (oui/non), portant sur la recherche de solution, le soutien reçu, le contrôle exercé, et les ressources mobilisées (Ferrerri & Vacher, 1985).

Bien qu'il s'agisse d'un auto-questionnaire, Ferrerri et Vacher recommandent que, dans un cadre clinique, la passation puisse être accompagnée par un professionnel lorsque cela est nécessaire : pour reformuler les consignes, soutenir la compréhension des items, ou maintenir l'alliance thérapeutique dans les situations cliniques complexes. Cette médiation est particulièrement recommandée lorsque les patients présentent des troubles cognitifs, une détresse psychique importante ou une difficulté d'élaboration verbale (Ferrerri & Vacher, 1985).

La durée de passation varie selon les participants et la densité de leur parcours biographique. En moyenne, elle se situe entre 20 et 45 minutes, et peut être scindée en deux séances si le participant manifeste une fatigue psychique. Ce temps constitue en soi une forme d'évaluation, puisqu'il renseigne sur la capacité du sujet à accéder à ses souvenirs, à mettre en récit ses expériences, et à mobiliser ses affects dans une démarche de subjectivation (Ferrerri & Vacher, 1985).

5-3-4 la cotation :

La cotation du questionnaire EVE repose sur deux niveaux complémentaires d'analyse :

- **Dans un premier temps** : le participant est invité à identifier, au sein d'une liste de

37 événements de vie, ceux qu'il a vécus, à indiquer l'âge auquel ils sont survenus, et à préciser si ces événements ont été perçus comme traumatisants. Cette première phase permet d'obtenir deux scores : le nombre total d'événements vécus, et le nombre d'événements perçus comme traumatiques. Ces données fournissent une première estimation de la charge événementielle biographique, mais ne sont pas encore cotées numériquement (Ferreri & Vacher, 1985).

- **Dans un second temps :** le participant sélectionne dix événements de vie parmi ceux qu'il a vécus, jugés comme particulièrement marquants. Pour chacun de ces événements, il répond à une série de neuf questions fermées visant à évaluer différentes dimensions de sa réponse psychologique : coping cognitif, soutien social mobilisé, capacité d'action, contrôle perçu externe et interne, et ressources circonstanciées. Chaque réponse affirmative « + » est codée (1) point, et chaque réponse négative « - » est codée (0) (Ferreri & Vacher, 1985).

Le score total par événement correspond donc au nombre de réponses positives, et varie entre 0 et 9. En additionnant les scores des 10 événements, on obtient un score événementiel cumulé compris entre 0 et 90.

5-3-5 Interprétation :

Le score événementiel cumulé correspond à la somme des scores obtenus pour les dix événements analysés, soit un score global compris entre 0 et 90.

Dans ce qui suit un tableau interprétatif.

Tableau N° 02 : Explications des scores

Score cumulé /90	Signification
0 à 29	Score faible
30 à 49	Score modéré
50 à 69	Score élevé
70 à 90	Score très élevé

(Ferreri & Vacher, 1985 ; Varescon, 2009)

Dans le cadre de notre recherche, seuls les événements de vie effectivement vécus par les sujets ont été pris en compte dans l'analyse, conformément à l'objectif visant à mieux

comprendre le parcours de vie des patients présentant un trouble addictif. Ce choix s'inscrit dans une démarche de pertinence clinique et méthodologique, en accord avec les recommandations des approches qualitatives et mixtes centrées sur le vécu personnel et la signification accordée aux événements par les individus (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 123).

Plus précisément, parmi les 37 items du questionnaire d'événements de vie, seuls les événements explicitement rapportés comme vécus ont été retenus pour l'analyse. Pour chaque événement, les sujets ont précisé s'il avait été vécu et, le cas échéant, s'il avait été perçu comme traumatisant. Cette procédure permet de mieux cerner l'impact subjectif des événements dans le cadre des trajectoires addictives, conformément aux principes des approches cliniques centrées sur le parcours de vie (Blaise, Morel & Couteron, 2016 ; Lévesque, Bouchard & Gauthier, 2022).

De plus, ce choix méthodologique renforce la cohérence avec une démarche qualitative axée sur l'expérience singulière des patients, favorisant une compréhension approfondie de l'impact des événements de vie en lien avec les processus addictifs.

Par ailleurs, cette méthode a été observée dans des recherches antérieures, notamment dans l'étude de Lévesque et al. (2022), qui ont choisi d'analyser uniquement les événements vécus et ressentis comme traumatisants, afin d'en examiner les répercussions psychologiques dans des contextes cliniques similaires.

Pour le traitement des données, une analyse descriptive a été effectuée. Nous avons calculé la fréquence absolue (N) et le pourcentage (%) des événements déclarés comme vécus et perçus comme traumatisants. Le pourcentage a été obtenu à partir de la formule suivante :

$$\text{Pourcentage (\%)} = (\text{Nombre de sujets concernés} \div \text{Nombre total de sujets}) \times 100$$

Autrement dit, nous avons divisé le nombre de sujet ayant déclaré avoir vécu un événement et l'avoir perçu comme traumatisant par le nombre total de sujets. Cette opération permet d'obtenir une proportion, que nous avons ensuite multipliée par 100 afin d'obtenir un pourcentage.

De plus, la même méthode a été appliquée dans la seconde partie de l'analyse, portant sur les stratégies d'adaptation aux événements marquants : seules les stratégies effectivement mobilisées ont été considérées, et leur fréquence a été calculée sur l'ensemble des événements

identifiés. Cela signifie que l'unité d'analyse adoptée n'est pas le sujet, mais chaque événement marquant, vécu de manière traumatisante et rapporté par les sujets.

Ainsi tous les événements jugés significatifs ont été pris en compte individuellement. Pour chaque événement, les stratégies d'adaptation mentionnées ont été relevées, puis comptabilisées lorsqu'elles ont été explicitement exprimées par les sujets.

Les données ont ensuite été traitées en calculant la fréquence d'apparition de chaque stratégie selon la formule suivante :

Fréquence (%) = (Nombre d'occurrences de la stratégie ÷ Nombre total d'événements marquants) x 100

Nous allons à présent exposer le déroulement de notre recherche, après avoir présenté les outils méthodologiques mobilisés dans cette étude.

6- Le déroulement de la recherche :

Dans toute recherche, la pré-enquête et l'exploitation du terrain constituent des étapes essentielles pour garantir la rigueur et la qualité de du travail. Ainsi, pour mener à bien le déroulement de notre étude, nous avons débuté par une pré-enquête, étape préparatoire indispensable, qui nous a permis d'aborder l'enquête principale dans de bonnes conditions.

Nous allons donc présenter, dans ce qui suit, ces deux phases essentielles du travail de terrain.

6-1 La pré-enquête :

La pré-enquête constitue une étape méthodologique essentielle dans toute recherche scientifique, dans la mesure où elle permet d'explorer le terrain, de mieux cerner la population d'étude, et de vérifier la pertinence de la problématique.

Ainsi, elle représente une forme d'investigation préliminaire dont l'objectif est à la fois de confirmer la faisabilité de l'étude, de mieux comprendre les caractéristiques de notre population de recherche, et d'enrichir nos connaissances sur la thématique abordée. Dans cette optique, nous allons tout d'abord présenter des définitions de la pré-enquête, avant de décrire la manière dont nous avons concrètement mené cette phase exploratoire sur le terrain.

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. « *Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des*

doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs » (Grawitz, 2001, p.550).

La pré-enquête donne l'occasion de vérifier des repères, de découvrir le terrain, de s'exercer au questionnement et à l'écoute, de rédiger un guide d'entretien, et de le pratiquer. Cette étape est fondamentale pour élaborer la problématique de la recherche, développer les hypothèses et sélectionner les méthodes les plus adéquates à l'objet de la recherche (Sauvayre, 2013, p.48).

De ce fait, avant d'en parler, il nous semble important de revenir sur les éléments qui ont motivé le choix de cette thématique. En effet, la réalisation d'une revue de la littérature a constitué une étape essentielle, puisqu'elle nous a permis de repérer les travaux antérieurs ayant abordé la question de l'addiction sous l'angle du parcours de vie. Cette analyse nous a permis de constater que, si de nombreuses recherches traitent des mécanismes psychiques de l'addiction, peu d'entre elles s'intéressent à la dynamique biographique et à la construction subjective des trajectoires addictives. Ainsi, nous avons retenu ce thème car nous estimons, à juste titre, qu'il présente un intérêt clinique et scientifique certain.

Après avoir récupéré la lettre d'envoi de stage auprès du bureau de notre département (Psychologie et Orthophonie), nous l'avons transmise à l'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) en psychiatrie de Oued-Ghir, dans la wilaya Bejaia, en vue d'obtenir l'autorisation nécessaire à la réalisation de notre travail de terrain. Notre pré-enquête a été menée au sein de cet établissement, dans le but de valider notre objectif et d'affiner la formulation de notre question de recherche.

Le 20 janvier 2025, après avoir obtenu l'accord du coordinateur de stage ainsi que celui de chef de service, nous nous sommes présentés à l'Etablissement en tant qu'étudiants en deuxième année de Master de psychologie clinique. Notre objectif était de réaliser une étude portant sur « *Le parcours de vie des patients adultes addicts aux substances psychoactives (SPAs) pris en charge à l'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) en psychiatrie de Oued-Ghir dans la wilaya de Bejaia (Algérie)* ».

Dans un premier temps, nous avons été accueillis par les deux psychologues du service, qui nous ont accordé leur autorisation pour accéder au terrain. Nous avons pu échanger avec eux autour de notre sujet de recherche, en exposant les motivations qui nous

ont conduits à choisir cette thématique. Ils ont manifesté un vif intérêt pour ce thème, qu'ils ont jugé pertinent et en lien avec leur pratique clinique.

Par la suite, ils nous ont communiqué les modalités pratiques de notre présence sur le terrain, notamment les horaires, les jours de venue, ainsi que le programme à suivre pour la réalisation de notre étude.

Le 15 février, nous nous sommes présentés pour la troisième fois à l'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued-Ghir. Cette visite avait pour objectif d'explorer plus concrètement notre lieu de recherche et de nous familiariser avec l'organisation de service.

A cette occasion, nous avons pu accéder au service d'hospitalisation et rencontrer un infirmier qui nous a présenté l'ensemble des locaux. Il nous a expliqué le fonctionnement général du service, en précisant notamment la distinction entre les unités d'hospitalisation : la cure libre et le secteur d'isolement, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cette présentation avait pour but de faciliter notre intégration au sein de l'équipe et de nous permettre de mieux comprendre le cadre institutionnel dans lequel évoluent les patients.

A la suite de cette visite, nous avons eu un échange avec les psychologues de service, dans l'optique de constituer le groupe de patients que nous allions rencontrer dans le cadre de notre pré-enquête. Ces entretiens préparatoires ont permis de clarifier notre démarche et d'affiner les conditions de mise en œuvre de notre étude qualitative.

Le 16 février 2025, nous avons entamé la phase de pré-enquête. Au cours de cette étape, nous avons pu rencontrer quatre patients présentant une conduite addictive, pris en charge au sein de l'établissement. Nous allons présenter les caractéristiques du groupe ayant participé à la pré-enquête dans le tableau ci-après.

Tableau N° 03 : Caractéristiques du groupe de la pré-enquête

Prénom	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Profession	Type de substance	Age de Début de consommation	Durée D'hospitalisation
Ali	33 ans	Secondaire	Divorcé	Commerçant	Cannabis Lyrica prégabalin	20 ans	3 mois
Adel	35 ans	Secondaire	célibataire	Ouvrier	Cannabis, Psychotropes Alcool	19 ans	2 mois
Khaled	30 ans	Primaire	Célibataire	Ouvrier Agricole	Cannabis Alcool	13 ans	45 jours
Kamel	23 ans	Secondaire	Célibataire	Plombier	Psychotropes	18 ans	6 mois

(Source : nous-mêmes)

Le tableau ci-dessus présente les caractéristiques des sujets constituant notre groupe de pré-enquête. Il se compose de quatre patients de sexe masculin. Parmi eux, trois sont célibataires et un est divorcé. Leurs professions, niveaux d'instruction varient. Ils consomment différents types de substances addictives, avec des âges de début de consommation et des durées d'hospitalisation distincts.

Dans ce cadre, nous avons mené un entretien individuel avec chacun de ces sujets. La consigne donnée était la suivante : « *Bonjour, je suis étudiante en deuxième année master en psychologie clinique à l'université de Bejaia. Dans le cadre de mon mémoire de recherche, je mène une étude sur le parcours de vie de patients adultes souffrant d'addiction aux substances psychoactives, dans le but d'explorer et d'identifier les événements les expériences de vie difficiles. Votre participation consiste à répondre à quelques questions sur votre parcours de vie, ainsi qu'à remplir un questionnaire sur les événements de vie. Il n'y a pas de mauvaises réponses, l'important est d'exprimer votre expérience personnelle. Votre participation est totalement volontaire, et toutes les informations recueillies seront anonymes*

et confidentielles. A tout moment, vous êtes libre de ne pas répondre à une question ou d'arrêter votre participation si vous le souhaitez » (Élaboré par nous-mêmes).

De plus l'entretien s'est appuyé sur une série de questions ouvertes, préparées en amont, telles que :

- 1) Pouvez-vous vous présenter ? (Age, niveau d'instruction, situation matrimoniale, professionnelle, etc.).
- 2) Pouvez-vous retracer l'histoire de votre vie depuis votre enfance jusqu'à aujourd'hui ?
- 3) Y a-t-il un ou des événements marquants ou une période difficile de votre vie qui a influencé votre parcours et qui a eu un impact sur vous ? Si oui, je suis vraiment intéressé de connaître comment vous avez vécu cet événement ?
- 4) Ce que je voudrais que vous me racontiez maintenant, c'est comment vous êtes arrivé à consommer des substances addictives ?
- 5) Dites-moi comment allez-vous aujourd'hui ?

Après ces entretiens, nous avons administré un questionnaire complémentaire à chaque sujet, afin d'explorer les événements de vie significatifs ayant marqué leur parcours de vie.

Ainsi, ces entretiens ont été réalisés dans le bureau du psychologue. Chaque rencontre a duré entre 30 et 45 minutes. Ils ont été menés uniquement après avoir fourni aux sujets une lettre d'information précisant les objectifs de notre étude, et après avoir obtenu leur consentement libre, éclairé et écrit (voir Annexe n°2).

Lors des entretiens, il est apparu que l'ensemble des sujets avait vécu plusieurs événements de vie marquants. Ces expériences, souvent répétées ou cumulées au fil du temps, ont profondément influencé leur trajectoire personnelle et semblent avoir joué un rôle déterminant dans l'installation et le maintien de leur conduite addictive. Tel est le cas d'**Ali** « *Oui, il y a eu plusieurs choses. Le décès de mon frère, ça m'a détruit. Après ça, j'ai perdu mon travail et ma femme m'a quitté. Tout est tombé en même temps. J'ai commencé à fumer pour oublier... et après j'ai pas pu arrêter* ». Quant à **Adel** « *Mon père est tombé malade, et c'est moi qui devais tout gérer à la maison. Ensuite j'ai perdu mon boulot. C'était trop. J'ai commencé à boire, prendre des cachets, pour dormir, pour tenir. Je pensais pas que ça allait m'embarquer comme ça.* », **Khaled** pour sa part « *Mes parents se sont séparés quand j'étais petit. Après, j'ai toujours été un peu livré à moi-même. À 13 ans, j'ai goûté à l'alcool, au cannabis, c'était normal dans mon quartier. Avec les problèmes à la maison, j'ai continué.*

*C'était une fuite ». Enfin, **Kamel** « J'ai perdu mon oncle, il comptait beaucoup pour moi. Après, j'ai été viré de mon travail. Je me sentais mal, j'ai fait une dépression. J'ai commencé les psychotropes, au début pour calmer l'angoisse... mais après, c'est devenu un besoin. »*

En ce qui concerne les résultats obtenus au questionnaire d'événements de vie EVE. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau N° 04 : Résultats du groupe de la pré-enquête de questionnaire EVE

Evénements	Evénements de vie		Evénements vécus comme traumatisants	
	N	%	N	%
Décès	2	50	2	50
Séparation parentale	1	25	1	25
Mésentente parentale	1	25	1	25
Changement dans le mode de vie	2	50	1	25
Maladie d'un membre de la famille	4	100	4	100
Licenciement-Chômage	2	50	2	50
Conflits professionnels	1	25	0	0
Conflits avec la société	1	25	1	25
Séparation conjugale	1	25	1	25
Evénements affectifs	3	75	3	75
Dépression traitée sans Hospitalisation	2	50	2	50

(Source : nous-mêmes)

À partir du tableau ci-dessus, on constate que notre groupe de pré-enquête présente des événements de vie marquants touchant à la fois la sphère familiale, affective, professionnelle et de santé. Certains événements, comme la maladie physique ou psychique d'un membre de la famille, apparaissent de manière récurrente : ils concernent les quatre sujets de cette phase exploratoire, et sont souvent évoqués comme des sources de souffrance ou d'instabilité. C'est

notamment le cas de **Kamel**, qui rapporte la dégradation de l'état de santé d'un proche comme un tournant douloureux de son parcours.

De même, les événements affectifs tels que les séparations ou les deuils ont été largement rapportés. **Ali**, par exemple, évoque le décès d'un frère et une séparation conjugale, vécus comme des ruptures majeures. **Adel** mentionne un décès dans son entourage ainsi qu'un choc affectif, qui semblent avoir contribué à l'installation progressive de ses conduites addictives.

Les difficultés professionnelles, comme le licenciement, bien que moins systématiques, sont également présentes : **Kamel** et **Adel** évoquent chacun une perte d'emploi ayant entraîné un sentiment de précarité et d'instabilité. Enfin, d'autres événements, comme les conflits sociaux ou la séparation des parents, bien que moins fréquents, sont significatifs sur le plan subjectif : **Khaled**, par exemple, relie l'instabilité familiale et les tensions sociales à un climat d'insécurité émotionnelle ayant favorisé une consommation précoce de substances.

Ces résultats mettent en évidence le poids de certaines expériences vécues dans le parcours de vie des sujets, tant par leur fréquence que par leur intensité psychologique. Ils confirment l'importance d'une lecture qualitative et contextualisée des trajectoires individuelles dans la compréhension des comportements addictifs.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats concernant la fréquence des stratégies utilisées par les sujets face à l'ensemble des événements de vie marquants identifiés.

Tableau N°05 : Fréquence des stratégies utilisées face à la totalité des événements marquants d'après le questionnaire EVE (N=20)

Stratégies d'adaptation	N	%
Imaginer des solutions	15	75
Parler à l'entourage	20	100
Aide de l'entourage	11	55
Agir sur l'événement	16	80
Contrôle d'événement	14	70
Contrôle intérieure	11	55
Circonstances favorables	12	60

(Source : nous-mêmes)

À partir de ce tableau, on constate que notre groupe de pré-enquête mobilise différentes stratégies pour faire face aux événements difficiles. La majorité des sujets disent parler à leur entourage, chercher à agir sur la situation ou imaginer des solutions. Toutefois, l'aide réelle de l'entourage ne semble pas toujours présente. Les stratégies de contrôle, qu'elles soient tournées vers l'extérieur ou l'intérieur, sont également fréquentes, montrant un effort d'adaptation face aux difficultés vécues.

Dans l'ensemble, cette phase de pré-enquête a permis un premier rapprochement avec les personnes concernées et a confirmé la pertinence du lieu choisi pour la réalisation de notre étude. Elle a également constitué une étape essentielle pour évaluer la faisabilité de nos outils de recherche, tant sur le plan de leur compréhension par les sujets que de leur pertinence clinique. Ces éléments nous ont permis d'aborder l'enquête principale avec des repères clairs et des instruments ajustés au contexte.

6-2 L'enquête :

Nous commencerons par définir ce qu'est une enquête, avant d'en souligner l'importance dans une recherche en psychologie clinique. Nous présenterons ensuite les différentes étapes de son déroulement dans le cadre de notre étude.

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

De plus, elle consiste à poser un nombre de questions à un vaste échantillon de personnes sur leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews (Chahraoui, Bénony, 2003).

Dans l'enquête qualitative, les sujets sélectionnés par le chercheur sont invités à s'exprimer de façon libre et approfondie sur des expériences vécues, sur des phénomènes les concernant, ils subissent des entretiens ou interviews. L'enquête permet d'obtenir des données très variées relatives aux opinions, aux perceptions et aux attitudes sociales qui resteraient le plus souvent inaccessibles par d'autres moyens d'investigation. Au sens strict, est une procédure d'enregistrement indirecte de la réalité, elle ne porte pas sur les faits constatés par un observateur, mais sur des déclarations sollicitées par un enquêteur. L'information obtenue est donc entièrement tributaire des questions posées et des réponses fournies (N'da, 2006, p.136).

L'enquête constitue donc une étape cruciale dans une recherche qualitative, car elle permet de recueillir directement la parole des personnes concernées. Elle aide à mieux comprendre leur vécu, leurs ressentis et leur point de vue. Grâce à l'enquête, le chercheur peut obtenir des informations précieuses qui donnent du sens à l'étude et permettent d'explorer le sujet en profondeur.

Dans le cadre de notre recherche, notre enquête s'est déroulée au sein de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued-Ghir, dans la wilaya de Bejaia, du 21 février 2025 au 25 avril 2025. Cette phase a duré 41 jours, avec une présence sur le terrain trois fois par semaine. Au total, nous avons rencontré 12 patients présentant une addiction aux substances psychoactives, tous pris en charge dans cet établissement. Les participants se sont montrés dans l'ensemble très coopératifs. La majorité d'entre eux étaient dans des conditions permettant de participer à l'étude. Au début, certains avaient mal à se reconnaître comme étant addicts ou évitaient de parler de leur consommation. Mais progressivement, grâce, à l'instauration d'un climat de confiance, ils se sont ouverts et ont pu s'exprimer plus librement sur leur parcours et leur vécu.

Ainsi, notre première démarche a consisté à solliciter le consentement libre et éclairé des sujets avant toute implication dans la recherche. Pour ce faire, nous avons pris le soin de

leur expliquer clairement l'objectif général de notre étude, en insistant sur le fait qu'il s'agissait d'une recherche universitaire à visée scientifique, sans aucun enjeu médical ou administratif pour eux. Nous leur avons également présenté les principes éthiques et déontologiques auxquels nous étions tenus, notamment le respect de l'anonymat, de la confidentialité des données, ainsi que l'utilisation exclusive des informations recueillies à des fins de recherche.

De plus ces explications ont été accompagnées d'une lettre d'information écrite, remise à chaque sujet, détaillant le cadre de l'étude, les modalités de participation et les garanties offertes. Après avoir pris connaissance de ces éléments, les sujets ont signé un formulaire de consentement écrit, témoignant de leur accord libre et éclairé pour prendre part à la recherche (voir Annexe n°7). Cette étape préliminaire a été essentielle pour instaurer un climat de confiance et favoriser un échange authentique lors des entretiens.

Après avoir obtenu le consentement libre et éclairé des sujets, nous avons, dans un premier temps entamé la phase d'entretien semi-directif. Chaque entretien s'est appuyé sur un guide préalablement élaboré, structuré autour des axes principaux de notre problématique. La passation s'est déroulée dans le bureau des psychologues de service, dans des conditions garantissant la confidentialité, le confort et la disponibilité du participant. La durée moyenne des entretiens variait entre 45 minutes et une heure par rencontre.

Dans la majorité des cas, deux à trois séances ont été nécessaires avec les mêmes sujets, afin de respecter leur rythme et approfondir leurs récits.

Concernant la langue utilisée, les entretiens se sont majoritairement déroulés en français, langue que tous les sujets comprenaient et maîtrisaient suffisamment. Néanmoins, certains ont ponctuellement alterné avec le kabyle ou l'arabe pour exprimer des éléments plus intimes ou sensibles. Ces changements de langue ont été accueillis avec respect et intégrés dans l'analyse, car ils faisaient pleinement partie de l'expression subjective de chacun.

Dans un second temps, nous avons eu recours à un questionnaire d'événements de vie (EVE) visant à identifier les événements de vie marquants chez les patients. Après une brève présentation de l'outil, la passation s'est déroulée en notre présence, afin d'accompagner les sujets si nécessaire. Concernant ce second outil, aucune traduction n'a été jugée nécessaire, les sujets maîtrisant suffisamment la langue française. Les événements étaient formulés de

manière claire et directe, rendant le questionnaire accessible et compréhensible pour l'ensemble du groupe.

En somme, notre recherche s'est déroulée en trois grandes phases :

- 6) **La première phase** : a été consacrée à l'accueil des sujets. Elle consistait à leur rappeler les enjeux de la recherche, le thème abordé, ainsi que le caractère anonyme et confidentiel de l'étude. Cette étape visait à instaurer un climat de confiance, à clarifier les droits du sujet et à poser les bases d'un échange respectueux.
- 7) **La deuxième phase** : correspondait au temps de l'enquête proprement dite. Elle incluait la conduite des entretiens semi-directifs, l'échange libre autour du parcours de vie, et la passation des outils d'investigation, notamment le questionnaire des événements de vie (EVE).
- 8) **La troisième phase** : visait à conclure l'entretien. Elle permettait au sujet de s'exprimer une dernière fois s'il le souhaitait, de revenir sur certains points, ou simplement de clore l'échange dans un cadre bienveillant et respectueux.

À la fin de chaque passation de l'entretien semi-directif et du questionnaire, nous avons remercié les sujets pour leur contribution à notre enquête, ainsi que pour le temps qu'ils ont consacré à répondre à nos questions de recherche.

Compte tenu de la nature de l'étude et de la sensibilité du thème abordé, une attention particulière a été portée au bien-être psychologique des sujets. À la fin de chaque entretien, une question leur a été posée pour savoir comment ils se sentaient après avoir évoqué leur histoire.

Par ailleurs, afin de s'assurer qu'aucun mal-être persistant n'ait été provoqué par notre intervention, nous avons pris contact avec les psychiatres ou psychologues traitants pour nous assurer que la participation à l'étude n'avait pas engendré de retombées négatives. Cette vigilance s'inscrit dans une démarche éthique indispensable, face à un sujet aussi intime et potentiellement réactivant que les événements de vie marquants liés à une trajectoire addictive.

Après avoir exposé le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, nous allons à présent nous intéresser à l'attitude adoptée par le chercheur tout au long de collecte des données.

7- L'attitude du chercheur :

Dans le cadre d'une recherche en psychologie clinique, la posture du chercheur implique une attention particulière aux principes déontologiques et éthiques. Ces dimensions sont fondamentales pour garantir le respect des sujets et la qualité du travail scientifique. Ainsi si la recherche en psychologie comme dans tout autre domaine a pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier l'être humain. Plus précisément, elle a pour cible l'étude du fonctionnement psychique, cognitif et comportemental du sujet (Varescon, 2013, p.65, cité dans Benamsili, 2019, p.103).

Dans le cadre de cette recherche portant sur les parcours de vie et les conduites addictives, cette posture a été essentielle. Le recueil de récits impliquait d'abord des expériences intimes, parfois douloureuses, ce qui nécessitait une vigilance constante à l'égard du cadre, du respect de la parole du sujet et de l'impact émotionnel que pouvaient provoquer les entretiens.

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

En ce sens, nous avons veillé à respecter les principes déontologiques définis par le code de déontologie des psychologues, notamment en informant clairement les sujets sur les objectifs de la recherche, le caractère volontaire de leur participation et la confidentialité des données recueillies.

Deuxièmement, l'éthique est une réflexion sur les prescriptions générales de la morale pour les appliquer sur le terrain. Son but est d'établir, par une méthode sûre, les fondements d'un agir en commun, juste, raisonnable et rempli de sens. Selon Aristote, l'éthique a pour objet le domaine de la pratique Humaine en tant qu'action reposant sur une décision (Poirier & Coutansais, 2012, p.187).

Cette dimension éthique s'est traduite, dans cette recherche, par une attention particulière au vécu subjectif du sujet. Après chaque entretien, une question simple leur était posée pour évaluer leur état émotionnel. En cas de besoin, un relais était assuré avec l'équipe soignante référente afin de prévenir toute réactivation traumatique.

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

Cette double posture, à la fois contenante et réflexive, a guidé ma manière de conduire les entretiens semi-directifs. Il s'agissait non seulement d'écouter, mais aussi de créer les conditions d'un récit libre, dans lequel le sujet pouvait se reconnaître sans se sentir jugé. Cette posture m'a également permis d'adapter le rythme et le contenu de l'échange en fonction de la sensibilité et de l'histoire propre à chaque sujet.

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

Dans cette recherche, les données ont été systématiquement anonymisées. Les prénoms ont été modifiés et aucun élément permettant d'identifier directement les sujets n'a été conservé. Les données verbatim ont été présentées avec prudence, en respectant le vécu des sujets tout en garantissant leur dignité et leur intimité.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons accordé une attention particulière aux dimensions éthique et déontologique, indispensables lorsqu'il s'agit d'impliquer des sujets humains. Dès le départ, nous avons informé les sujets des objectifs de l'étude, du caractère strictement scientifique de notre démarche, et des garanties de confidentialité et d'anonymat,

à l'aide d'une lettre d'information écrite. Leur consentement libre et éclairé a été recueilli par écrit, conformément aux principes éthiques en vigueur.

Ainsi, le chercheur a pour devoir de respecter la dignité, la liberté et l'intégrité des personnes, tout en assurant la protection des données recueillies, qui ne peuvent être utilisées qu'aux fins définies par la recherche. Cela implique également la possibilité d'informer un professionnel compétent en cas de données jugées préoccupantes pour la sécurité du sujet. Dans cette perspective, nous avons adopté une posture professionnelle, rigoureuse et respectueuse tout au long de notre démarche. Présentés comme étudiants en Master 2 de psychologie clinique effectuant une étude de terrain, nous avons clarifié notre rôle non-thérapeutique afin de rassurer les sujets.

Lors des entretiens, nous avons fait preuve d'écoute active et bienveillante, en nous abstenant d'influencer ou de diriger les propos recueillis. Nos interventions visaient uniquement à clarifier certains points ou à encourager l'expression du sujet. Nous avons respecté les silences, utilisé des reformulations lorsque cela s'avérait nécessaire, et maintenu une posture de neutralité et d'objectivité. Soucieux de ne pas sortir du cadre de la recherche, nous avons veillé à préserver une juste distance relationnelle, à ne pas nous impliquer affectivement, et à rester concentrés sur notre objectif : comprendre au mieux le parcours de vie des patients addicts tout en respectant pleinement leur parole et leur vécu.

Après avoir présenté l'attitude du chercheur, abordons à présent le dernier point de ce chapitre, à savoir les difficultés de la recherche.

8- Difficultés de la recherche :

Comme dans toute recherche scientifique, le chercheur peut être confronté à un certain nombre de difficultés susceptibles d'entraver le bon déroulement de son travail. Malgré ces obstacles, il se doit de faire preuve d'adaptabilité et de persévérance afin de trouver les solutions les plus appropriées pour mener à bien sa recherche.

Dans le cadre de notre étude, nous avons rencontré plusieurs difficultés dès le départ. La première a été le changement de thème, qui s'est imposé en raison de l'impossibilité d'obtenir un accès au terrain correspond au projet initial. Cette réorientation a nécessité un temps d'adaptation et une nouvelle organisation.

Par la suite, d'autres contraintes se sont ajoutées, notamment les difficultés liées au déplacement vers le lieu d'étude, aggravées par l'état de la circulation routière et le manque

de moyens de transport. Ces conditions ont parfois pesé sur le rythme de notre travail, mais nous avons su nous adapter afin de garantir la continuité de notre démarche de recherche.

Synthèse :

Pour conclure, rappelons que toute recherche scientifique repose sur une méthodologie rigoureuse, car celle-ci constitue la structure fondamentale permettant de guider, d'organiser et de légitimer le processus de recherche. Une méthodologie bien construite offre au chercheur la possibilité de répondre aux objectifs fixés et d'explorer de manière approfondie la problématique étudiée. Dans le cadre de notre recherche, nous avons adopté une approche qualitative, centrée sur le recueil du vécu des sujets, afin de mieux comprendre les événements qui jalonnent le parcours de vie des patients addicts.

Ce chapitre méthodologique a ainsi permis de structurer notre démarche, depuis la définition du terrain et de la population étudiée jusqu'à la présentation des outils mobilisés et leur analyses. Nous avons eu recours à un récit de vie soutenu par un guide d'entretien semi-directif, afin de favoriser l'expression libre et nuancée des participants, et de saisir la complexité de leur trajectoire. Un questionnaire d'événements de vie (EVE) a également été utilisé pour repérer les moments clés de leur histoire et renforcer notre analyse. Les données recueillies serviront de base à l'interprétation approfondie des récits dans le chapitre suivant, où nous mettrons en lumière les événements marquant ayant jalonné le parcours de vie de ces sujets.

Chapitre IV

Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Préambule

Ce dernier chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats issus de notre enquête de terrain. Ceux-ci ont été recueillis à l'aide de deux outils principaux : d'une part, la méthode du récit de vie, mise en œuvre à travers un entretien semi-directif, et d'autre part, le questionnaire des événements de vie élaboré par Ferreri et Vacher (1985). Ces deux outils vont nous permettre de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse, que nous avons formulée dans notre problématique de recherche. Les sujets ayant un niveau d'instruction moyen, les entretiens ont pu être menés sans difficulté en langue française. Il n'a donc pas été nécessaire de recourir à une traduction. Les extraits présentés dans cette partie sont des verbatim retranscrits fidèlement, en respectant autant que possible les formulations originales des personnes interrogées.

Dans un premier temps, nous présenterons et analyserons les données issues des récits de vie, en nous appuyant sur le guide d'entretien construit à partir des thématiques centrales de notre problématique. Dans un second temps, nous proposerons une lecture transversale des résultats à partir du questionnaire EVE. Cette analyse, plus synthétique et comparative, nous permettra de dégager les tendances générales concernant les types d'événements évoqués, leur fréquence, ainsi que leur impact perçu par les sujets.

Enfin en dernier temps, les résultats obtenus seront discutés au regard de l'hypothèse de départ. Nous indiquerons dans quelle mesure cette hypothèse est confirmée, nuancée ou infirmée par les données cliniques obtenues.

I-Présentation et analyse des résultats

Dans ce premier point, nous nous intéressons à l'analyse des récits de vie recueillis à l'aide du guide d'entretien semi-directif. Cette méthode, centrée sur l'expression libre du parcours de vie des sujets, permet de mettre en lumière les événements perçus comme significatifs dans la construction de leur trajectoire, ainsi que les logiques subjectives qui leur sont associées.

Compte tenu du volume et de la densité des données recueillies, nous avons opté pour une double approche : deux récits seront présentés et analysés en détail, en raison de leur richesse narrative, de leur exemplarité ou de leur caractère contrasté par rapport à l'ensemble des cas. Ce choix est appuyé par des travaux de référence en analyse qualitative (Bertaux, 1997 ; Lejeune, 2005), qui soulignent l'intérêt de l'illustration par cas pour faire émerger des dynamiques profondes tout en respectant la subjectivité des parcours.

Les dix autres récits seront ensuite présentés de manière synthétique, sous forme de fiches narratives, mettant en avant les événements marquants, ainsi que les éléments en lien direct avec notre problématique de recherche.

L'analyse sera structurée, comme signalée dans le préambule, selon les grandes thématiques issues du guide d'entretien (événements familiaux, scolaires, affectifs, institutionnels, etc.), tout en tenant compte des spécificités de chaque récit. Ce traitement permet de conjuguer une lecture à la fois transversale et individualisée des trajectoires.

Il est à rappeler que compte tenu de la nature « sensible » de l'étude, nous avons veillé à ce que chaque début d'entretien était précédé d'une présentation des objectifs généraux et de la demande de l'accord d'y participer. A la fin de la rencontre, il a été systématiquement précisé que nous restons à leur disposition s'ils avaient des questions concernant la recherche ; de même, les sujets ont été invités à contacter le psychologue de l'établissement (ce dernier a été informé au préalable) s'ils ressentaient une charge émotionnelle trop forte consécutive à l'entrevue.

Nous passons maintenant à la présentation et à l'analyse des cas recueillis.

Cas n°1 : Saïd

1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :

1-1 Présentation générale du cas :

Après avoir établi le contact avec M. Saïd, celui-ci s'est montré compréhensif et coopératif tout au long de notre échange. Cela nous a permis de lui poser les différentes questions prévues dans notre guide d'entretien, et de recueillir des informations essentielles à notre étude.

M. Saïd est un jeune homme de 24 ans, originaire de Bejaia. Fils unique, il est actuellement célibataire et exerce le métier de commerçant. Son parcours d'études a été interrompu à l'université, au cours de sa deuxième année. Au moment de l'entretien, il était hospitalisé depuis deux mois à l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued-Ghir. Son état permettait toutefois le déroulement de l'étude, comme mentionné dans les critères de sélection.

L'entretien avec M. Saïd s'est déroulé en trois séances, pour une durée totale de 2h30, dans le bureau du psychologue du service psychiatrique, les après-midi. Ce cadre familial semble avoir facilité un climat d'échange serein.

Dès le départ, M. Saïd s'est montré calme, souriant et stable sur le plan comportemental. Son discours était clair, structuré et cohérent. Lors de certains souvenirs difficiles, il marquait de légers silences, détournait parfois le regard, et ponctuait ses récits de petits sourires résignés. Face à certaines reformulations, il acquiesçait discrètement, sans toujours répondre verbalement. Malgré la durée relativement longue de l'échange, il est resté engagé et posé.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet :

Lorsque nous avons interrogé M. Saïd sur son enfance, il commence par décrire un cadre familial qu'il qualifie de « *normal, stable, sans conflits* ». Il grandit entouré de ses deux parents, en tant qu'enfant unique, ce qui lui permet de bénéficier d'une attention particulière. Il précise : « *J'étais bien chez moi. J'étais un enfant calme, je m'entendais bien avec mes parents.* » Ce climat affectif sécurisant semble avoir posé des bases positives dans son développement personnel. Mais on verra plus tard, qu'un fonctionnement fragile se dessine. Son cas semble s'inscrire dans une addiction à la consommation comme compensation d'une insécurité et de carences psychiques comme le mentionne Brugvin (2010).

Sur le plan scolaire, Saïd rapporte avoir eu une scolarité fluide et réussie au début : « *En primaire, je travaillais bien, j'aimais apprendre. J'étais souvent félicité, et j'obtenais de bonnes notes* ». Il obtient son certificat de fin d'études primaires sans difficulté et poursuit ses études au collège avec la même motivation. « *J'étais parmi les meilleurs.* »

À la question portant sur d'éventuels changements importants dans son mode de vie pendant l'enfance ou l'adolescence, Saïd répond qu'il n'en a pas connu : pas de déménagement, ni séparation familiale, ni changement brutal dans son quotidien. Il insiste sur la régularité de cette période : « *Ma vie était tranquille, je faisais l'école-maison-école. Rien d' inhabituel.* »

C'est au collège que son récit commence à se complexifier. Il évoque ses premières expériences sentimentales, qui s'enchaînent rapidement. « *J'ai eu une relation de cinq mois avec une fille, puis une autre de deux mois, puis encore une autre. Mais ce n'était pas de l'amour, juste du jeu.* » Il situe ces relations vers sa troisième année de collège. À cet âge, il semble osciller entre distraction et envie de bien faire. Il ajoute : « *J'ai réalisé que ça me*

faisait perdre du temps. Alors j'ai décidé de me concentrer sur mes études. » Il réussit son BEM avec une bonne moyenne et intègre le lycée avec une volonté de poursuivre sur la même lancée.

En seconde, il entre dans une relation amoureuse plus sérieuse, qui durera deux ans. Il en parle avec un ton plus posé : *« C'était une vraie relation. Quand ça s'est fini, j'ai eu un coup de blues. Je pensais que c'était pour la vie. »* Bien que cette rupture l'ait affecté, il parvient à reprendre pied : *« J'ai continué mes études. Je me suis accroché. »* Il obtient son baccalauréat et rejoint l'université.

C'est à ce moment qu'il vit une relation encore plus significative, avec une jeune femme qu'il rencontre à l'université. Leur histoire dure de 2019 à 2022. *« C'était du sérieux. Je pensais qu'on allait se marier »* Mais en 2022, elle part en France pour poursuivre ses études, ce qui constitue un choc pour Saïd *« Je ne m'y attendais pas. Elle m'aimait, je l'aimais, mais elle est partie. »* Il se sent impuissant : il ne peut pas la suivre à cause de ses moyens financiers, et surtout parce qu'il est fils unique *« Je ne peux pas laisser ma mère seule. Je suis le seul qu'elle a ».*

En parallèle de cette rupture, Saïd est confronté à un événement majeur : la mort de son père en 2020, à cause d'une maladie chronique. *« C'est là que tout a basculé ».* Il décrit ce décès comme un tournant dans sa vie. Le choc émotionnel, l'absence de repères affectifs solides, et la solitude l'amènent progressivement à se replier sur lui-même.

1-3 Informations sur l'addiction aux substances psychoactives :

Lorsqu'on lui demande de parler de sa première expérience avec des substances, il raconte avec précision : *« J'ai commencé à traîner à la résidence universitaire. Là-bas, j'ai connu les Rista, c'est ceux qui consomment. Des filles, des garçons. C'est là que j'ai découvert le cannabis et l'alcool »* Il précise qu'au début, ce sont les filles qui lui donnaient les produits. Il en devient rapidement dépendant, sans en avoir conscience. Il explique qu'il consommait régulièrement avec trois jeunes filles résidentes, et qu'il jouait parfois le rôle de *« passeur »*, allant acheter à leur place *« Elles ne pouvaient pas y aller, moi j'y allais, et on partageait. »*

Il évoque une méthode de consommation particulière : *« Je mettais du cannabis dans une bouteille avec un fil, je l'allumais, et j'aspirais la fumée. C'était plus fort qu'une cigarette. Ça me faisait tout oublier. »* Il dit avoir été conscient des effets : perte de mémoire,

troubles de l'attention, fatigue, mais cela ne l'empêchait pas de continuer. « *C'était plus qu'une habitude, c'était devenu une façon de vivre.* »

Il raconte qu'il continuait à travailler en parallèle, dans l'e-commerce, mais que l'argent ne servait pas à acheter les substances : « *C'est elles qui me donnaient. Moi je gardais mon argent.* »

Concernant le moment où il a décidé de tout arrêter, Saïd parle d'un épisode d'overdose : « *J'étais dans la douche, et j'ai senti que mon cerveau allait exploser. J'ai eu peur.* » Il est transporté d'urgence à l'hôpital. Cet événement déclenche une première tentative de sevrage dans un hôpital à Tizi Ouzou, mais le traitement est trop court. Il rechute rapidement. Il décide ensuite de demander une prise en charge dans l'établissement où il est actuellement suivi.

Enfin, à la question sur ses relations actuelles, Saïd répond qu'il garde de bonnes relations avec sa mère et quelques proches. « *J'ai deux ou trois amis fidèles. Ma famille me soutient* » Il continue à travailler dans le commerce en ligne, même s'il reste fragilisé psychologiquement.

Pour la dernière question, il dit n'avoir rien à ajouter, et ainsi on conclut l'entretien en le remerciant pour sa participation.

Le parcours de Saïd illustre bien ce que souligne Varescon (2012) à propos des trajectoires addictives : elles sont souvent le résultat d'un cumul de ruptures affectives, d'événements de vie douloureux non élaborés, et de l'exposition à un environnement permissif. Chez Saïd, la perte de son père, la rupture amoureuse, et l'influence de son entourage à la résidence universitaire ont constitué des facteurs déclencheurs d'une entrée progressive dans la dépendance.

Analyse du cas :

Pour le récit recueilli auprès de M. Saïd, jeune adulte consommateur de substances psychoactives, l'entretien a permis de retracer les grandes étapes de sa trajectoire de vie, en lien avec l'entrée progressive dans la consommation. À travers son récit, il évoque une enfance stable et une scolarité plutôt réussie, mais marquée par des ruptures affectives, notamment la séparation avec son amie et surtout le décès de son père, qu'il considère comme un tournant. Comme le souligne Varescon (2009), ces événements de rupture peuvent constituer des points de bascule dans la trajectoire d'un sujet, favorisant l'émergence de comportements addictifs lorsqu'ils ne sont pas symbolisés. Il décrit ensuite comment la

fréquentation de la résidence universitaire, l'entourage et l'influence des filles qu'il côtoyait ont facilité l'accès au cannabis, qu'il consommait régulièrement. Sa première expérience de consommation a été forte, et il relate une période d'addiction progressive, marquée par l'isolement, les conduites à risque, et la perte de repères. Le récit de Saïd met en évidence comment les événements marquants de sa vie, son instabilité émotionnelle et son environnement social ont contribué à l'installation du comportement addictif.

Synthèse de l'entretien de M. Saïd

D'après les données recueillies à travers cet entretien, M. Saïd présente un parcours de vie marqué par des événements affectifs et familiaux déstabilisants. Ces expériences, associées à un entourage défavorable en milieu universitaire, ont favorisé l'installation progressive d'un comportement addictif.

Cas n°02 : Achref

1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :

1-1 Présentation générale du cas :

Nous avons rencontré M. Achref dans le cadre de notre recherche. Âgé de 42 ans, il est actuellement hospitalisé depuis un mois et demi dans l'EHS d'Oued-Ghir. Il exerce le métier d'agent de sécurité au sein d'une université. Il est divorcé, et occupe la deuxième place dans une fratrie composée de deux frères et une sœur. Son parcours scolaire s'est interrompu au niveau de la quatrième année de l'enseignement moyen (CEM).

L'entretien avec Achref s'est déroulé en deux séances, pour une durée totale de 1h50, dans le bureau du psychologue du service psychiatrique. Le cadre était calme et confidentiel, propice à un échange en profondeur.

Achref s'est montré disponible, collaboratif et engagé tout au long des rencontres. Son discours était structuré, et il répondait aux questions avec attention, sans éluder les sujets sensibles. Lorsqu'il abordait des moments marquants de son parcours, il gardait une posture droite, parfois légèrement tendue, et son regard se posait souvent au sol, surtout lorsqu'il évoquait des souvenirs douloureux.

Ses réactions étaient contenues, mais quelques soupirs discrets et changements dans le ton de sa voix laissaient percevoir l'impact émotionnel de certains récits

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet :

M. Achref se décrit comme ayant grandi dans une famille modeste mais aimante, où il a appris des valeurs fondamentales comme le respect, l'honnêteté et la discipline. Il garde un bon souvenir de son enfance : « *J'étais bon élève, j'aimais jouer avec mes amis du quartier. L'école primaire, pour moi, c'était une belle période* ».

Il poursuit son parcours scolaire au collège avec la même motivation « *J'étais apprécié par mes enseignants et j'avais de bons résultats. J'aimais apprendre* » Cependant, les circonstances de la vie ont bouleversé cette trajectoire. En classe de quatrième année moyenne, alors qu'il se préparait à passer le BEM, son père est tombé gravement malade. En tant qu'aîné de la fratrie, il s'est senti responsable : « *J'ai dû arrêter l'école pour m'occuper de la maison et de la famille* ».

À l'âge de 20 ans, il est incarcéré pendant environ deux mois suite à un conflit dans son quartier. Ce séjour en prison marque un tournant important : « *Ça m'a vraiment touché, psychologiquement et moralement.* » Après sa sortie, il décide de consulter un psychiatre et entame un premier processus de stabilisation. Il décrit cette période comme un moment de répit : « *J'ai retrouvé un peu de paix intérieure, j'ai voulu reconstruire ma vie*».

À partir de là, il commence à travailler pour soutenir sa famille. Il est employé pendant quatre ans dans un hôtel, puis obtient un poste d'agent de sécurité dans une université, espérant ainsi améliorer sa situation financière. Malgré ces efforts, le climat familial se dégrade. Il évoque notamment des tensions entre sa mère et la femme de son oncle, qui créent un environnement pesant.

C'est dans ce contexte qu'il décide de chercher une stabilité : « *Je voulais un endroit à moi, pour offrir à mon père malade un cadre de vie paisible.* » Il réussit à obtenir un logement et s'y installe avec sa famille. Cette période est décrite comme apaisante, malgré la maladie chronique du père, alité depuis près de dix ans.

En 2020, alors qu'il a 40 ans, il décide de se marier. Il confie : « *Mon rêve, c'était que mon père assiste à mon mariage* » Mais le jour même de son mariage, son père décède. Ce moment, très marquant, laisse une profonde blessure : « *Ça m'a détruit intérieurement* ». Il tente malgré tout de construire une vie de couple avec son épouse, mais la cohabitation avec sa mère provoque de fortes tensions. À la suite d'un conflit avec sa belle-mère, son épouse décide de divorcer, alors même qu'elle était enceinte de neuf mois.

Deux semaines après le divorce, Achref devient père d'une fille, mais la séparation rend les contacts très rares : « *Je ne l'ai vue qu'une seule fois depuis sa naissance* ». Cette absence affecte profondément son équilibre émotionnel : « *Je pense à elle tout le temps* ».

Aujourd'hui, malgré les épreuves, il affirme avoir maintenu de bonnes relations avec sa famille et quelques proches. Il se décrit comme ayant été fonctionnel jusqu'à ses 30 ans, mais reconnaît que les événements accumulés l'ont affaibli psychologiquement. Le passage par l'hospitalisation actuelle témoigne d'une volonté de reprise en main, après une trajectoire marquée par des ruptures, des responsabilités précoces et une souffrance intérieure longtemps contenue.

1-3 Informations sur l'addiction aux substances psychoactives :

Progressivement, Achref s'est éloigné de ses repères scolaires et s'est retrouvé exposé à de nouvelles influences. « Je vivais dans un quartier populaire, je traînais avec des gens plus âgés que moi ». C'est à l'âge de 18 ans qu'il consomme pour la première fois de l'alcool, puis du cannabis, et plus tard des médicaments comme la prégabaline (Lyrica). Il explique que ces consommations sont apparues progressivement, à la fois par imitation, et par recherche d'intégration sociale, mais aussi sous l'effet de circonstances de vie difficiles, le tout sans véritable conscience des risques.

Le parcours de M. Achref illustre bien comment l'accumulation de ruptures personnelles, sociales et affectives peut conduire à une forme d'effondrement psychique progressif. Comme le souligne Douville (2003), la répétition de chocs non élaborés entraîne souvent le sujet dans des comportements de rupture avec soi-même et les autres, dont la consommation peut devenir un mode de survie ou de contournement symbolique du réel.

Analyse du cas :

Le récit recueilli auprès de M. Achref met en évidence une trajectoire marquée par des responsabilités précoces, des ruptures affectives et un enchaînement d'épreuves. L'abandon scolaire à un âge critique, dû à la maladie de son père, a représenté un premier point de bascule. L'exposition à un environnement social défavorable, les premières consommations dès l'adolescence, puis l'incarcération ont fragilisé davantage son équilibre personnel. Comme l'expliquent Reynaud et al. (2016), les périodes de vulnérabilité marquées par l'accumulation de ruptures et de tensions peuvent constituer un terrain favorable à l'installation de conduites addictives. Malgré des tentatives de reconstruction (travail, mariage, achat de logement), les tensions familiales et la perte de son père le jour de son

mariage ont profondément marqué son vécu. Ce parcours montre comment l'accumulation d'événements douloureux, non symbolisés, peut favoriser une vulnérabilité à l'addiction.

Synthèse de l'entretien de M. Achref

D'après les données recueillies à travers cet entretien, M. Achref présente un parcours de vie marqué par des événements personnels, familiaux et sociaux qui ont profondément influencé son cheminement.

Cas n°03 : Mohamed

1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :

1-1 Présentation générale du cas :

M. Mohamed est un homme âgé de 28 ans, originaire de Bejaia. Il est le deuxième d'une fratrie composée de deux frères et deux sœurs. Son niveau scolaire s'est arrêté en première année secondaire, après un parcours marqué par des difficultés. Sur le plan professionnel, il a travaillé dans le domaine agricole, puis comme agent de sécurité. Il est actuellement hospitalisé depuis un mois dans un service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1h30, mené dans un climat calme. M. Mohamed s'est montré réceptif et posé, maintenant le regard baissé durant les moments sensibles. Son discours était simple mais cohérent, et certains souvenirs évoqués ont été suivis de silences marqués, laissant transparaître une forme de gêne ou de retenue.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction :

Mohamed évoque une enfance relativement stable, mais marquée par le divorce de ses parents, événement qu'il considère comme une rupture majeure. Il entretient une relation particulièrement conflictuelle avec sa mère, qu'il accuse d'avoir eu recours à la magie (au siher) à son encontre : « *Elle m'a fait de siher, elle m'a détruit la vie.* » À l'âge de 26 ans, il décide de se séparer totalement de sa famille.

Son parcours scolaire a été difficile, et il dit avoir été peu soutenu. Côté sentimental, il relate une relation de trois ans qui s'est terminée de manière brutale, ce qui l'a profondément affecté. Il commence à consommer à l'âge de 20 ans, notamment des psychotropes et du cannabis, influencé par son entourage.

Mohamed insiste sur le fait que le siher aurait profondément perturbé son équilibre psychologique. Il évoque aussi le décès d'un ami proche en 2019, événement qu'il n'a

toujours pas réussi à dépasser. Comme le souligne Fillion (2012), les personnes confrontées à des événements de vie désorganiseurs peuvent développer des conduites de rupture ou de fuite, notamment à travers l'usage de substances, lorsque les ressources psychiques sont insuffisantes pour élaborer ce vécu. Son hospitalisation actuelle semble liée à un état de souffrance émotionnelle intense accumulée au fil du temps.

Analyse du cas :

Le récit de Mohamed met en évidence une trajectoire marquée par des conflits familiaux, notamment la séparation avec sa mère, qu'il vit comme une blessure profonde. Il explique sa souffrance par le siher, ce qui traduit une tentative de donner un sens à son mal-être. Comme le souligne Sttelen (2003), face à des souffrances existentielles difficilement représentables, l'addiction peut émerger comme un comportement substitutif, venant pallier une impossibilité à dire. Sa consommation de substances a commencé dans un contexte de solitude, de rupture affective et de tensions personnelles.

Synthèse de l'entretien de M. Mohamed

D'après les données recueillies à travers cet entretien, M. Mohamed présente un parcours marqué par des ruptures familiales, un isolement affectif et une fragilité psychologique. Sa consommation de substances semble liée à un contexte de souffrance non exprimée.

Cas n°04 : Karim**1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :****1-1 Présentation générale du cas :**

Karim est un jeune homme de 27 ans, fils unique. Il a quitté l'école en troisième année moyenne. Il est célibataire, mécanicien de formation, mais au chômage depuis 2019. Lors de notre rencontre, il était hospitalisé depuis 15 jours au service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1h15. Karim s'est montré disponible et attentif, bien qu'un peu fermé au départ. Il répondait de manière brève mais claire, et évitait souvent le regard, surtout lorsqu'il évoquait des difficultés personnelles. Quelques rictus discrets et silences prolongés accompagnaient certains passages liés à sa consommation ou à ses échecs professionnels.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction :

Il raconte avoir grandi sans son père, car ses parents ont divorcé lorsqu'il avait seulement deux mois. À l'âge de 13 ans, il apprend le décès de son père, ce qui l'a beaucoup touché. À l'adolescence, en entrant au collège, il commence à fréquenter de nouveaux amis, dont certains avaient une mauvaise influence. À 14 ans, il essaie pour la première fois le cannabis « *Je pensais que je m'amusais, mais en réalité je me faisais du mal* ».

À 16 ans, il commence à travailler dans un garage comme apprenti mécanicien. Il y reste environ cinq ans. Pendant cette période, il consomme de plus en plus. Il explique qu'il était souvent fatigué, épuisé, et que cela venait de la drogue.

À l'âge de 17 ans, sa mère se remarie. Il dit avoir très mal vécu ce moment, car elle l'a confié à sa grand-mère. Il se sentait abandonné. « *J'avais l'impression qu'elle m'avait laissé.* » C'est à ce moment-là qu'il commence aussi à consommer des médicaments comme la prégabaline (Lyrica), en plus du cannabis. Il dit que c'est là que sa consommation est devenue plus grave.

Par ailleurs, il a vécu une relation amoureuse pendant quatre ans. La séparation a été difficile à vivre. Il raconte : « *Quand elle est partie, j'ai perdu le moral.* » Cette rupture a aussi renforcé sa consommation.

Tous ces événements l'absence du père, le remariage de sa mère, le sentiment d'abandon, la rupture amoureuse sont venus s'ajouter les uns aux autres. Comme le dit Cyrulnik (2001), lorsqu'on vit plusieurs blessures émotionnelles sans pouvoir en parler ou être soutenu, on peut chercher des moyens de fuir la souffrance, comme la consommation de substances. Karim explique que la drogue était pour lui une manière d'oublier ce qu'il ressentait.

Analyse de cas :

Le parcours de Karim est marqué par plusieurs événements difficiles qui l'ont affecté dès l'enfance. Le divorce de ses parents, l'absence de son père, puis le remariage de sa mère et son placement chez sa grand-mère ont créé un sentiment d'abandon. Ces expériences l'ont fragilisé sur le plan affectif. Dans ce sens, Varescon (2009) souligne que les conduites addictives peuvent apparaître comme des réponses à des carences affectives précoces et à une histoire marquée par des ruptures non symbolisées. À l'adolescence, il commence à consommer du cannabis, puis des médicaments comme la prégabaline, surtout après des

épreuves comme la séparation avec sa compagne. La consommation semble pour lui un moyen d'échapper à ce qu'il ne pouvait pas gérer seul.

Synthèse de l'entretien de M. Karim

D'après les données recueillies, M. Karim présente un parcours de vie marqué par des événements difficiles, notamment le divorce de ses parents, le remariage de sa mère, et une rupture sentimentale. Ces expériences ont fragilisé son équilibre et contribué à l'installation progressive d'une consommation de substances.

Cas n°05 : Mahrez

1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :

1-1 Présentation générale du cas :

Mahrez est un jeune homme âgé de 19 ans. Il est le benjamin d'une fratrie de trois enfants. Son parcours scolaire s'est interrompu très tôt, en première année moyenne, après avoir obtenu son certificat d'études primaires. Il est célibataire, travaille dans une boucherie, et lors de notre rencontre, il était hospitalisé depuis un mois dans un service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1 heure. Mahrez s'est montré ouvert et réactif, avec un ton souvent vif, parfois teinté d'ironie lorsqu'il évoquait certains souvenirs. Il avait tendance à bouger fréquemment sur sa chaise quand les questions touchaient à des sujets personnels ou familiaux.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction

Mahrez raconte avoir vécu une enfance ordinaire, sans événements marquants jusqu'à l'adolescence. Il explique avoir quitté l'école à l'âge de 12 ans, persuadé qu'il n'était pas fait pour les études « *J'ai laissé l'école et mon enfance en même temps. Je pensais que j'étais devenu un homme, mais en vrai, je m'étais perdu* ».

Il commence à travailler très jeune, dans une boucherie. Très vite, il est sollicité par des adultes du quartier pour acheter des produits comme le tabac. À 13 ans, il consomme pour la première fois du cannabis, juste après la mort de son grand-père, avec qui il avait un lien très fort. Il décrit ce décès comme un choc important, qui l'a profondément affecté.

À 14 ans, un autre événement le marque : le décès de la femme de son oncle, qu'il considérait comme une seconde mère. Il dit que cette perte l'a poussé à consommer davantage. « *Elle me rendait heureux, elle me faisait oublier mes problèmes* ».

Il explique qu'il b consomme matin, soir et nuit, malgré les remarques constantes de sa famille. Il mentionne aussi des difficultés à contrôler ses émotions : « *Je ne me contrôle pas quand je suis en colère* ». À 16 ans, il agresse une personne avec un couteau après une dispute, ce qui marque un tournant dans son comportement.

Sur le plan affectif, il évoque une relation amoureuse d'un an, terminée à 18 ans, qu'il a vécue comme un nouvel abandon. Depuis, il dit que sa consommation s'est intensifiée. Il se décrit comme « *un combattant* », mais aussi comme quelqu'un qui vit en conflit permanent avec les autres et avec lui-même.

Ce parcours illustre ce que décrit Berger (2010), lorsque l'adolescent ne trouve pas dans son entourage les repères émotionnels nécessaires pour contenir ses affects, la consommation peut devenir une manière de gérer ses tensions internes, particulièrement dans les contextes de perte ou de séparation non symbolisées.

Analyse de cas :

Le parcours de Mahrez montre une entrée très précoce dans la consommation de cannabis, dans un contexte marqué par des pertes successives et un sentiment d'abandon. Le décès de son grand-père puis de la femme de son oncle, deux figures affectives importantes pour lui, ont profondément bouleversé son équilibre émotionnel. Selon Lançon (2013), de tels événements de perte, lorsqu'ils ne sont pas élaborés psychiquement, peuvent créer un terrain propice au développement d'une conduite addictive comme réponse à la douleur. À cela s'ajoutent une rupture scolaire précoce, une surcharge de responsabilités et un manque de soutien familial. Son impulsivité, les conflits fréquents, ainsi que la relation amoureuse interrompue à l'adolescence semblent avoir renforcé un mal-être qu'il tente de calmer à travers la consommation.

Synthèse de l'entretien de M. Mehrez

D'après les données recueillies, M. Mahrez présente un parcours de vie marqué par des événements affectifs douloureux, des ruptures précoces et un isolement émotionnel. Sa consommation de substances s'inscrit dans une tentative de soulager une souffrance liée à des pertes non surmontées.

Cas n°06 : Ishak**1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :****1-1 Présentation générale du cas :**

M. Ishak est un homme âgé de 55 ans. Il est l'aîné d'une fratrie composée de deux sœurs et trois frères. Son niveau d'instruction s'est arrêté à la sixième année primaire. Il est célibataire et travaille comme un agent de nettoyage. Lors de notre rencontre, il était hospitalisé depuis deux mois dans un service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1h15. M. Ishak s'est montré réservé mais respectueux, adoptant une attitude très posée, presque effacée. Il répondait lentement, avec des pauses fréquentes, souvent le regard baissé. Lorsqu'il parlait de son parcours familial, il montrait peu d'expressivité faciale, mais son voix devenait plus grave, notamment lors de certains passages évoquant l'isolement.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction

Ishak évoque une enfance difficile, marquée par une pauvreté importante. Il explique qu'il se sentait différent des enfants de sa famille, qui vivaient dans de meilleures conditions. « *Parfois, on n'avait même pas de quoi manger à la maison.* » Sa mère, pour subvenir aux besoins de la famille, travaillait chez un oncle.

À l'école, il se sentait en difficulté. Il n'a pas réussi à obtenir son certificat de fin d'études primaires et a quitté l'école tôt. Il aimait le football, mais a dû abandonner cette passion pour aider sa famille. À l'âge de 8 ans, il perd sa mère, ce qu'il décrit comme un tournant majeur dans sa vie « *Sa mort a tout changé.* »

À 14 ans, il consomme de l'alcool pour la première fois, dans un contexte de solitude et de fatigue psychique. « *J'ai bu pour oublier un peu* »

À 17 ans, il vit un déménagement important, qui le coupe de son environnement habituel. Il décrit ce changement comme un moment difficile. « *J'ai perdu mes repères.* » Ce bouleversement semble avoir accentué son mal-être, et à 18 ans, il commence à consommer du cannabis.

Il dit que tous ces événements se sont accumulés au fil des années. « *Cette vie m'a beaucoup fatigué.* » Le récit d'Ishak montre comment des pertes successives, des responsabilités précoces et des ruptures non symbolisées peuvent conduire à une

consommation installée. Comme l'indique Balier (2006), chez certaines personnes, la consommation devient un mode de survie dans des contextes où les ressources psychiques sont trop fragiles pour faire face à la réalité.

Analyse de cas :

Le cas d'Ishak montre une trajectoire de vie marquée par la pauvreté, la perte précoce de sa mère, et l'absence de soutien. Dès l'enfance, il s'est senti en décalage avec les autres, ce qui a renforcé un sentiment d'injustice et d'exclusion. Comme le soulignent Lqueille et Chassagnoux (2017), les parcours marqués par la marginalisation sociale, l'isolement familial et les carences affectives forment un terrain propice à l'émergence de conduites addictives. La consommation d'alcool, puis de cannabis, est venue progressivement s'installer dans un contexte de souffrance accumulée.

Synthèse de l'entretien M. Ishak

Le parcours d'Ishak est marqué par des événements de vie difficiles, notamment la perte de sa mère, la pauvreté et la solitude. Sa consommation s'inscrit dans une trajectoire où la douleur n'a jamais été exprimée, seulement portée.

Cas n°07 : Yacine**1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :****1-1 Présentation générale du cas :**

M. Yacine est un homme âgé de 59 ans. Il est le troisième d'une fratrie composée de deux sœurs et un frère. Il a arrêté sa scolarité en cinquième année primaire. Marié et père de trois enfants, il travaille comme agent de sécurité dans une école. Lors de notre rencontre, il était hospitalisé depuis 24 jours au sein du service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1h30. Yacine s'est montré attentif et disponible. Son discours était prudent et mesuré, avec un ton calme. Lorsqu'il abordait des sujets familiaux ou des échecs personnels, il manifestait une légère crispation au niveau du visage, et ses mains restaient croisées sur ses genoux, il ponctuait parfois ses propos de soupirs étouffés, laissant deviner une charge affective sous-jacente.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction

Yacine explique qu'il vit avec une maladie chronique depuis l'enfance. « *Depuis que j'ai commencé à me souvenir, j'étais déjà malade.* » Il est atteint de diabète depuis l'âge où il

a conscience de lui-même. Il raconte que cela a profondément marqué sa façon de vivre et sa perception de lui-même dès l'enfance.

À l'âge de 16 ans, il perd son père, un événement qu'il décrit comme un bouleversement majeur : « *Tout a changé quand mon père est mort.* » Ce choc émotionnel, combiné à sa condition médicale, l'amène à consommer pour la première fois du cannabis à l'âge de 17 ans. Il explique que la consommation a ensuite évolué vers d'autres substances, sur une période prolongée.

Devenu adulte, marié et père, il traverse un autre drame personnel : à l'âge de 47 ans, il perd son fils. Cette perte rouvre une ancienne blessure. Il déclare que cet événement l'a replongé dans une consommation plus régulière, marquée par une douleur silencieuse.

Le parcours de Yacine montre comment la répétition de pertes, la maladie chronique et le manque d'espaces d'expression émotionnelle peuvent s'accumuler. Comme le souligne Missonnier (2004), les sujets vivant avec une souffrance ancienne non dite peuvent développer des conduites addictives comme tentative de protection contre un trop-plein affectif.

Analyse de cas :

Le récit de Yacine montre une trajectoire marquée par la souffrance chronique, la perte et la solitude intérieure. Sa maladie (le diabète) l'a isolé dès l'enfance, l'empêchant de vivre comme les autres enfants. La mort de son père à 16 ans constitue un tournant brutal qui coïncide avec son entrée dans la consommation. Comme le rappelle le Collège national des universitaires en psychiatrie (2020), les parcours marqués par des épisodes de vulnérabilité, des pertes significatives et une absence d'élaboration psychique peuvent favoriser l'émergence ou la reprise de conduites addictives. Plus tard, la perte de son fils à 47 ans vient raviver une douleur ancienne, entraînant une reprise ou une intensification de l'usage. Le fait que Yacine parle peu de ses émotions mais relie clairement ses consommations aux événements vécus montre que la drogue fonctionne pour lui comme un moyen d'anesthésier une souffrance persistante.

Synthèse de l'entretien M. Yacine

D'après les données recueillies, M. Yacine présente un parcours marqué par des événements de vie marquants : une maladie chronique dès l'enfance, le décès de son père à l'adolescence, et la perte de son fils à l'âge adulte. Ces épreuves semblent avoir contribué à l'installation progressive de la consommation.

Cas n°08 : Mourad**1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :****1-1 Présentation générale du cas :**

M. Mourad est un jeune homme de 25 ans. Il est l'aîné d'une fratrie composée de trois sœurs. Son niveau d'instruction s'est arrêté à la quatrième année moyenne. Il est célibataire et travaille dans l'aluminium. Lors de notre rencontre, il était hospitalisé depuis un mois au sein du service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1h15. Mourad s'est montré engagé et spontané, avec un langage franc, parfois ponctué d'expressions familières. Il exprimait ses idées avec aisance, mais raccrochait souvent son regard au sol lorsqu'il parlait de sa consommation. À certains moments, il souriait brièvement en évoquant des épisodes de son adolescence.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction :

Mourad raconte une enfance marquée par des bouleversements familiaux. Il a étudié jusqu'à la troisième année moyenne, puis a vécu un changement important : sa famille est partie à l'étranger, le laissant vivre avec son oncle. Il dit que cette période l'a beaucoup affecté, d'autant plus que ses relations avec l'oncle n'étaient pas toujours bonnes « *Je vivais avec mon oncle, mais ce n'était pas facile. Je me sentais seul* ».

Il se souvient d'un premier deuil à l'âge de 9 ans, celui d'un voisin proche, puis à 15 ans, la mort de son oncle, qu'il considérait comme une figure de référence. Ce second choc émotionnel semble avoir été déterminant. Peu après, à 16 ans, il développe des symptômes dépressifs qui le conduisent à consulter. Une dépression est diagnostiquée et traitée médicalement, mais il en garde une impression de malaise persistant.

C'est également à cet âge qu'il consomme pour la première fois de l'alcool, puis passe rapidement au cannabis. Il explique que ces substances lui procuraient un certain soulagement : « *Je me sentais heureux quand je prenais ça* ».

Par la suite, il consomme aussi de la prégabaline (Lyrica), qu'il associe à un effet apaisant. Sa consommation devient régulière, touche plusieurs produits, et s'inscrit dans une logique de fuite ou d'anesthésie émotionnelle.

À l'âge de 23 ans, il traverse un épisode de grande détresse psychique, au cours duquel il fait une tentative de suicide, suivie d'une hospitalisation psychiatrique. Il évoque ce moment comme un point de rupture : « *Je ne voyais plus de solution. C'était trop* ».

Son récit montre comment les ruptures affectives, les pertes et un contexte familial instable ont contribué à créer un terrain de fragilité. Comme l'explique Jeammet (2001), chez l'adolescent, la consommation peut devenir une tentative de réassurance face à l'angoisse, surtout lorsque les figures d'attachement ne sont pas stables ou disponibles.

Analyse de cas :

Le parcours de Mourad est marqué par des ruptures et des pertes précoces. La séparation avec ses parents, partis vivre à l'étranger, puis la cohabitation difficile avec son oncle, ont perturbé son équilibre familial. Le décès de ce dernier à l'adolescence, vécu comme un choc, semble avoir précipité son entrée dans la consommation. D'après Lançon (2013), ces événements de rupture non élaborés peuvent fragiliser les capacités d'adaptation et favoriser l'installation d'une conduite addictive comme tentative de régulation de la souffrance. Mourad associe clairement l'usage de substances à un besoin de soulagement et de bien-être, dans un contexte de solitude et de désorganisation émotionnelle. Sa trajectoire montre comment la consommation devient une réponse à des événements non élaborés, vécus dans un climat de fragilité affective.

Synthèse de l'entretien M. Mourad

D'après les données recueillies, M. Mourad présente un parcours marqué par des événements de vie douloureux, notamment des séparations familiales et des pertes affectives. Sa consommation s'inscrit dans une tentative d'apaisement face à un mal-être lié à l'abandon et au manque de stabilité.

Cas n°09 : Hani

1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :

1-1 Présentation générale du cas :

M. Hani est un homme âgé de 43 ans. Il est l'aîné d'une fratrie composée de quatre sœurs. Son niveau d'instruction est secondaire ; il a quitté le lycée en deuxième année. Il travaille comme agent administratif dans une entreprise. Lors de notre rencontre, il était hospitalisé depuis deux mois dans un service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1h30. Hani s'est montré posé, réfléchi et structuré dans son discours. Il parlait avec un ton mesuré, et prenait le temps de choisir ses mots. Lorsqu'il évoquait son passé scolaire ou professionnel, il marquait de légers hochements de tête, et ponctuait certains récits par des commentaires lucides, parfois teintés d'autodérision. Ses mains restaient croisées sur la table, traduisant une attitude de contrôle et de retenue.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction :

Hani décrit son enfance comme « *normale* » jusqu'à l'âge de 7 ans, lorsqu'il perd sa grand-mère, avec qui il était très proche. Il précise que cet événement l'a profondément marqué : « *C'était la première personne à qui j'étais vraiment attaché.* »

À 17 ans, il expérimente pour la première fois les psychotropes. Il relie clairement cette première consommation au vide affectif laissé par la disparition de sa grand-mère. Il quitte le lycée peu de temps après, en deuxième année secondaire. Il dit consommer tous les jours depuis cette période.

À 38 ans, il perd sa mère, un événement qu'il décrit comme un véritable bouleversement dans sa vie : « *Quand elle est morte, tout s'est effondré.* » Il insiste sur le fait que cet événement a marqué un tournant dans son état psychique et dans sa consommation.

Plus récemment, il vivait une relation amoureuse qui a duré deux ans. À 40 ans, la rupture avec sa compagne, qui s'est mariée avec un autre homme, a été vécue comme un abandon brutal : « *Elle m'a quitté pour de bon. Ça m'a détruit.* »

Le récit de Hani montre une série de pertes affectives majeures, non élaborées, qui ont laissé une souffrance durable. Comme l'explique Corcos (2003), chez certains sujets, les carences affectives précoces et les séparations mal symbolisées peuvent conduire à des comportements addictifs, dans une tentative de maintenir un équilibre psychique.

Analyse de cas :

Le récit de Hani met en évidence une trajectoire marquée par des pertes affectives successives, vécues sans accompagnement ni élaboration. La mort de sa grand-mère à l'enfance, puis celle de sa mère à l'âge adulte, sont évoquées comme des points de rupture majeurs dans son équilibre émotionnel. Selon Sttelen (2003), lorsqu'un individu ne parvient pas à symboliser sa souffrance, celle-ci peut se déplacer vers un comportement substitutif comme l'addiction, qui devient alors un moyen de contenir l'angoisse. Sa consommation quotidienne de psychotropes semble s'être installée très tôt comme une stratégie d'évitement

face à la douleur. La rupture amoureuse récente vient réactiver ce sentiment d'abandon et accentuer son mal-être. Son parcours illustre comment l'accumulation de séparations et de souffrance affective non exprimée peut conduire à un usage régulier de substances comme tentative de stabilisation psychique.

Synthèse de l'entretien M. Hani

D'après les données recueillies, M. Hani présente un parcours marqué par des événements affectifs profonds : la perte de figures d'attachement et une rupture sentimentale difficile. Sa consommation s'inscrit dans une tentative de régulation émotionnelle face à une douleur silencieuse, accumulée au fil du temps.

Cas n°10 : Houssem

1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :

1-1 Présentation générale du cas :

M. Houssem est un homme âgé de 31 ans. Il est le benjamin d'une fratrie composée de trois sœurs. Il est célibataire, étudiant en médecine. Lors de notre rencontre, il était hospitalisé depuis un mois dans un service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1h20. Houssem s'est montré articulé, calme et attentif, avec une expression verbale précise et nuancée. Il adoptait une posture droite et conservait un contact visuel soutenu, sauf lorsqu'il abordait des épisodes émotionnellement sensibles, où il détournait brièvement le regard.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction :

Houssem raconte avoir vécu une enfance paisible, sans événement traumatique notable. Il insiste sur le fait qu'il était toujours parmi les meilleurs élèves, très sérieux, et n'a jamais rencontré de difficulté scolaire ou familiale durant cette période.

Ce n'est qu'à l'âge de 19 ans que sa trajectoire change radicalement. Il développe plusieurs problèmes de santé : douleurs physiques intenses, asthme, hernie discale. Il traverse alors une période de grande souffrance, marquée par une insomnie sévère et des troubles de l'humeur. Ces douleurs et symptômes psychiques deviennent rapidement envahissants et affectent son quotidien.

Il confie avoir ressenti un profond désengagement de la part de sa famille durant cette période. « *J'avais besoin de soutien, mais ils ne voyaient rien* ». Il ajoute que ce manque

d'attention l'a profondément blessé, au point qu'il a fini par rompre tout lien avec sa famille. Cette séparation affective et physique marque un second tournant dans sa trajectoire.

Il consulte alors un médecin généraliste, qui lui prescrit des antidépresseurs. Il déclare : « *Au début, c'était pour dormir, mais après c'est devenu 15 comprimés par jour.* » Il reconnaît que ces médicaments l'ont aidé à tenir, mais qu'ils sont rapidement devenus une addiction.

Le récit de Houssem montre clairement que deux événements majeurs la maladie physique chronique et la rupture familiale ont fragilisé ses repères personnels et émotionnels. Comme le souligne Khantzian (1997), chez certaines personnes, l'addiction peut fonctionner comme un moyen d'auto-régulation de la détresse, lorsque ni le corps ni le lien affectif ne permettent de l'exprimer autrement.

Analyse de cas :

Houssem est entré dans la consommation à la suite de deux événements importants : sa maladie physique chronique, apparue à 19 ans, et la rupture du lien avec sa famille. Ne trouvant ni soulagement médical suffisant, ni soutien affectif, il a commencé à abuser des antidépresseurs. Comme le rappelle Engel (1977) dans son modèle bio-psycho-social, l'addiction peut émerger de l'interaction entre une souffrance corporelle non soulagée et un environnement affectif défaillant, rendant le recours aux substances une tentative de régulation globale. Son addiction s'est installée comme un moyen de faire face à une double souffrance, physique et psychique.

Synthèse de l'entretien M. Houssem

Le parcours de Houssem est marqué par deux événements de vie significatifs : l'apparition de troubles physiques à l'âge de 19 ans et une rupture affective avec sa famille. Ces expériences ont contribué à l'installation progressive d'une addiction aux psychotropes, initialement prescrits à visée médicale. Sa consommation apparaît comme une tentative de soulager une souffrance globale, à la fois physique et émotionnelle.

Cas n°11 : Anouar**1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :****1-1 Présentation générale du cas :**

M. Anwar est un homme âgé de 33 ans. Il est le sixième d'une fratrie de huit enfants. Son niveau d'instruction s'est arrêté à la première année moyenne. Il est célibataire et a travaillé comme employé en restauration. Lors de notre rencontre, il était hospitalisé depuis un mois dans un service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1h10. Anouar s'est montré réservé mais poli, avec un discours bref, souvent hésitant. Il évitait le regard direct, et répondait parfois par des gestes de la tête, notamment lorsqu'il semblait mal à l'aise. Il marquait de longs silences avant d'évoquer certains souvenirs personnels, et ses mains restaient serrées entre ses genoux.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction :

Anwar évoque une enfance difficile, marquée dès son jeune âge par la maladie et un environnement familial conflictuel. Il affirme que sa vie ne ressemblait pas à celle des autres enfants : « *J'ai connu un petit moment de bien-être, puis tout s'est écroulé.* »

À partir de l'âge de 13 ans, il garde en mémoire des conflits fréquents entre ses parents, qui n'ont jamais cessé depuis. Il rapporte que ces tensions familiales permanentes ont affecté son équilibre psychique et son développement personnel. Il dit n'avoir jamais eu de bonnes relations avec sa famille ni avec ses proches.

Sur le plan scolaire, son parcours a été marqué par des échecs. Il quitte rapidement l'école, sans motivation ni encadrement. À 20 ans, il est incorporé dans le service militaire, une étape qu'il traverse en étant déjà affaibli sur le plan physique et émotionnel.

La même année, il commence à consommer du cannabis pour soulager ses souffrances : « *C'était pour calmer un peu tout ce que j'avais dans la tête.* » Deux ans plus tard, il vit une rupture amoureuse douloureuse : sa compagne l'abandonne en raison de son état de santé fragile et de son environnement familial chaotique. Cet événement affectif l'a profondément marqué.

À 25 ans, il souffre d'une maladie grave, qu'il traverse sans soutien. Il précise que sa famille ne l'a pas accompagné durant cette période critique. Ce cumul de douleurs conduit à une tentative de suicide à l'âge de 27 ans.

Le récit d'Anouar témoigne d'un parcours marqué par des conflits prolongés, une solitude affective et une souffrance corporelle et psychique non prise en charge. Comme le souligne Fillion (2012), chez certains individus, la répétition d'épreuves non symbolisées peut mener à une conduite addictive, parfois associée à des passages à l'acte.

Analyse de cas :

Le parcours d'Anouar révèle une trajectoire marquée par une accumulation de souffrances précoces et continues. Enfance perturbée par la maladie, climat familial conflictuel, rupture affective, absence de soutien et isolement émotionnel sont autant de facteurs qui ont fragilisé son équilibre. Comme l'indiquent Morel et Couteron (2019), l'addiction s'inscrit souvent dans une lecture biographique marquée par des épisodes de rupture, de désaffiliation et de souffrance non symbolisée. Sa consommation de cannabis, initiée à 20 ans, apparaît comme une réponse à un mal-être profond. La tentative de suicide à 27 ans souligne une détresse longtemps contenue. L'addiction semble ici s'inscrire dans une logique de soulagement face à un vécu chargé de tensions et de ruptures.

Synthèse de l'entretien M. Anouar

D'après les données recueillies, M. Anouar présente un parcours fortement marqué par des événements de vie douloureux, allant des conflits familiaux prolongés à une maladie grave, en passant par une rupture sentimentale. La consommation de substances psychoactives s'inscrit dans une tentative d'échapper à une souffrance émotionnelle et corporelle non exprimée.

Cas n°12 : Rachid**1- Présentation et analyse du récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif :****1-1 Présentation générale du cas :**

M. Rachid est un homme âgé de 43 ans. Il est célibataire, le plus jeune d'une fratrie de six garçons. Il a interrompu sa scolarité au début du secondaire. Il a exercé comme manœuvre. Lors de notre rencontre, il était hospitalisé depuis 15 jours dans un service psychiatrique.

L'entretien a duré environ 1 heure. Rashid s'est montré plutôt discret et sur la réserve, avec un langage simple et parfois hésitant. Il adoptait une posture fermée, les bras croisés, et évitait de répondre immédiatement à certaines questions, laissant souvent place à de courts silences.

1-2 Informations sur la trajectoire de vie du sujet et son addiction :

Rachid décrit son enfance comme « normale », mais souligne très vite que « chez nous, tout le monde buvait... mes frères, mon père... c'était comme ça. » Il grandit donc dans un environnement familial où la consommation d'alcool est omniprésente et banalisée.

À l'âge de 15 ans, il perd son père. Un an plus tard, il commence lui-même à boire de l'alcool. Il explique : « J'ai commencé à 16 ans, comme les autres... c'était naturel ».

Vers 18 ans, il développe un fort attachement sentimental pour sa cousine : « Je l'aimais de loin, je pensais qu'un jour peut-être... » Mais cette relation restera à sens unique. Lorsqu'elle part s'installer en France et se marie, il vit cet événement comme un choc brutal : « Quand j'ai su qu'elle s'est mariée, j'ai craqué. J'ai bu encore plus ».

À 19 ans, il débute sa consommation de cannabis, puis alterne entre alcool et substances. Il parle de ses excès avec lucidité : « Je ne savais plus m'arrêter, j'étais toujours énervé. » Il évoque aussi un acte de violence envers sa sœur : « Je l'ai frappée avec un couteau, j'ai honte, mais j'étais dans un sale état ».

Le récit de Rachid met en lumière une addiction construite dans un contexte familial à haut risque, renforcée par une souffrance affective mal exprimée. Comme le souligne Bergeret (1996), les troubles addictifs trouvent souvent racine dans un climat familial instable, où les repères sont flous et les traumatismes non élaborés.

Analyse du cas :

Le parcours de Rachid est marqué par une transmission familiale de l'addiction à l'alcool, normalisée dès l'enfance. Le décès de son père à 15 ans, suivi de l'absence de repères affectifs, a facilité sa propre entrée dans la consommation. Selon Dubar (2006), l'absence de figures éducatives stables et la reproduction de modèles familiaux déviants peuvent fragiliser le processus de socialisation et favoriser l'adoption de comportements addictifs. Le choc émotionnel lié à la perte de sa cousine, qu'il aimait, a renforcé ce processus. Sa trajectoire est marquée par un usage qui s'inscrit à la fois dans une logique d'imitation et dans une tentative de combler un vide affectif.

Synthèse de l'entretien M. Rachid

D'après les données recueillies, M. Rachid présente un parcours influencé par des facteurs familiaux et affectifs. L'environnement marqué par la consommation d'alcool, le décès de son père, et une rupture amoureuse non exprimée ont constitué un terrain favorable à l'installation progressive de l'addiction. Sa consommation semble liée à un besoin de compensation face à un vide affectif et à un contexte familial désorganisé.

Après avoir présenté et analysé les différents cas à partir des récits de vie, nous passons désormais à la seconde étape de notre travail, consacrée à la présentation des résultats généraux obtenus grâce au questionnaire EVE, administré à l'ensemble de notre groupe de recherche.

Cette partie a pour objectif de mettre en évidence les types d'événements les plus fréquemment vécus, leur fréquence, ainsi que leur impact perçu par les sujets, afin d'apporter un éclairage complémentaire aux données qualitatives.

Tableau n° 06 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets de questionnaire EVE de (FRERRI & VACHER, 1985)

Événements	Événements de vie		Événements vécu comme traumatisants	
	N	%	N	%
Décès	16	133 %	16	133 %
Séparation parentale	2	17 %	2	17 %
Mésentente parentale	1	8 %	1	8 %
Changement dans le mode de vie	3	25 %	3	25 %
Événement affectif	8	67 %	8	67 %
Service militaire	1	8 %	1	8 %
Séparation avec la famille	4	33 %	4	33 %
Tentative de suicide	2	17 %	2	17 %
Changement dans la famille	1	8 %	1	8 %
Conflits dans la société	2	17 %	2	17 %
Licenciement-Chômage	1	8 %	1	8 %
Séparation conjugale	1	8 %	1	8 %
Dépression traitée sans Hospitalisation	1	8 %	1	8 %
Maladies	5	42 %	5	42 %

(Source : nous-mêmes)

L'analyse des données issues du questionnaire des événements de vie (EVE) montre que l'ensemble des sujets ont rapporté des événements marquants, vécus de manière profondément traumatisante. L'événement le plus fréquent est le décès, le pourcentage dépassent 100 % avec 16 occurrences sur 12 sujets (133%), ce qui reflète l'intensité des pertes subies, parfois répétées (cas de Saïd, Ashraf, Yacine, Karim, Mourad, Housseem). Les événements affectifs tels que les ruptures sentimentales ou les amours non réciproques concernent 8 sujets (67 %) et ont souvent constitué des tournants dans leur histoire personnelle (Saïd, Ashraf, Rachid, Karim, Mourad, Housseem). Ils viennent en seconde position après les décès. La séparation avec la famille est présente chez 4 sujets (33 %) et renvoie à des situations d'isolement, d'abandon ou de conflit prolongé (Mohamed, Housseem, Anwar, Ashraf). En parallèle, les maladies physiques ou psychiques touchent 5 sujets (42 %) et participent à la vulnérabilité générale du sujet (Housseem, Anwar, Yacine, Ashraf, Mourad). D'autres événements, comme les tentatives de suicide (17 %), les changements importants dans le mode de vie (25 %), le licenciement (8 %) ou encore les conflits sociaux et familiaux (8 à 17 %), complètent ce tableau. Ce qui ressort de manière transversale, c'est que ces événements, bien qu'hétérogènes, ont tous été ressentis comme déstabilisants, douloureux, voire destructeurs, et ont contribué, chacun à leur manière, à l'installation progressive d'un comportement addictif, souvent présenté par les sujets comme un mode d'adaptation ou de soulagement face à la souffrance vécue.

Afin de mieux illustrer et synthétiser les résultats obtenus à partir du questionnaire des événements de vie (EVE), nous avons choisi de les représenter sous forme de diagramme. Ce support visuel permet de visualiser rapidement la fréquence des événements marquants rapportés par les participants et de faciliter la lecture des données.

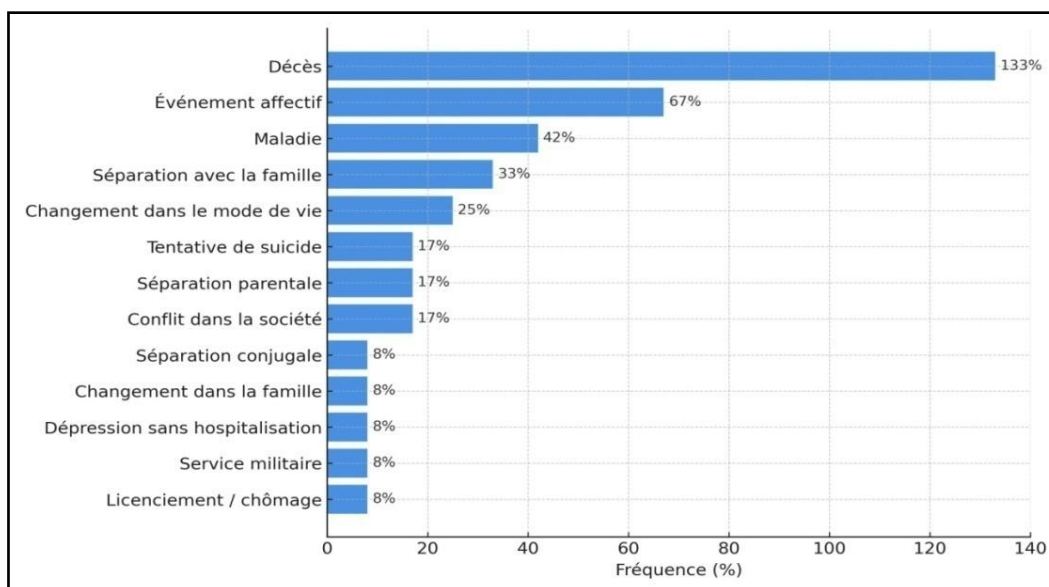


Figure N°02 : Diagramme en cubes représentant les résultats de questionnaire EVE pour 12 patients adultes addicts.

(Source : élaboré par nous-mêmes)

La figure ci-dessus présente la fréquence des événements de vie rapportés par les sujets à partir du questionnaire des événements de vie (EVE).

Après avoir présenté les résultats du questionnaire EVE, nous allons à présent nous intéresser à la fréquence des stratégies d'adaptation que le sujet mobilise face à ces derniers.

Tableau n°07 : Fréquence des stratégies utilisées face à la totalité des événements marquants d'après le questionnaire EVE (N=48)

Stratégies d'adaptation	N	%
Imaginer des solutions	25	52 %
Parler à l'entourage	22	46%
Aide de l'entourage	8	17%
Agir sur l'événement	20	42%
Contrôle d'événement	13	27 %
Contrôle intérieure	17	35 %
Circonstances favorables	10	21 %

(Source : nous-mêmes)

Le tableau ci-dessus présente la fréquence des stratégies d'adaptation mobilisées face aux événements marquants, selon les données issues du questionnaire EVE (N=48). On observe

que les stratégies les plus fréquemment rapportées sont « Imaginer des solutions » (52 %) et « Parler à l'entourage » (46 %), ce qui suggère une certaine tendance à la recherche de solutions actives ou à la verbalisation du vécu. « Agir sur l'événement » (42 %) et le « Contrôle intérieur » (35 %) apparaissent également comme des stratégies significatives, traduisant une volonté de reprendre le contrôle sur la situation ou sur soi-même.

En revanche, des stratégies plus passives ou externes, comme « Aide de l'entourage » (17 %) ou « Circonstances favorables » (21 %), sont moins mobilisées, ce qui peut témoigner d'un sentiment d'isolement, ou d'un manque de ressources perçues dans l'environnement social ou matériel du sujet.

Cependant, malgré la mobilisation de plusieurs stratégies d'adaptation certaines proactives et orientées vers la résolution de problème, il est important de souligner que ces efforts n'ont pas toujours permis d'éviter la mise en place de conduites addictives. Cela pourrait suggérer que ces stratégies, bien qu'activées, se sont révélées insuffisantes, inadaptées, ou trop ponctuelles pour réellement permettre une régulation émotionnelle efficace à long terme. L'addiction pourrait alors apparaître comme un mode d'adaptation alternatif, certes dysfonctionnel, mais perçu comme plus immédiat et accessible dans des contextes de forte détresse ou de vulnérabilité psychique.

Ces résultats sont en accord avec les observations de Lazarus et Folkman (1984), pour qui le coping ne garantit pas nécessairement une issue positive, surtout lorsque les ressources personnelles ou sociales sont perçues comme insuffisantes. Dans ce cas, l'addiction peut se substituer aux stratégies classiques de coping, en devenant une tentative de régulation émotionnelle face à une accumulation d'échecs adaptatifs.

Pour mieux comprendre les données issues du tableau précédent, nous avons réalisé un diagramme des différentes stratégies d'adaptation :

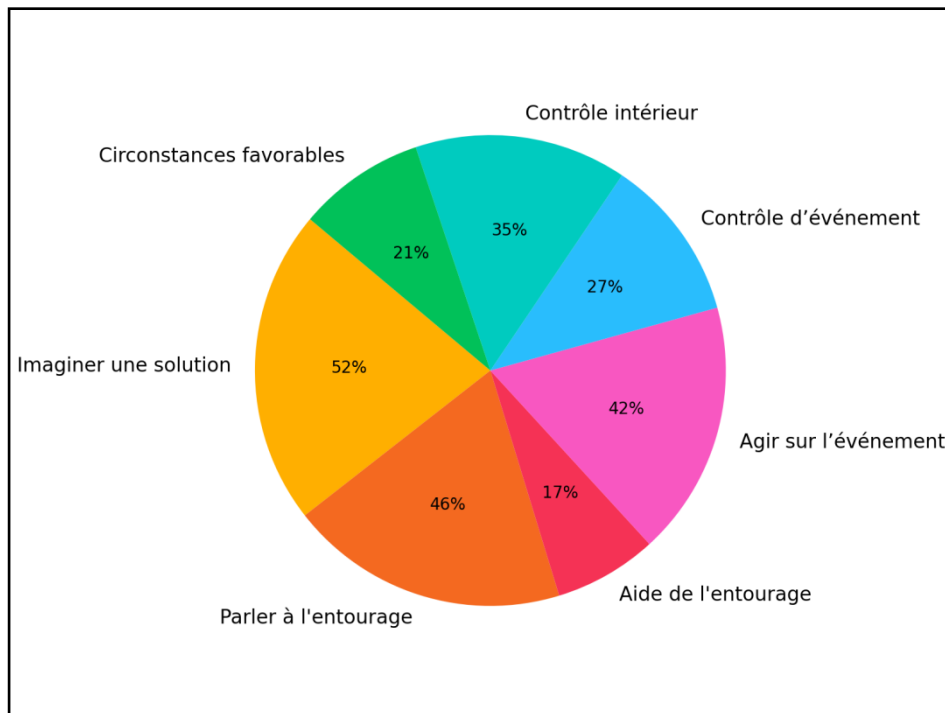


Figure N°03 : Diagramme en cercle représentant la fréquence des stratégies utilisées face à la totalité des événements marquants d'après le questionnaire EVE.

(Source : élaboré par nous-mêmes)

La figure ci-dessus présente la fréquence des différentes stratégies d'adaptation utilisées par les participants face aux événements qu'ils ont identifiés comme marquants dans leur parcours de vie.

II- Discussion de l'hypothèse

Après avoir présenté et analysé les résultats issus de nos 12 cas, nous arrivons à la dernière partie de ce chapitre. Celle-ci vise à discuter notre hypothèse, afin de répondre à la question centrale de notre problématique. Pour rappel, notre objectif est d'explorer le parcours de vie de patients adultes présentant une addiction. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les données recueillies à l'aide des outils de recherche mobilisés, à savoir : le récit de vie étayé par un entretien de recherche semi-directif, ainsi que le questionnaire des événements de vie (EVE).

Dans un second temps, nous confronterons ces résultats aux études antérieures menées sur ce sujet.

Pour rappel, notre hypothèse s'énonçait comme suit :

Hypothèse : *« Oui, les patients adultes addicts aux substances psychoactives hospitalisés à l'EHS d'Oued-Ghir rapporteraient un parcours de vie marqué par des événements marquants qui ont influencé leur trajectoire personnelle et leur addiction ».*

Nous présentons ici la discussion des résultats obtenus à partir des cas que nous avons étudiés :

Cas N° 1 : M. Saïd

À partir de l'analyse des données recueillies à travers le récit de vie de Saïd, étayé par le guide d'entretien, il apparaît clairement que son parcours est jalonné d'événements marquants ayant contribué à la mise en place de sa consommation. Le décès de son père, vécu comme un choc profond, ainsi que plusieurs ruptures affectives successives, ont provoqué une instabilité émotionnelle notable. Cette fragilité l'a conduit à s'éloigner de ses repères initiaux et à fréquenter des milieux où la consommation de substances psychoactives était banalisée, facilitant ainsi l'entrée dans l'addiction.

Les données issues du questionnaire des événements de vie (EVE) confirment cette lecture : Saïd a rapporté le décès de son père, le décès d'un autre membre de la famille, ainsi qu'un événement affectif douloureux, vécus comme des expériences subjectivement traumatisantes.

Ainsi, l'analyse croisée de l'entretien et des réponses au questionnaire confirme que le cas de Saïd illustre un parcours de vie marqué par des événements significatifs qui ont influencé sa trajectoire personnelle et favorisé l'installation du comportement addictif. De ceci, notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 2 : M. Achref

L'analyse du récit de vie d'Achref met en évidence un parcours fortement marqué par la responsabilité précoce, les conflits familiaux et les ruptures affectives. La maladie de son père durant son adolescence l'a poussé à abandonner ses études pour soutenir sa famille. Cette situation a entraîné un changement brutal dans son mode de vie. Par la suite, la mort de son père, puis la séparation avec son épouse alors qu'elle était enceinte, ont été vécues comme des traumatismes majeurs. Achref exprime également un profond sentiment d'échec et de solitude après le divorce, malgré ses tentatives pour sauver son couple. Ces événements successifs ont généré un mal-être durable, auquel il a tenté de répondre par la consommation de substances psychoactives, dans un contexte de tensions relationnelles et de conflits sociaux.

Les données du questionnaire EVE viennent confirmer ces éléments. Achref y a rapporté plusieurs événements de vie perçus comme traumatisants : le décès de son père, un changement dans son mode de vie, une maladie physique, des conflits avec la société, ainsi que la séparation conjugale. Ces facteurs, vécus de manière cumulative, semblent avoir contribué à la construction de son comportement addictif.

Ainsi, à partir de l'analyse du récit de vie et des réponses au questionnaire, il apparaît que le cas d'Achref confirme notre hypothèse, à savoir que les patients addicts présentent un parcours marqué par des événements de vie significatifs ayant influencé leur trajectoire personnelle et leur recours à la consommation. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 3 : M. Mohamed

Le récit de vie de Mohamed met en lumière un parcours marqué par des conflits familiaux précoces, une rupture affective importante et un sentiment d'abandon. Il a grandi dans un contexte familial instable, ses parents ayant divorcé alors qu'il était jeune. Il entretient une relation difficile avec sa mère et finit par se séparer totalement de sa famille à l'âge de 26 ans. Son parcours scolaire a été perturbé dès le départ, ce qui a renforcé son isolement social. Sur le plan affectif, Mohamed évoque une relation amoureuse de trois ans, dont la rupture l'a profondément affecté. Ces événements successifs ont renforcé son mal-être, et il a progressivement développé une consommation de psychotropes, de cannabis et d'alcool, comme stratégie d'évitement face à la souffrance psychique.

Les résultats du questionnaire EVE viennent appuyer cette lecture. Mohamed y a déclaré avoir vécu plusieurs événements marquants : le divorce de ses parents, la séparation avec sa famille, un décès dans son entourage, ainsi qu'un événement affectif douloureux. Ces événements ont été perçus comme traumatisants et ont eu un impact direct sur son équilibre personnel.

Ainsi, l'analyse croisée des données issues de l'entretien et du questionnaire montre que le cas de Mohamed illustre bien un parcours de vie marqué par des ruptures, des pertes et des tensions familiales, qui ont favorisé l'installation du comportement addictif. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 4 : M. Karim

Le parcours de Karim témoigne d'une fragilité installée dès l'enfance. Ses parents ont divorcé alors qu'il était bébé, ce qui a marqué le début d'un environnement familial instable. Il a grandi sans son père, ce qui a nourri un sentiment d'abandon latent. Son parcours scolaire s'arrête tôt, au cycle moyen, et il entre rapidement dans le monde du travail. Il découvre les drogues à 14 ans, d'abord le cannabis, puis plus tard la prégabaline. La perte de son père à l'adolescence, puis le remariage de sa mère, vécu comme un rejet, l'ont profondément affecté. À cela s'ajoute une rupture sentimentale difficile et la perte de son emploi de mécanicien en 2019, qui l'a plongé dans un isolement encore plus profond. Ces éléments dessinent un parcours dans lequel la consommation de substances s'est progressivement installée comme un moyen de soulagement face à une souffrance psychique.

Le questionnaire des événements de vie (EVE) corrobore cette lecture. Karim a déclaré avoir vécu plusieurs événements perçus comme traumatisants : le décès de son père, le divorce de ses parents, la séparation avec sa famille, un licenciement, ainsi qu'un événement affectif douloureux. Ces facteurs, vécus de manière cumulative, témoignent d'un enchaînement de ruptures majeures dans son histoire.

Ainsi, les éléments recueillis à travers le récit de vie et le questionnaire confirment que Karim présente un parcours marqué par des événements significatifs ayant influencé son entrée dans l'addiction. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 5 : M. Mahrez

Le parcours de Mahrez révèle une fragilité marquée dès l'adolescence, liée à une série d'événements déstabilisants sur les plans affectif, familial et social. Après avoir quitté l'école très jeune, il entre rapidement dans le monde du travail, mais sans véritable encadrement. Son récit montre une exposition précoce aux substances psychoactives, avec une première consommation de cannabis à l'âge de 13 ans, survenue peu après le décès de son grand-père. La perte successive d'une autre figure proche, la femme de son oncle, accentue son déséquilibre émotionnel. S'ajoutent à cela des tensions au sein de sa famille, des conflits avec son entourage, et un tempérament impulsif qu'il reconnaît lui-même comme difficile à contrôler. Une relation affective interrompue à l'adolescence semble également avoir contribué à renforcer son mal-être. Dans ce contexte, la consommation devient pour lui une stratégie de gestion émotionnelle et un moyen de se sentir apaisé.

Les résultats du questionnaire EVE viennent confirmer cette lecture. Mahrez y a rapporté plusieurs événements de vie significatifs : le décès de deux personnes proches, un changement dans la composition familiale, un événement affectif, ainsi qu'un conflit avec la société. Tous ces éléments ont été vécus comme profondément marquants.

Ainsi, les données issues de l'entretien et du questionnaire confirment que Mehdi présente un parcours de vie marqué par des événements traumatisants ayant influencé l'installation de son comportement addictif. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 6 : M. Ishak

Le récit d'Ishak révèle un parcours de vie profondément marqué par des épreuves répétées dès l'enfance. Issu d'un milieu modeste, il grandit dans des conditions précaires, sans réelle stabilité affective. La perte de sa mère à l'âge de 8 ans constitue un traumatisme majeur, vécu comme une rupture brutale dans son équilibre personnel. Par la suite, son quotidien est rythmé par la maladie, le manque de soutien et un environnement familial tendu. Son parcours scolaire s'interrompt très tôt, et il entre dans le monde du travail dans des conditions difficiles. À l'adolescence, il commence à consommer de l'alcool, puis du cannabis, dans une logique d'échappement face à la dureté de sa réalité. Un déménagement à l'âge de 17 ans, perçu comme un bouleversement important, vient accentuer son instabilité.

Les résultats du questionnaire EVE confirment cette lecture. Ishak y a rapporté plusieurs événements significatifs : le décès d'un proche, un changement important dans le mode de vie, et une maladie, autant de situations vécues comme éprouvantes et ayant fragilisé son équilibre psychique.

Ainsi, l'analyse croisée du récit de vie et des données issues du questionnaire montre que le cas d'Ishak s'inscrit pleinement dans un parcours marqué par des événements traumatisants ayant contribué à l'installation de l'addiction. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 7 : M. Yacine

Le parcours de Yacine est marqué par une souffrance physique et affective constante. Dès son enfance, il est confronté à une maladie chronique (le diabète) qui influence profondément son développement et son rapport à lui-même. Ce vécu de fragilité physique s'accompagne de pertes significatives : le décès de son père à l'adolescence, puis celui de son fils à l'âge adulte. Ces événements ont été vécus comme de véritables chocs émotionnels,

provoquant chez lui un repli sur soi et un recours croissant à la consommation de substances pour tenter de soulager sa douleur intérieure. Yacine évoque un isolement croissant et une peine difficilement verbalisable. L'usage de cannabis et d'alcool s'installe progressivement dans un contexte d'effondrement psychologique lié à la répétition des pertes.

Le questionnaire EVE confirme ce vécu : Yacine a rapporté des décès répétés de proches, ainsi qu'une maladie chronique. Ces événements sont tous deux perçus comme des éléments déclencheurs ou aggravants de son mal-être, contribuant à la mise en place du comportement addictif.

Ainsi, l'analyse conjointe du récit de vie et des données du questionnaire montre que Yacine présente un parcours de vie dominé par des événements douloureux et répétés, ayant favorisé le recours à la consommation comme stratégie d'adaptation. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 8 : M. Mourad

Le parcours de Mourad est caractérisé par une succession d'événements marquants ayant profondément affecté son équilibre psychique. Le départ de sa famille à l'étranger durant son adolescence l'a forcé à vivre seul chez son oncle, une expérience qu'il décrit comme douloureuse et marquée par un fort sentiment d'isolement. Ce bouleversement dans son mode de vie est rapidement suivi de pertes affectives importantes : le décès d'un voisin proche, puis celui de son oncle, figure de référence pour lui. À partir de là, Mourad entre dans une phase de grande fragilité psychologique, marquée par une dépression à l'âge de 16 ans, puis par une tentative de suicide à 23 ans. Il commence à consommer de l'alcool, du cannabis, puis de la prégabaline, dans une logique d'auto-apaisement. Une rupture amoureuse vient également renforcer sa détresse affective. L'ensemble de ces événements témoigne d'un parcours jalonné de ruptures, de deuils et d'une souffrance non contenue.

Les données du questionnaire EVE appuient cette lecture. Mourad y a rapporté plusieurs événements significatifs : décès, changement important dans le mode de vie, séparation familiale, événement affectif, dépression, et tentative de suicide. La combinaison de ces facteurs illustre un enchaînement d'expériences douloureuses vécues comme traumatisantes.

Ainsi, l'analyse croisée du récit de vie et du questionnaire EVE montre clairement que Mourad présente un parcours de vie profondément marqué par des événements à forte charge

émotionnelle, qui ont contribué à l'installation de l'addiction. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 9 : M. Hani

Le parcours de Hani se construit autour de plusieurs pertes affectives majeures vécues à différentes étapes de sa vie. Dès l'enfance, il connaît le décès de sa grand-mère, à laquelle il était particulièrement attaché. Cet événement reste très présent dans son récit, car il marque le début d'une vulnérabilité émotionnelle. Plus tard, il perd sa mère à l'âge de 38 ans, une figure centrale dans son existence, ce qui constitue un véritable choc affectif. À cela s'ajoute une rupture sentimentale survenue à 40 ans, vécue comme un échec personnel profond, d'autant plus qu'il entretenait une relation de longue durée avec sa partenaire. Ces événements s'enchaînent dans un contexte de fragilité affective persistante. Hani relate que la consommation de psychotropes s'est intensifiée après ces pertes, devenant un moyen de faire face à la douleur émotionnelle accumulée.

Le questionnaire des événements de vie (EVE) confirme cette lecture. Hani y a coché des décès répétés (grand-mère, mère), ainsi qu'un événement affectif douloureux, correspondant à la rupture amoureuse. Ces événements sont décrits comme ayant fortement influencé son état émotionnel et son comportement.

Ainsi, à la lumière du récit et des données du questionnaire, on peut affirmer que Hani présente un parcours de vie marqué par des événements traumatisants ayant favorisé le développement de l'addiction. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 10 : M. Houssem

Le parcours de Houssem est singulier par sa dimension médicale et psychique. Issu d'un milieu stable, il décrit une enfance sans difficultés majeures. Cependant, à partir de l'âge de 19 ans, il développe plusieurs pathologies physiques : douleurs chroniques, asthme, hernie discale. Ces maladies s'accompagnent d'un mal-être psychologique croissant, notamment des troubles de l'humeur, du stress intense et une insomnie sévère. Ce contexte le pousse à consulter, et il reçoit un traitement antidépresseur. Mais, au lieu d'un usage encadré, il glisse rapidement vers une consommation excessive et incontrôlée : jusqu'à 15 comprimés par jour. Ce comportement traduit une tentative de soulagement face à une douleur physique et psychique envahissante. Par ailleurs, Houssem évoque une relation difficile avec sa famille, qu'il finit par quitter, ajoutant ainsi un isolement affectif à sa fragilité physique.

Les réponses au questionnaire EVE appuient cette analyse. Houssem y a signalé deux événements significatifs : une maladie et une séparation familiale, deux facteurs qu'il perçoit comme ayant fortement influencé sa trajectoire de vie et sa consommation.

Ainsi, malgré l'absence de pertes affectives majeures, Houssem présente un parcours de vie marqué par une souffrance corporelle chronique et une rupture avec son entourage familial, qui ont contribué à l'émergence de l'addiction. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 11 : M. Anouar

Le récit d'Anwar met en lumière un parcours de vie marqué par une instabilité familiale persistante et un vécu d'abandon affectif. Dès l'enfance, il est exposé à une ambiance familiale tendue, marquée par des conflits parentaux constants qui ont laissé une empreinte durable sur son développement. Sa santé fragile et son environnement conflictuel ont eu un impact significatif sur sa construction psychique. Le départ au service militaire à l'âge de 20 ans est vécu comme un moment de rupture, où sa solitude s'intensifie. Il relate également une séparation affective douloureuse avec une partenaire qui a refusé de l'épouser, ce qui renforce son sentiment de rejet. À 25 ans, il traverse une grave maladie et vit une forte détérioration de son état psychique. Il fait une tentative de suicide à l'âge de 27 ans, soulignant l'intensité de sa souffrance. Dans ce contexte, l'usage de cannabis apparaît comme une stratégie de soulagement face au mal-être chronique qu'il endure depuis l'adolescence.

Le questionnaire des événements de vie (EVE) confirme cette trajectoire. Anouar y a signalé plusieurs événements significatifs : mésentente parentale, maladie, événements répétés, service militaire, événement affectif, et tentative de suicide. Ces expériences s'accumulent pour constituer un terrain particulièrement vulnérable à la consommation.

Ainsi, l'analyse croisée de son récit et du questionnaire met en évidence un enchaînement d'expériences subjectivement marquantes ayant fortement influencé son parcours personnel et l'installation de l'addiction. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

Cas N° 12 : M. Rachid

Le parcours de Rachid est marqué par une fragilité affective ancrée dès l'adolescence. Il grandit dans un contexte familial instable, perdant son père à l'âge de 15 ans, un événement vécu comme un choc qui laisse une empreinte durable sur sa trajectoire. Très tôt, il commence

à consommer de l'alcool, à l'âge de 16 ans, dans un environnement où cette pratique est normalisée : il indique que la majorité de ses frères sont également dépendants. Son récit met en lumière une souffrance intériorisée, alimentée par un sentiment de solitude et par un vécu affectif intense. Il évoque une relation à sens unique avec sa cousine, pour laquelle il nourrissait des sentiments profonds. Lorsqu'il apprend qu'elle se marie avec un autre homme, il parle d'un choc émotionnel majeur qui intensifie sa consommation d'alcool et de cannabis. À cela s'ajoutent des épisodes d'agressivité, notamment envers sa sœur, témoignant d'une instabilité émotionnelle importante.

Le questionnaire EVE confirme cette dynamique. Rachid y a déclaré deux événements perçus comme traumatisants : le décès de son père, et un événement affectif douloureux, en lien avec sa rupture amoureuse non réciproque. Ces éléments illustrent une vulnérabilité affective profonde, ayant contribué à l'installation de l'addiction.

Ainsi, l'analyse conjointe du récit et du questionnaire montre que Rachid présente un parcours de vie touché par des expériences affectives et relationnelles intenses, vécues comme déstabilisantes. Notre hypothèse est donc confirmée pour ce cas.

L'analyse croisée des douze récits présentés met en évidence plusieurs points de convergence significatifs. La majorité des sujets ont vécu un cumul d'événements perçus comme marquants, avec en moyenne trois à cinq événements déclarés. Le décès d'un proche constitue l'événement le plus fréquent, suivi par les ruptures affectives et les problèmes de santé physique ou psychique.

On remarque également que la consommation de substances débute souvent à l'adolescence, Comme le souligne Verescon (2003), cette période de remaniement identitaire et affectif est propice au développement de conduites à risque, notamment l'usage de substances comme stratégie d'évitement ou de régulation de la souffrance psychique, dans un contexte de fragilité émotionnelle ou sociale, et qu'elle s'inscrit dans une logique d'évitement ou d'apaisement psychique. Plusieurs récits soulignent l'impact d'un manque de soutien familial, voire de violence ou d'abandon, renforçant ainsi le sentiment d'isolement.

Ces éléments montrent une certaine homogénéité dans les dynamiques de vulnérabilité et confortent l'idée que l'addiction ne peut être pensée sans prendre en compte la biographie du sujet et la charge émotionnelle associée à certains vécus.

Afin de soutenir notre hypothèse selon laquelle les patients addicts présentent un parcours de vie marqué par des événements marquants, nous avons établi un diagramme synthétisant les réponses au questionnaire EVE.

Ce graphique permet de visualiser la fréquence des types d'événements déclarés par l'ensemble du groupe étudié. Il met clairement en évidence une forte récurrence de certains vécus perçus comme marquants, tels que le décès d'un proche, les ruptures affectives (amoureuses notamment), les maladies, ou encore les changements de mode de vie.

Ces données renforcent les résultats obtenus par l'analyse des récits de vie et appuient l'idée que les parcours de ces patients sont jalonnés d'épreuves subjectivement traumatisantes, qui ont contribué à la mise en place du comportement addictif.

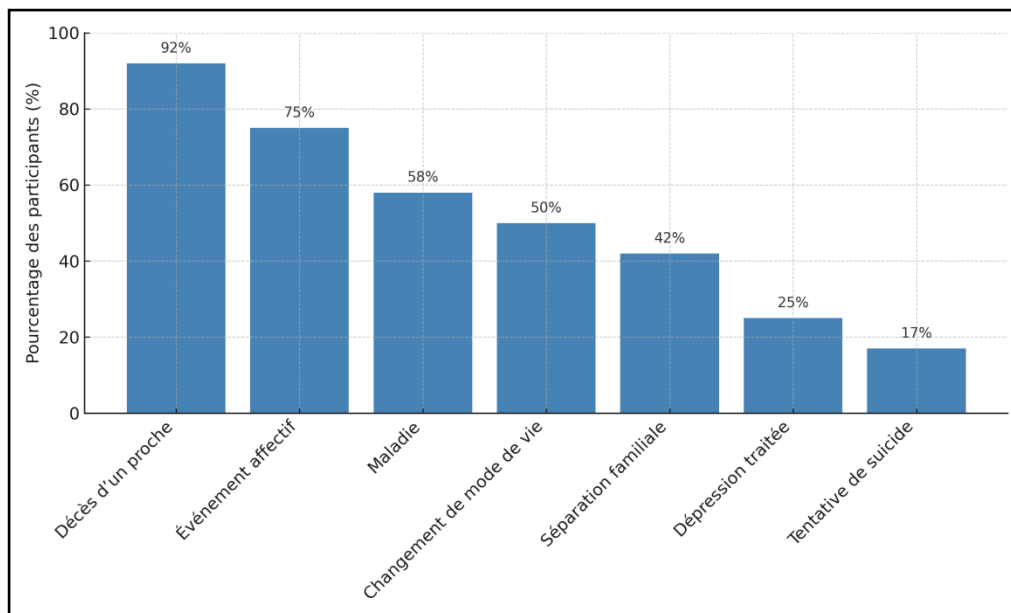


Figure N°04 : Fréquence des événements de vie rapportés par les participants (questionnaire EVE)

(Source : élaboré par nous-mêmes)

Le diagramme ci-dessus met en évidence les événements de vie les plus fréquemment rapportés par les participants à partir du questionnaire EVE.

On constate que le décès d'un proche constitue l'événement le plus fréquent, évoqué par 92 % des sujets, suivi des événements affectifs tels que les ruptures amoureuses ou les déceptions relationnelles (75 %).

La maladie, qu'elle soit physique ou psychique, est également un facteur marquant chez 58 % des participants. Viennent ensuite les changements de mode de vie (50 %) et les séparations familiales (42 %), traduisant des ruptures dans l'environnement personnel ou social.

Enfin, des éléments plus graves comme la dépression traitée (25 %) et les tentatives de suicide (17 %) montrent une intensité particulière de la détresse chez certains sujets.

Cette représentation confirme que les parcours de vie des patients sont traversés par un cumul d'expériences marquantes, souvent perçues comme traumatisantes.

Synthèse :

L'objectif de cette étude était d'explorer le parcours subjectif de la dépendance à travers le témoignage de 12 sujets. À ce jour, il n'existe pas de traitements pharmacologiques validés pour aider les personnes à gérer les cravings (envie irrésistible) aux substances psychoactives, ce qui justifie le développement de données visant à approfondir la compréhension de ce phénomène au niveau psychologique.

Sur la base des données recueillies à travers les récits de vie, étayés par un guide d'entretien semi-directif et le questionnaire EVE, nous constatons que la majorité des sujets de notre étude présentent un parcours de vie marqué par des événements de vie difficiles, souvent vécus comme déstabilisants, voire traumatisants. Ces événements, qu'il s'agisse de deuils, de séparations, de ruptures affectives, de maladies, de violences intrafamiliales ou encore d'échecs scolaires précoces, apparaissent comme des moments charnières ayant influencé l'orientation du sujet vers des conduites addictives.

En ce sens, l'hypothèse de recherche, selon laquelle les patients adultes addicts hospitalisés à l'EHS d'Oued-Ghir rapporteraient un parcours de vie marqué par des événements marquants ayant influencé leur trajectoire personnelle et leur addiction, se trouve confirmée dans la grande majorité des cas analysés.

L'addiction apparaît ici comme une réponse adaptative, un mécanisme de régulation émotionnelle, souvent mis en place pour apaiser une souffrance psychique liée à un vécu antérieur non élaboré. Comme plusieurs de nos sujets le soulignent dans leur récit, la consommation leur procure un soulagement temporaire, une sensation de maîtrise, voire un oubli de leurs douleurs intimes. Ainsi, la substance devient une solution à une douleur psychique invisible, un substitut au lien affectif rompu ou au traumatisme non digéré.

Dans ce contexte, les événements marquants agissent comme des déclencheurs ou des catalyseurs de l'addiction, notamment lorsqu'ils surviennent à des périodes sensibles du développement (adolescence, début de vie adulte). Plusieurs de nos sujets ont d'ailleurs évoqué des moments de bascule après un choc affectif ou une rupture familiale. D'autres ont insisté sur l'effet cumulatif de plusieurs événements négatifs qui ont, selon eux « entraîné leur chute ».

En effet, ces résultats concordent avec les études qui ont déjà été faites sur les sujets addicts traumatisés, nous allons donc les exposer dans ces prochaines lignes.

Dans le même sens, l'étude de Laconi et al. (2021), menée en France auprès de jeunes adultes, visait à étudier la fréquence des événements traumatogènes et leur lien avec les symptômes anxio-dépressifs et les comportements addictifs. L'objectif de cette étude était d'examiner comment la répétition d'événements traumatiques dans la vie influençait la santé mentale et la consommation. Les résultats ont montré que plus de 90 % des répondants avaient vécu au moins un événement traumatique, et que 20 % présentaient un état de stress post-traumatique possible, fortement associé à des comportements de dépendance.

L'étude fondatrice de Felitti et al. (1998), aux États-Unis, avait pour objectif de mettre en lumière l'effet cumulatif des expériences adverses de l'enfance (ACEs) sur la santé à l'âge adulte. Réalisée auprès de plus de 17 000 adultes, cette étude a mis en évidence une relation dose-effet entre le nombre d'événements négatifs vécus précocement et le développement ultérieur de troubles addictifs, de pathologies chroniques ou de comportements à risque.

Lee et al. (2023), dans une étude longitudinale menée aux États-Unis, ont suivi plus de 1 200 jeunes adultes sur dix ans. L'objectif de cette recherche était de comprendre comment les traumatismes vécus dans l'enfance influencent la consommation problématique de substances à l'âge adulte, en tenant compte des facteurs médiateurs comme la détresse émotionnelle. Les résultats ont montré que les sujets traumatisés dans l'enfance présentent un risque accru de troubles addictifs à l'âge adulte. Ceci va dans le sens de nos résultats

De manière complémentaire, Hughes et al. (2021) ont réalisé une méta-analyse internationale portant sur les données de 37 pays. L'objectif était d'évaluer l'effet global des événements de vie adverses sur la santé mentale, et notamment sur les conduites addictives. Cette analyse a confirmé que plus les ACEs sont nombreuses, plus le risque d'addiction augmente, quels que soient le sexe ou le contexte culturel.

Enfin, l'étude de Best et al. (2020), menée au Royaume-Uni, s'est intéressée aux trajectoires de dépendance et de rétablissement. L'objectif était d'explorer le rôle des événements relationnels et des ruptures dans l'installation de la consommation, mais aussi dans le processus de résilience. Les résultats ont montré que les pertes affectives, l'isolement social et la fragilité des liens précoces jouaient un rôle central dans l'entrée dans l'addiction. Ceci va dans le sens de nos résultats

Ces résultats sont également observables dans le contexte algérien.

Ghanem (2012), dans une étude menée auprès d'adolescents algériens consommateurs, a cherché à identifier les facteurs psychosociaux liés à l'entrée dans la consommation de drogues. L'objectif principal de cette étude était d'examiner l'influence de l'environnement familial, scolaire et relationnel sur les conduites addictives. Les résultats ont montré que les jeunes concernés présentaient un cumul de vulnérabilités, souvent issues de conflits familiaux ou d'un manque de soutien émotionnel. Ceci va dans le sens de nos résultats

Medjekouh et Siaci (2017) ont réalisé une étude clinique auprès de patients hospitalisés dans un centre de désintoxication à Blida. L'objectif était d'explorer les éléments biographiques traumatiques qui ont précédé ou accompagné l'entrée dans la consommation. Leurs résultats montrent que la majorité des patients avaient vécu des ruptures affectives, des deuils ou des épisodes de violence familiale, confirmant ainsi le poids du vécu subjectif dans le développement des conduites addictives. Ceci va dans le sens de nos résultats

Sahli et Bessaïh (2018), dans une étude menée à Tizi-Ouzou auprès de lycéens, ont voulu identifier les vulnérabilités sociales et affectives qui rendent les adolescents plus enclins à la consommation. L'étude a révélé que l'absence de communication parentale, le rejet émotionnel et la solitude sont autant de facteurs qui poussent certains jeunes à se tourner vers les substances pour soulager leur mal-être. Ceci va dans le sens de nos résultats.

Ainsi, l'ensemble des études nationales et internationales que nous avons mobilisées confirme la pertinence de notre hypothèse, en montrant que l'addiction n'est pas une conduite isolée ou arbitraire, mais bien souvent le prolongement d'une histoire marquée par des blessures affectives, des ruptures, ou des traumatismes. Ces événements, parfois anciens, parfois récents, s'inscrivent dans le récit du sujet comme des points de bascule, autour desquels l'addiction prend racine.

Nous touchons maintenant à la fin de cette étude, qui a duré près d'un an. La recherche que nous avons menée, centrée sur l'addiction aux substances psychoactives en lien avec les événements marquants du parcours de vie, n'a pas été une tâche facile. Bien au contraire, il s'agit d'un travail d'immersion dans la vie intime et profonde de personnes addicts, parfois marquée par la souffrance, le silence et les blessures anciennes.

L'addiction peut être perçue comme une quête de soulagement face à un mal-être intérieur, souvent enraciné dans des événements de vie marquants. Progressivement, le sujet en vient à centrer son existence autour de la consommation de substances psychoactives, non pas par plaisir, mais pour faire face à une douleur psychique ou émotionnelle difficile à contenir. Dans ce contexte, l'addiction devient une tentative de régulation, un refuge temporaire, qui finit par s'imposer comme une nécessité. Elle se transforme ainsi en une pathologie caractérisée par une perte de contrôle et une dépendance croissante, malgré les conséquences néfastes sur la santé et la vie sociale. Cette réalité fait de l'addiction un enjeu majeur de santé publique, souvent mal compris car ses origines profondes restent invisibles.

Dans ce cadre, l'émergence d'une conduite addictive ne peut être attribuée à une seule cause : elle résulte d'une combinaison de facteurs personnels, familiaux et sociaux. D'une part, certains éléments individuels peuvent favoriser cette vulnérabilité, comme le sexe (les études montrent que la consommation de substances est plus élevée chez les hommes), la présence d'une fragilité psychique (anxiété, difficultés à gérer les émotions ou à résoudre les conflits), ou encore des antécédents familiaux de dépendance. Ces facteurs prédisposants peuvent rendre l'individu plus sensible à l'impact des événements de vie, et ainsi accélérer l'entrée dans la consommation, notamment lorsqu'il n'existe pas de soutien psychologique ou social adapté.

Ainsi, avoir traversé certains événements marquants au cours de sa trajectoire de vie qu'il s'agisse de pertes, de séparations, de conflits ou de ruptures affectives, comme c'est le cas pour notre groupe d'étude, peut pousser certaines personnes à trouver refuge dans la consommation de substances psychoactives. Ces événements, vécus comme déstabilisants ou douloureux, jouent un rôle déclencheur ou aggravant dans l'installation d'une addiction. D'autre part, des facteurs environnementaux viennent souvent renforcer cette vulnérabilité : un milieu familial instable, un environnement social défavorable, la facilité d'accès aux substances, ou encore l'influence négative du groupe de pairs. Enfin, il ne faut pas négliger l'impact des troubles psychiques fréquemment associés à l'addiction, comme la dépression,

les troubles anxieux, le trouble de stress post-traumatique ou les traits de personnalité limite. Tous ces éléments, combinés, créent un terrain propice au recours aux substances, dans une tentative de soulagement temporaire d'un mal-être plus profond.

En Algérie, les personnes souffrant d'addiction sont souvent stigmatisées et isolées, confinées dans un environnement social peu compréhensif, où les tabous, les jugements et les préjugés restent fortement ancrés. Dans l'imaginaire collectif, le sujet addict est fréquemment perçu comme un déviant, un danger potentiel pour la société, prêt à tout pour se procurer une dose. Cette représentation réductrice occulte la complexité de son parcours, et surtout les souffrances antérieures qui ont souvent contribué à l'émergence de la conduite addictive. Certains drames relayés de manière sensationnaliste n'ont fait que renforcer cette image négative, rendant plus difficile l'intégration et la réhabilitation des personnes addicts.

Ainsi, le regard que porte la société algérienne sur les personnes dépendantes reste souvent empreint de superficialité et de méconnaissance. L'addiction y est encore largement perçue comme un choix déviant ou un comportement criminel, plutôt que comme une souffrance enracinée dans un parcours de vie complexe, souvent jalonné d'événements marquants. Une partie de la population continue d'associer la toxicomanie à un manque de volonté ou à une défaillance morale, ignorant sa dimension pathologique. D'autres adoptent une posture plus compatissante, surtout lorsqu'un membre de leur entourage est concerné, mais le stigmate reste fort : l'étiquette de « dépendant » tend à marquer durablement la personne, réduisant ses chances de réinsertion et de réhabilitation sociale. C'est justement pour cette raison que nous avons décidé de mener une étude sur ce thème.

À travers cette recherche, nous avons tenté de comprendre comment la consommation de substances psychoactives s'inscrit dans une tentative de fuir un parcours difficile. Pour beaucoup de sujets rencontrés dans notre étude, l'usage de ces substances constitue une manière de réduire une souffrance intérieure, de contenir une tension, ou de « couper » avec des émotions trop envahissantes liées à des expériences de vie difficiles. Ce comportement peut aussi traduire une recherche de reconstruction personnelle, dans un contexte où les repères affectifs ou sociaux sont fragiles. Autrement dit, la consommation ne répond pas uniquement à un besoin de plaisir, mais bien souvent à une nécessité de survivre psychiquement face à des événements qui ont marqué la trajectoire de vie.

Notre attention s'est portée alors sur l'« *Etude du parcours de vie de patients adultes addicts aux substances psychoactives pris en charge au sein de l'Établissement Hospitalier* »

Spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued Ghir, dans la wilaya de Bejaia (Algérie)». Notre groupe de recherche est composé de 12 hommes adultes, présentant des profils variés en termes d'âge et de parcours de vie. Pour réaliser cette étude, nous avons adopté une approche intégrative, qui nous a permis d'aborder l'addiction comme un phénomène multifactoriel, influencé à la fois par le vécu personnel, l'environnement social et les dynamiques psychiques profondes. Cette approche nous a offert une grille de lecture souple et complète pour comprendre la souffrance des sujets et les événements marquants ayant jalonné leur parcours de vie.

Pour la vérification de notre hypothèse, nous avons eu recours à la méthode du récit de vie, soutenue par un guide d'entretien semi-directif construit à partir des axes centraux de notre problématique. Cette méthode nous a permis d'explorer en profondeur les trajectoires personnelles de nos participants, tout en repérant les événements marquants susceptibles d'avoir influencé leur parcours vers l'addiction. En complément, le questionnaire des événements de vie (EVE) élaboré par Ferreri et Vacher (1985) a été utilisé afin de recueillir des données plus structurées sur la nature, la fréquence et l'impact de ces événements. L'ensemble de ces outils nous a permis de vérifier notre hypothèse.

À travers les discours recueillis au cours de notre recherche, nous avons pu constater que notre hypothèse de départ à savoir que « *Oui, les patients adultes addicts aux substances psychoactives pris en charge à l'EHS d'Oued Ghir rapporterait un parcours de vie marqué par des événements marquants ayant influencé leur trajectoire personnelle et leur addiction* » a été confirmée pour l'ensemble des 12 cas étudiés. En effet, chaque sujet a évoqué des expériences de vie significatives, parfois précoces, parfois répétées, qui semblent avoir contribué à la mise en place ou à l'aggravation d'un comportement addictif. Ainsi, la trajectoire personnelle de tous les participants est traversée par des événements marquants, qu'ils soient d'ordre familial, affectif, scolaire ou social.

Le cas de **Saïd** montre un enchaînement d'événements douloureux allant de la perte de son père, à la séparation sentimentale, jusqu'à la rupture familiale et la consommation en milieu universitaire. **Achref**, quant à lui, a grandi dans un contexte familial difficile et a dû abandonner l'école pour s'occuper de son père malade, cumulant responsabilités précoces et chocs affectifs. Mohamed rapporte une enfance instable, marquée par la séparation de ses parents, une relation conflictuelle avec sa mère et un éloignement familial à l'âge adulte. Karim évoque un abandon précoce par sa mère après le décès de son père, ainsi que des

conditions de vie précaires et un début de consommation dès l'adolescence. **Mahdi** a vécu plusieurs deuils successifs dans son entourage proche, associés à une déscolarisation précoce et un isolement émotionnel. Ishak, de son côté, a connu très tôt la pauvreté, la maladie, puis le décès de sa mère, et a évolué dans un environnement familial déstructuré. **Mourad** a vu sa famille partir à l'étranger durant son adolescence, période marquée aussi par plusieurs deuils, une dépression, et une tentative de suicide. **Hani** a été affecté par le décès de sa grand-mère et de sa mère, ainsi qu'une rupture sentimentale tardive, vécue comme un choc intense. **Houssein**, bien que d'apparence stable, a vu sa santé se dégrader à l'âge adulte, souffrant d'affections physiques chroniques, de solitude familiale et d'un usage excessif de psychotropes pour calmer sa douleur. **Anouar** a grandi dans un climat de conflits familiaux incessants, aggravés par des problèmes de santé et une séparation affective qu'il n'a pas surmontée. **Rachid**, quant à lui, parle d'un environnement familial globalement marqué par l'alcoolisme, d'un deuil paternel précoce et d'un amour non réciproque qui l'a profondément blessé. Enfin, **Yacine** relate une vie entière traversée par la maladie chronique, la perte de plusieurs proches et la douleur de la perte d'un enfant. Tous ces éléments montrent que les trajectoires de nos participants sont marquées, à des degrés divers, par des événements de vie difficiles ayant contribué à leur comportement addictif.

En ce sens, les événements marquants du parcours de vie, qu'ils soient douloureux, déstabilisants ou difficiles à intégrer, jouent un rôle important dans l'installation progressive d'une conduite addictive. Ces événements tels que la perte d'un proche, les séparations familiales, les conflits, les ruptures affectives ou les changements brusques de vie laissent souvent une empreinte émotionnelle durable. Lorsqu'ils ne sont pas accompagnés ou compris, ils peuvent provoquer un déséquilibre intérieur face auquel certaines personnes cherchent des moyens de régulation. Dans ce contexte, la consommation de substances psychoactives peut apparaître comme un recours, un soulagement temporaire permettant d'apaiser la douleur ou l'angoisse. Mais à terme, ce mécanisme peut conduire à une dépendance, lorsque la substance devient l'unique stratégie pour faire face au mal-être. L'addiction s'inscrit alors comme une réponse à un vécu difficile non résolu, qui s'insère dans la trajectoire personnelle du sujet.

À travers ces éléments, nous pouvons affirmer que l'addiction aux substances psychoactives est étroitement liée à la présence d'événements de vie marquants dans la trajectoire personnelle des sujets. Ces événements qu'ils soient d'ordre familial, social, scolaire, affectif ou sanitaire semblent avoir laissé des empreintes durables sur leur équilibre

psychique. Ainsi, plus ces événements sont vécus comme bouleversants ou difficiles à surmonter, plus la consommation tend à s'intensifier, devenant un moyen pour ces individus de soulager une souffrance accumulée ou non dite. L'addiction apparaît alors non pas comme une simple déviance, mais comme une réponse à une série de ruptures, de pertes ou d'instabilités vécues au fil du parcours de vie.

En effet, il s'agit pour la majorité de nos cas d'un vécu marqué par l'accumulation d'événements de vie difficiles, survenus souvent dès l'enfance ou l'adolescence, et s'étalant sur une longue période. Ces expériences, bien que diverses, partagent un caractère bouleversant, perturbant l'équilibre affectif, familial ou social des sujets. Les récits de vie recueillis mettent en lumière une continuité dans la vulnérabilité, où les difficultés s'enchaînent sans possibilité réelle d'apaisement ou de réorganisation stable. Ainsi, les parcours des participants apparaissent traversés par une succession d'épreuves, qui, cumulées, ont contribué à l'installation progressive d'un comportement addictif.

Pour parer à cela, il nous semble essentiel de recommander la création de centres spécialisés dans la prise en charge des addictions, intégrés aux CHU et dotés de moyens humains et matériels adaptés. Ces structures devraient offrir un accompagnement global, incluant une évaluation approfondie du parcours de vie des patients, afin de mieux comprendre les facteurs ayant contribué à l'installation de l'addiction. Il est également crucial de former davantage de psychologues et de professionnels de santé mentale dans le domaine spécifique de l'addictologie, en tenant compte de la complexité des trajectoires individuelles.

Par ailleurs, une intervention précoce dans le champ social et éducatif s'impose : créer des espaces de loisirs accessibles à tous, promouvoir des activités structurantes pour les jeunes, et renforcer les campagnes de sensibilisation dans les établissements scolaires sur les risques liés à la consommation de substances psychoactives. Il ne s'agit pas seulement de prévenir l'usage, mais aussi d'agir en amont, sur les vulnérabilités et les événements de vie qui peuvent fragiliser certains individus.

Pour conclure notre recherche, nous espérons avoir posé une première pierre dans la compréhension du lien entre parcours de vie et addiction aux substances psychoactives. Ce travail ouvre la voie à d'autres recherches centrées sur des aspects spécifiques, tels que « *La dynamique familiale de sujets addicts* », « *une étude pilote pour l'approche de l'addiction et du psychotrauma* » ou encore « *stratégies d'optimisation de la résilience chez les patients* ».

addicts », «L'exploration linique du célibat en tant que facteur de vulnérabilité dans les parcours de patients addicts ».

Notre souhait est que cette modeste contribution puisse inspirer d'autres chercheurs, praticiens et professionnels de santé à explorer avec encore plus de profondeur la part de l'histoire personnelle dans les problématiques addictives, afin de penser des prises en charge efficace et plus humaines, plus individualisées, et ancrées dans la réalité de vie des patients.

Liste des références

- Abbott, A. (2001). Time matters: On theory and method. University of Chicago Press.
- American Psychiatric Association. (2023). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: DSM-5-TR (texte révisé) (5^e éd., texte révisé ; D. J. Kupfer, Éd.). Elsevier Masson.
- Angers, M. (2014). Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines. (6^e éd.). CEC
- Angres, M. (2005). Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines. Dunod.
- Aït Mebarek, S. (2019). Les parcours de vie des jeunes usagers de drogues à Oran. Université d'Oran 2.
- Barbillon, E., & Le Roy, J. (2012). Petite manuel méthodologique de l'entretien de recherche: de la problématique à l'analyse. Enrick.
- Beck, U. (2001). La société du risque: Sur la voie d'une autre modernité. Paris: Aubier.
- Becker, H. S. (1985). Outsiders: Études de sociologie de la déviance. Paris: Métailié.
- Benamsili, L. (2019). Ethique et déontologie en psychologie clinique. Le malaise en Algérie. Revue Cahiers du laboratoire, 14 (1), 100-112.
- Benyamina, A., Djelloul, N., & Touati, M. (2023). Vulnérabilités sociales et conduites addictives chez les jeunes en Algérie: approche clinique et sociologique. Revue algérienne des sciences sociales, 15(1), 45–60
- Bertaux, D. (1997). Les récits de vie. Nathan.
- Bertaux, D. (2010). L'enquête et ses méthodes: Le récit de vie. (3^e ed). Armand Colin.
- Bidart, C. (2006). De la socialisation à la construction de trajectoires. Paris: La Découverte.
- Bioy, A, Castillo, M, & Koenig. (2021).la méthode qualitative et ses enjeux. Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie, 21-33.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2010). L'enquête et ses méthodes: l'entretien. (2^{ed}). Armand colin.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). L'enquête et ses méthodes. Armand Colin
- Bouvet, C. (2015). 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique. Dunod.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.
- Brust, J. (2007). Aspects neurologiques de l'addiction (2^{ed}). Masson

- Burrick, D. (2010). Une épistémologie du récit de vie. *Recherches qualitatives*, 03-36.
- Bénony, H. & Chahraoui, Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod.
- Caradec, V. (2005). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Armand Colin.
- Cavalli, A., & Galland, O. (1996). *Le travail des années 1990: entre permanence et incertitude*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Chahraoui, K. (2021). Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie. Chapitre 11. L'entretien clinique de recherche. Collection « Universt Psy ». Dunod. 179-196.
- Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod.
- Charruault, A. (2020). Le paradigme du parcours de vie. *Informations sociales*, 201(1), 10–13.
- Chakali, N. (2014, 20 juin). Dépendance à la drogue : des parcours de souffrance. *La Tribune (Algérie)*. <https://www.latribune-dz.com/article/20140620/addiction-parcours>
- Chauvel, L. (2006). *Les classes moyennes à la dérive*. Paris: Seuil.
- Cherghel, A., & Saint-Jacques, M. (2013). *Les parcours de vie et la psychologie du développement*. Presses Universitaires de France.
- Chiland, C. (2013). *L'entretien clinique* (1e éd.). PUF.
- Cicchelli, V., & Octobre, S. (2018). *Sociologie des parcours de vie*. Paris: Armand Colin.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1–2), 16–25.
- Clausen, J. A. (1991). Adolescent competency and the life course: A longitudinal study. In J. R. L. DeLange & J. A. Clausen (Eds.), *Pathways to adulthood* (pp. 212-234). University of Chicago Press.
- Clausen, J. A. (1995). Gender, contexts, and turning points in adults' lives. In P. Moen, G. H. Elder, & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. American Psychological Association.
- Collège National des Universitaires en Psychiatrie, Association pour l'Enseignement de la Simulologie Psychiatrique, & Collège Universitaire National des Enseignants en

- Addictologie. (2020). *Référentiel de psychiatrie et addictologie* (3e éd.). Presses Universitaires François-Rabelais.
- Cupa, D., Rouillon, F., Lancrenon, S., & Falissard, B. (2016). *Addictologie abrégée de médecine*. Elsevier Masson.
 - Cupa, D., Reynaud, M., Marinov, V., & Pommier, F. (Dirs.). (2010). *Entre corps et psyché : Les addictions*. EDP Sciences. <https://doi.org/10.1051/978-2-84254-228-3>
 - Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course*. Springer.
 - Delory-Momberger, C. (2014). *Formes et figures de la vie: Penser la biographie aujourd'hui*. Paris: Téraèdre.
 - Demazière, D., & Dubar, C. (2004). *Analyser les entretiens biographiques*. Presses Universitaires de France.
 - DSM-5. (2016). *Diagnostics différentiels*. (2é ed). Elsevier Masson.
 - Dubar, C. (2006). *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.
 - Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi: Dépression et société*. Paris: Odile Jacob
 - Elder, G. H. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4–15.
 - Elder, G. H. (1995). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1).
 - Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1), 1-12.
 - Elder, G. H., & Giele, J. Z. (2009). *The craft of life course research*. Guilford Press.
 - Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course*. Springer.
 - Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
 - Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
 - Ermisse, G. (2004). *La déontologie, l'éthique et les obligations légales et réglementaires des archivistes français*. Persée. Consulté le sur.

- Ferreri, M., & Vacher, J. (1985). Questionnaire EVE (Événements de Vie) : outil d'évaluation de l'impact des événements biographiques. *Psychologie médicale*, 19(13), 2441–2448.
- Fiorelli, C. et al, (2020). Les récits de vie: outils pour la compréhension et catalyseurs pour l'action. 01-14.
- Freedman, D., Thornton, A., Camburn, D., Alwin, D. F., & Young-DeMarco, L. (1988). The life history calendar: A technique for collecting retrospective data. *Sociological Methodology*, 18, 37–68. <https://doi.org/10.2307/271044>
- Galland, O. (2011). *Sociologie de la jeunesse*. Paris: Armand Colin.
- George, L. K. (1993). Sociological perspectives on life transitions. *Annual Review of Sociology*, 19, 353–373. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.19.080193.002033>
- Geraziani, P., & Romo, L. (2013). *Soigner les addictions par les TCC*. Elsevier Masson.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1988). Narrative and the self as relationship. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, 17–56.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403–1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. (11e éd.). Dalloz.
- Grossetti, M. (2006). *Les trajectoires sociales*. Paris: La Découverte.
- Heinz, W. R., & Marshall, V. W. (2003). *Social dynamics of the life course: Transitions, institutions, and interrelations*. New York: Aldine de Gruyter.
- Hervé, F. (2015). *Enquête: entretien et questionnaire* (3e éd.). Dunod.
- Hser, Y. I., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review*, 31(6), 515–547.
- [http:// elwtan-dz.com](http://elwtan-dz.com)
- <http:// www. Afro.who.int>
- <https:// news.radioalgerie.dz>
- <https:// onlcdt.mjjustice.dz>
- <https:// www.emro.who.int>
- <https:// www.icd.who.int>
- <https:// www.ops.dz>

- Khelifa, M. (2020). Précarité, ruptures familiales et désaffiliation: les parcours des jeunes toxicomanes dans les wilayas de l'Est. Éditions El Kalima.
- Lançon, C. (2013). Conduites addictives et processus de changement. John Libbey Eurotext.
- Laquille, X., & Chassagnaux, A. (2017). Pratique clinique en addictologie. Lavoisier.
- Le Quéau, P. Parcours de vie. Psychologie clinique et projective, 20 (1), 13- ?
<https://doi.org/10.3917/pcp.020.0013>
- Leclerc-Olive, M. (1997). Le récit de vie: Fondements pour une sociologie de la personne. Paris: L'Harmattan.
- Leclerc-Olive, M. (2009). Temps et récit de vie. Paris: Téraèdre.
- Lejoyeux, M. (2013). Addictologie, Abrégés de Médecine. Elsevier Masson.
- Lesourne, O. (2007). La genèse des addictions: Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues. PUF.
- Levinson, D. J. (1978). The seasons of a man's life. Alfred A. Knopf.
- Mauro, F. (2002). Histoire du café. Desjonquères.
- Mayer, K. U. (2004). *Life courses and social change: The interaction of institutional, societal, and individual factors*. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 168-180). Springer.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122.
- Morel, A., & Courteron, J-R. (2019). Addictologie. (3^e ed). Dunod.
- Morel, A., & Couteron, J. (2019). Aide-mémoire: Addiction – 47 notions. Dunod.
- Morel, A., Chappard, P., & Coutereau, J.-P. (2012). Aide-mémoire de réduction des risques en addictologie: 22 notions. Dunod.
- Mucchieli, A. (2009). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. Armand Colin.
- Nourrisson, D. (1999). Histoire sociale du tabac. Ed Christian.
- N'Da, P. (2015). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. L'Harmattan.
- Observation française des drogues et des toxicomanies. (2025). Drogues et addictions, données essentielles.

- Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie. (2010, septembre). Enquête épidémiologique nationale et globale sur la prévalence de la drogue en Algérie. www.pplateforme-elsa.org/.files/enquete_national-Algerie_ud-2010.pdf.
- Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie. (2023). Enquête épidémiologique nationale et globale sur la prévalence de la drogue en Algérie. https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special_ponits_F.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). Classification internationale des maladies (11^e révision) – CIM-11. <https://icd.who.int/fr>
- Paillé, P., & Mucchelli, A. (2021). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (5^e éd.). Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucclielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. (4^e éd.). Armand Colin.
- Paul, N. (2015). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines: réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel et son article. L'Harmattan.
- Pedinielli, J. et Fernandez, L. (2006). La recherche en psychologie clinique. Recherche en soin infirmiers. Ed Association de recherche en soins infirmiers. 41-51.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2015). L'observation clinique et l'étude de cas. (3^e éd.). Armand colin.
- Poirier-Coutansais, F. (2012). Ethique, éthique des soins. Dans M. Formarier & L. Jovic (dir.) Les concepts en sciences infirmières. (2^e éd.). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Perrot, M., Léveillé, S., Bioy, A., Castillo, M.-C., & Chahraoui, K. (2022). Étude exploratoire des événements de vie et expériences traumatiques dans la trajectoire de vie des femmes criminelles. *Revue québécoise de psychologie*, 43(2), 119–134. <https://doi.org/10.7202/1092111ar>
- Plotnik, R. (2007). Introduction à la psychologie (2^e éd.). Chenelière Education.
- Raynaud, M., Karila, L., Abin, H.-J., & Benyamina, A. (2016). Traité des addictions. Lavoisier.
- Rédaction. (2015, 10 avril). Addiction : l'Algérie soigne désormais ses « autres » malades. *La Tribune Algérie*. <https://www.latribune-algerie.com/addiction-lalgerie-soigne-desormais-ses-autres-malades>
- Rosenzweig, M. (1998). Les drogues dans l'histoire: entre remède et poison. De Boeck.

- Ryder, N. B. (1965). The cohort as a concept in the study of social change. *American Sociological Review*, 30(6), 843–861. <https://doi.org/10.2307/2090964>
- Saidani, R. (2022). L'usage de substances psychoactives chez les jeunes des quartiers défavorisés à Béjaïa: une analyse psychosociologique. Université de Béjaïa.
- Sanséau, P. (2005). Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de gestion: pertinence, positionnement et perspectives d'analyse. *Recherches qualitatives* Vol.25(2). 35 57.
- Sauvayre, R. (2013). Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Chapitre 1. La préparation à l'entretien. Collection « Psycho sup ». Dunod. 1-47.
- Saïet, M. (2019). Les addictions (3 ed). PUF.
- Sapin, M., Spini, D., & Widmer, É. (2007). Les parcours de vie : De l'adolescence au grand âge (2^e éd.). Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Settersten, R. A. (2003). *Invitation to the life course: Toward new understandings of later life*. Amityville, NY: Baywood Publishing Company.
- Shanahan, M. J., & Elder, G. H. (2002). History and agency in men's lives: Pathways to achievement in cohort perspective. In D. P. McAdams, R. Josselson & A. Lieblich (Eds.), *Turns in the road: Narrative studies of lives in transition* (pp. 63–93). American Psychological Association
- Shanahan, M. J., & Elder, G. H. (2002). History and agency in men's lives: Pathways to achievement in cohort perspective. In D. P. McAdams, R. Josselson & A. Lieblich (Eds.), *Turns in the road: Narrative studies of lives in transition* (pp. 63–93). American Psychological Association
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
- Sttelen, D. (2023). Les addictions répondent-elles toutes à la même souffrance ? *Gérontologie et société*, 26 (105), 11-19
- Tizian, P. (2019). Le récit de vie: un outil de connaissance de soi et de production de sens au service de l'intégration socio-professionnelle et jeunes adolescents. Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Art HES-SO en travail social.
- Tourrette, C. (2014). *Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement*. Dunod.
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives: Alcoolisme et toxicomanie*. Belin Education.

- Varescon, I. (2009). Les addictions comportementales: Aspects cliniques et psychopathologie. Mardaga.
- Verdon, J. (2002). Boire au moyen âge. Perrin.
- Wheaton, B. (1990). Life transitions, role histories, and mental health. *American Sociological Review*, 55(2), 209–223.

Annexes

Annexe n°01 : Lettre d'information et formulaire de consentement de la pré-enquête

Lettre d'information et formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à l'Université de Béjaïa. Je vous propose de participer à une étude de recherche intitulée « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Béjaïa* », sous la direction du Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif d'explorer et de comprendre votre parcours de vie afin de contribuer à une meilleure connaissance du phénomène addictif et une meilleure prise en charge des patients.

Votre participation consiste à répondre à un entretien qui vise à retracer l'histoire de votre vie et aborder votre addiction, ainsi qu'un questionnaire portant sur les événements de vie. Je suis consciente de l'inconfort que pourrait occasionner le fait de raconter des événements difficiles ou de revenir sur votre passé. Sachez toutefois que toutes les informations recueillies seront anonymisées et traitées de manière confidentielle. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, ainsi que de vous retirer à tout moment, sans avoir à fournir de justification.

Après avoir pris connaissance des informations ci-dessus :

Je soussigné(e), _____, déclare accepter librement et de manière éclairée de participer à cette étude menée par SOUAGUI Sabrina, étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Béjaïa.

J'ai été informé(e), oralement et par écrit, des objectifs de cette étude, des méthodes de recueil des données et des modalités de ma participation.

J'accepte de participer librement et volontairement à cette étude et j'ai la possibilité de me retirer à tout moment, sans justification.

Fait à : _____
Le : ____ / ____ / 2025

Signature du participant(e) : _____

Annexe n°02 : Lettre d'information et formulaire de consentement de groupe de la pré-enquête

Cas n°01 : Ali

Lettre d'information et formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à l'Université de Béjaïa. Je vous propose de participer à une étude de recherche intitulée « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Béjaïa* », sous la direction du Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif d'explorer et de comprendre votre parcours de vie afin de contribuer à une meilleure connaissance du phénomène addictif et une meilleure prise en charge des patients.

Votre participation consiste à répondre à un entretien qui vise à retracer l'histoire de votre vie et aborder votre addiction, ainsi qu'un questionnaire portant sur les événements de vie. Je suis consciente de l'inconfort que pourrait occasionner le fait de raconter des événements difficiles ou de revenir sur votre passé. Sachez toutefois que toutes les informations recueillies seront anonymisées et traitées de manière confidentielle. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, ainsi que de vous retirer à tout moment, sans avoir à fournir de justification.

Après avoir pris connaissance des informations ci-dessus :

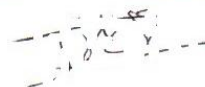
Je soussigné(e), ALI SABRINA, déclare accepter librement et de manière éclairée de participer à cette étude menée par SOUAGUI Sabrina, étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Béjaïa.

J'ai été informé(e), oralement et par écrit, des objectifs de cette étude, des méthodes de recueil des données et des modalités de ma participation.

J'accepte de participer librement et volontairement à cette étude et j'ai la possibilité de me retirer à tout moment, sans justification.

Fait à : BÉJAÏA
Le : 17 / 02 / 2025

Signature du participant(e) : _____



Cas n°02 : Adel

Lettre d'information et formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à l'Université de Béjaïa. Je vous propose de participer à une étude de recherche intitulée « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Béjaïa* », sous la direction du Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif d'explorer et de comprendre votre parcours de vie afin de contribuer à une meilleure connaissance du phénomène addictif et une meilleure prise en charge des patients.

Votre participation consiste à répondre à un entretien qui vise à retracer l'histoire de votre vie et aborder votre addiction, ainsi qu'un questionnaire portant sur les événements de vie. Je suis consciente de l'inconfort que pourrait occasionner le fait de raconter des événements difficiles ou de revenir sur votre passé. Sachez toutefois que toutes les informations recueillies seront anonymisées et traitées de manière confidentielle. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, ainsi que de vous retirer à tout moment, sans avoir à fournir de justification.

Après avoir pris connaissance des informations ci-dessus :

Je soussigné(e), Adel, déclare accepter librement et de manière éclairée de participer à cette étude menée par SOUAGUI Sabrina, étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Bejaia.

J'ai été informé(e), oralement et par écrit, des objectifs de cette étude, des méthodes de recueil des données et des modalités de ma participation.

J'accepte de participer librement et volontairement à cette étude et j'ai la possibilité de me retirer à tout moment, sans justification.

Fait à : Oued Ghir
Le : 16.02 / 2025

Signature du participant(e) : [Signature]

Cas n°03 : khaled

Lettre d'information et formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à l'Université de Béjaïa. Je vous propose de participer à une étude de recherche intitulée « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Béjaïa* », sous la direction du Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif d'explorer et de comprendre votre parcours de vie afin de contribuer à une meilleure connaissance du phénomène addictif et une meilleure prise en charge des patients.

Votre participation consiste à répondre à un entretien qui vise à retracer l'histoire de votre vie et aborder votre addiction, ainsi qu'un questionnaire portant sur les événements de vie. Je suis consciente de l'inconfort que pourrait occasionner le fait de raconter des événements difficiles ou de revenir sur votre passé. Sachez toutefois que toutes les informations recueillies seront anonymisées et traitées de manière confidentielle. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, ainsi que de vous retirer à tout moment, sans avoir à fournir de justification.

Après avoir pris connaissance des informations ci-dessus :

Je soussigné(e), ك. ك. ك. KHALED K., déclare accepter librement et de manière éclairée de participer à cette étude menée par SOUAGUI Sabrina, étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Bejaia.

J'ai été informé(e), oralement et par écrit, des objectifs de cette étude, des méthodes de recueil des données et des modalités de ma participation.

J'accepte de participer librement et volontairement à cette étude et j'ai la possibilité de me retirer à tout moment, sans justification.

Fait à : Oued Ghir
Le : 19/09/2025

Signature du participant(e) : 

Cas n°04 : kamel**Lettre d'information et formulaire de consentement**

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à l'Université de Béjaïa. Je vous propose de participer à une étude de recherche intitulée « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Béjaïa* », sous la direction du Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif d'explorer et de comprendre votre parcours de vie afin de contribuer à une meilleure connaissance du phénomène addictif et une meilleure prise en charge des patients.

Votre participation consiste à répondre à un entretien qui vise à retracer l'histoire de votre vie et aborder votre addiction, ainsi qu'un questionnaire portant sur les événements de vie. Je suis consciente de l'inconfort que pourrait occasionner le fait de raconter des événements difficiles ou de revenir sur votre passé. Sachez toutefois que toutes les informations recueillies seront anonymisées et traitées de manière confidentielle. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, ainsi que de vous retirer à tout moment, sans avoir à fournir de justification.


Après avoir pris connaissance des informations ci-dessus :

Je soussigné(e), KAMEL, déclare accepter librement et de manière éclairée de participer à cette étude menée par SOUAGUI Sabrina, étudiante en Master 2 de Psychologie Clinique à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Bejaia.

J'ai été informé(e), oralement et par écrit, des objectifs de cette étude, des méthodes de recueil des données et des modalités de ma participation.

J'accepte de participer librement et volontairement à cette étude et j'ai la possibilité de me retirer à tout moment, sans justification.

Fait à : Béjaïa
Le : 18/02 / 2025

Signature du participant(e) : 

Annexe n°03 : Questionnaire EVE (Frerri & Vacher, 1985)

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985

NOM: PRENOM: SEXE: ☐AGE: DATE:

Essayez tout d'abord de revoir le **"film" de votre vie** pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.

- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).

- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Événements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille			
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mésentente avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)			
Éléments concernant votre santé			
30 Maladie physique importante			
31 Dépression traitée mais sans hospitalisation			
32 Dépression traitée et avec hospitalisation			
33 Tentative de suicide			
34 Grossesse-accouchement			
35 Avortement			
36 Ménopause			
37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)			

Evénements N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
1 A quel âge avez-vous vécu cet événement ?										
2 Pendant combien de temps a-t-il été traumatisant ?										
3 Avez-vous essayé d'imaginer des solutions pour résoudre cette difficulté ?	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
4 En avez-vous parlé à votre entourage ?	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
5 Celui-ci vous a-t-il aidé ?	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
6 Avez-vous essayé d'agir sur cet événement ?	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
7 Vous a-t-il été possible de contrôler l'événement dans les faits ?	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
8 Avez-vous "maîtrisé" la situation en vous-même (contrôle intérieur) ?	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
9 Avez-vous noté une ou des circonstances autres, favorables , qui vous ont aidé	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
Score événementiel										
Score événementiel cumulé										

Age exact :

Sexe :

Masculin ☐Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1. célibataire | <input type="checkbox"/> |
| 2. marié | <input type="checkbox"/> |
| 3. séparé | <input type="checkbox"/> |
| 4. divorcé | <input type="checkbox"/> |
| 5. remarié | <input type="checkbox"/> |
| 6. veuf | <input type="checkbox"/> |
| 7. union libre | <input type="checkbox"/> |

2 - Situation

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. sans emploi | <input type="checkbox"/> |
| 2. étudiant | <input type="checkbox"/> |
| 3. actif tps. comp. | <input type="checkbox"/> |
| 4. actif mi-temps | <input type="checkbox"/> |
| 5. demandeur | <input type="checkbox"/> |
| 6. retraité | <input type="checkbox"/> |

3 - Catégorie professionnelle

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. patron ind. & com. | <input type="checkbox"/> |
| 2. prof. lib.- cadre sup. | <input type="checkbox"/> |
| 3. cadre moyen | <input type="checkbox"/> |
| 4. employé | <input type="checkbox"/> |
| 5. ouvrier | <input type="checkbox"/> |
| 6. agriculteur | <input type="checkbox"/> |
| 7. autre | <input type="checkbox"/> |

4 - Niveau d'étude

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. primaire | <input type="checkbox"/> |
| 2. sec. 1er cycle | <input type="checkbox"/> |
| 3. sec. 2e cycle | <input type="checkbox"/> |
| 4. apprentissage | <input type="checkbox"/> |
| 5. école techn. | <input type="checkbox"/> |
| 6. IUT-BTS... | <input type="checkbox"/> |
| 7. études supérieures | <input type="checkbox"/> |

Annexe n°04 : Résultats du groupe de pré-enquête de questionnaire EVE

Cas n°01 : Ali

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985

INSTRUMENT

NOM:

ALI

PRENOM:

ALI

SEXE: ☒ M

AGE: 33

DATE: 17/10/2015

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille	X	18 A	X
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)	X	19A	X
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	X	22A	X
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)	X	19A	X
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire	X	26A	X
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)

Eléments concernant votre santé

30 Maladie physique importante

31 Dépression traitée mais sans hospitalisation

32 Dépression traitée et avec hospitalisation

33 Tentative de suicide

34 Grossesse-accouchement

35 Avortement

36 Ménopause

37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)

Événements N°

1 A quel âge avez-vous vécu cet événement ?

2 Pendant combien de temps a-t-il été traumatisant ?

3 Avez-vous essayé d'imaginer des solutions pour résoudre cette difficulté ?

4 En avez-vous parlé à votre entourage ?

5 Celui-ci vous a-t-il aidé ?

6 Avez-vous essayé d'agir sur cet événement ?

7 Vous a-t-il été possible de contrôler l'événement dans les faits ?

8 Avez-vous "maîtrisé" la situation en vous-même (contrôle intérieur) ?

9 Avez-vous noté une ou des circonstances autres, favorables, qui vous ont aidé

Score événementiel

Score événementiel cumulé

N°2	N°7	N°23	N°6	N°13	N°31	N°	N°	N°	N°
18 A	22 A	26 A	12 A	19 A	25 A				
2 mois	3 mois	6 mois	1 mois	15 jours	4 mois				
+0	+0	+0	+0	+0	+0	+-	+-	+-	+-
+0	0-	+0	0-	+0	+0	+-	+-	+-	+-
+0	+0	+0	+0	+0	+0	+-	+-	+-	+-
+0	+0	+0	0-	+0	+0	+-	+-	+-	+-
+0	+0	+0	+0	+0	+0	+-	+-	+-	+-
+0	+0	+0	+0	+0	+0	+-	+-	+-	+-
+0	+0	+0	+0	+0	+0	+-	+-	+-	+-

Age exact : 33

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

Cas n°02 : Adel

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

FERRERI, ADEL

PRENOM:

ADEL

SEXE: ☒ M

AGE: 35

DATE: 16/04/15

Essayez tout d'abord de revoir le **"film" de votre vie** pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mécontentement entre les parents	X	18 A	X
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)	X	17 A	X
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	X	32 A	X
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage	X	22 A	X
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage	X	20 A	X
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)

X

25

X

Éléments concernant votre santé

30 Maladie physique importante

31 Dépression traitée mais sans hospitalisation

32 Dépression traitée et avec hospitalisation

33 Tentative de suicide

34 Grossesse-accouchement

35 Avortement

36 Ménopause

37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)

Événements N°

1 A quel âge avez-vous vécu cet événement ?

N°3 N°7 N°18 N°29 N°11 N°6 N° N° N° N°

18 39 20 25 22 17
A A A A A A

2 Pendant combien de temps a-t-il été traumatisant ?

3 1 25 4 2 15
mois mois jours mois mois jour

3 Avez-vous essayé d'imaginer des solutions pour résoudre cette difficulté ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + -

4 En avez-vous parlé à votre entourage ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + -

5 Celui-ci vous a-t-il aidé ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + -

6 Avez-vous essayé d'agir sur cet événement ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + -

7 Vous a-t-il été possible de contrôler l'événement dans les faits ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + -

8 Avez-vous "maîtrisé" la situation en vous-même (contrôle intérieur) ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + -

9 Avez-vous noté une ou des circonstances autres, favorables, qui vous ont aidé

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + -

Score événementiel

Score événementiel cumulé

Age exact : 35

Sexe :

Masculin ☒Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

Cas n°03 : Khaled

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

KHALED

PRENOM:

KHALED

SEXE: ☒ M

AGE: 30

DATE: 19/04/15

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents	X	10 A	X
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	X	18 A	X
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)	X	26 A	X
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)	X	25 A	X
Eléments concernant votre santé			
30 Maladie physique importante			
31 Dépression traitée mais sans hospitalisation			
32 Dépression traitée et avec hospitalisation			
33 Tentative de suicide			
34 Grossesse-accouchement			
35 Avortement			
36 Ménopause			
37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)			

[illegible]

Age exact : 30

Sexe :

Masculin ☐Féminin ☒

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

1. célibataire

☒

2. marié

☐

3. séparé

☐

4. divorcé

☐

5. remarié

☐

6. veuf

☐

7. union libre

☐**2 - Situation**

1. sans emploi

☒

2. étudiant

☐

3. actif tps. comp.

☐

4. actif mi-temps

☐

5. demandeur

☐

6. retraité

☐**3 - Catégorie professionnelle**

1. patron ind. & com.

☐

2. prof. lib.- cadre sup.

☐

3. cadre moyen

☐

4. employé

☐

5. ouvrier

☐

6. agriculteur

☒

7. autre

☐**4 - Niveau d'étude**

1. primaire

☒

2. sec. 1er cycle

☐

3. sec. 2e cycle

☐

4. apprentissage

☐

5. école techn.

☐

6. IUT-BTS...

☐

7. études supérieures

☐

Cas n°04 : Kamel

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

KAMEL

PRENOM:

KAMEL

SEXE: ☒ M

AGE: 23

DATE: 10/09/95

Essayez tout d'abord de revoir le "**film**" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

Age exact : 23

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	X	18 A	X
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage	X	22 A	X
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

[illegible]

Annexe n°05 : Guide d'entretien semi-directif

Informations personnelles sur le sujet :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Avez-vous des frères et sœurs ? Si oui, quelle est votre place dans la fratrie ?
3. Quel est votre niveau d'instruction ?
4. Quelle est votre situation matrimoniale ? Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
5. Quelle est votre activité professionnelle actuelle ?

Informations sur la trajectoire de vie du sujet

6. Pouvez-vous me parler de votre enfance ? Avez-vous vécu des événements marquants (conflits familiaux, séparation des parents, décès, maladie) ?
7. Comment décririez-vous vos relations avec votre famille ? Quels liens entretenez-vous avec vos proches ?
8. Avez-vous connu des changements importants dans votre mode de vie (déménagement, émigration, rupture avec la famille) ?
9. Pouvez-vous me parler de votre parcours scolaire ?
10. Pouvez-vous me parler de votre parcours sentimental (mariage, relations amoureuses, etc.) ?
11. Comment décririez-vous vos relations amicales et sociales ? Avez-vous vécu des conflits ou des ruptures importantes ?
12. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
13. Ya-t-il d'autres événements marquants dans votre vie dont vous souhaiteriez parler ?
14. Pouvez-vous décrire votre première expérience avec ces substances ? Pourquoi et comment avez-vous commencé et comment cela a évolué ?

Avez-vous quelque chose à rajouter et qui vous semble important ?

Annexe 06 : Formulaire d'information de consentement pour la participation a une enquête, dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude

FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) _____, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait _____ à _____ :

Le : ____ / ____ / 2025

Signature du/de la participant(e) : _____

Annexe n°07 : Formulaire d'information de consentement pour la participation a une enquête, dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de groupe de recherche**Cas n°01 : Said****FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.**

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) ~~Abderrahmane Mira~~ SAID Sabrina accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.


Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque-préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 05/03/2025

Signature du/de la participant(e) : 

Cas n°02 : Achraf

**FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA
PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN
MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.**

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) ACHRAF, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 16/03/2025

Signature du/de la participant(e) : _____

Achraf

Cas n°03 : Mohamed

FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) M. MOHAMED, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 09/03/2025

Signature du/de la participant(e) : _____

[Signature]

Cas n°04 : Karim

FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) KARIM, KARIM, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

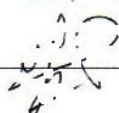
Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 24/03/2025

Signature du/de la participant(e) : 

Cas n°05 : Mehrez

**FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA
PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN
MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.**

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) Mehrez Sabrina, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 24/03 / 2025

Signature du/de la participant(e) : Mehrez Sabrina

Cas n°06 : Ishak

**FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA
PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN
MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.**

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) Souagui Ishak, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 10/03 / 2025

Signature du/de la participant(e) : [Signature]

Cas n°07 : Yacine

FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) YACINE, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 19 / 03 / 2025

Signature du/de la participant(e) : 

Cas n°08 : Mourad

FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) MOURAD, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque-préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 05/03/2025

Signature du/de la participant(e) : _____

Cas n°09 : Hani

FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) HANI, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

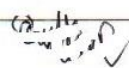
Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued Ghir
Le : 24/03/2025

Signature du/de la participant(e) : 

Cas n°10 : Hossem

**FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA
PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN
MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.**

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) HOSSEM, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 25/07/2025

Signature du/de la participant(e) : [Signature]

Cas n°11 : Anwar

FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) ANWAR, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à : Oued-Ghir
Le : 05/03/2025

Signature du/de la participant(e) : 

Cas n°12 : Rachid

FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ENQUETE, DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE.

Je suis étudiante en deuxième année de Master de psychologie clinique et je vous sollicite pour participer à mon projet de recherche de fin d'études, intitulé : « *Étude qualitative du parcours de vie des patients adultes addicts pris en charge au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia* », supervisé et encadré par Dr BENAMSILI. Cette étude a pour objectif général d'explorer les expériences de vie des personnes souffrant d'addiction afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'identifier les facteurs influençant leur trajectoire, ainsi d'améliorer la compréhension de ce phénomène et d'optimiser la prise en charge des patients addicts.

Votre participation à ce projet consistera, d'une part, en un entretien visant à retracer votre parcours de vie et à explorer votre expérience avec l'addiction. D'autre part, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire concernant les événements de vie (questionnaire EVE). Votre participation est totalement volontaire. Vous pouvez, à tout moment, décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur votre prise en charge. Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymisées. Votre participation contribuera à une meilleure compréhension des parcours de vie des patients addicts et pourra potentiellement améliorer leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de la recherche décrite ci-dessus.

Je, soussigné(e) SABER RACHID SOUAGUI, accepte de participer à l'étude menée par **SOUAGUI Sabrina**, étudiante en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, de l'objectif de la recherche et de son déroulement.

J'ai également été informé(e) :

- De la manière dont les informations seront protégées et anonymisées.
- De mon droit, en tant que participant(e) volontaire à cette étude, de me retirer à tout moment si je le juge nécessaire, sans que cela ne me cause un quelconque préjudice.

Je consens librement à participer à cette étude selon les modalités décrites ci-dessus.

Fait à Oued-Ghir :

Le : 24/03/2025

Signature du/de la participant(e) : [Signature]

Annexe 08 : Résultats de questionnaire EVE de groupe de recherche

Cas n°01 : Said

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985

INSTRUMENT

NOM:

Said

PRENOM:

Said

SEXE: H

AGE: 24

DATE: 08/03/25

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.

- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).

- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Événements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)	X	21 A	X
2 Décès d'un membre de la famille	X	18 A	X
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille			
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)

X

21A

X

Eléments concernant votre santé

30 Maladie physique importante

31 Dépression traitée mais sans hospitalisation

32 Dépression traitée et avec hospitalisation

33 Tentative de suicide

34 Grossesse-accouchement

35 Avortement

36 Ménopause

37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)

Evénements N°

1 A quel âge avez-vous vécu cet événement ?

N°1 20 ans N°2 20 ans N°3 18 ans

2 Pendant combien de temps a-t-il été traumatisant ?

3 ans 4 ans 1 mois

3 Avez-vous **essayé d'imaginer** des solutions pour résoudre cette difficulté ?

+ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖

4 En avez-vous parlé à votre entourage ?

⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖

5 Celui-ci vous a-t-il aidé ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖

6 Avez-vous **essayé d'agir** sur cet événement ?

+ ⊖ + ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖

7 Vous a-t-il été possible de contrôler l'événement dans les faits ?

+ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖

8 Avez-vous "maîtrisé" la situation en vous-même (contrôle intérieur) ?

+ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖ ⊕ ⊖

9 Avez-vous noté une ou des circonstances autres, **favorables**, qui vous ont aidé

⊕ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖

Score événementiel

Score événementiel cumulé

Age exact : 24

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

1. célibataire ☒

2. marié ☐

3. séparé ☐

4. divorcé ☐

5. remarié ☐

6. veuf ☐

7. union libre ☐

2 - Situation

1. sans emploi ☐

2. étudiant ☒

3. actif tps. comp. ☐

4. actif mi-temps ☐

5. demandeur ☐

6. retraité ☐

3 - Catégorie professionnelle

1. patron ind. & com. ☐

2. prof. lib.- cadre sup. ☐

3. cadre moyen ☐

4. employé ☐

5. ouvrier ☐

6. agriculteur ☐

7. autre ☒

4 - Niveau d'étude

1. primaire ☐

2. sec. 1er cycle ☐

3. sec. 2e cycle ☐

4. apprentissage ☐

5. école techn. ☐

6. IUT-BTS... ☐

7. études supérieures ☒

Cas n°02 : Achraf

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985

INSTRUMENT

NOM:

ACHRAF

PRENOM:

ACHRAF

SEXE: ☒ M

AGE: 42

DATE: 17/03/25

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Événements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)	X	40 A	X
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)	X	25 A	X
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	X	18 A	X
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)	X	20 A	X
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire	X	42 A	X
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)

Éléments concernant votre santé

30 Maladie physique importante

31 Dépression traitée mais sans hospitalisation

32 Dépression traitée et avec hospitalisation

33 Tentative de suicide

34 Grossesse-accouchement

35 Avortement

36 Ménopause

37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)

Événements N°

1 A quel âge avez-vous vécu cet événement ?

2 Pendant combien de temps a-t-il été traumatisant ?

3 Avez-vous essayé d'imaginer des solutions pour résoudre cette difficulté ?

4 En avez-vous parlé à votre entourage ?

5 Celui-ci vous a-t-il aidé ?

6 Avez-vous essayé d'agir sur cet événement ?

7 Vous a-t-il été possible de contrôler l'événement dans les faits ?

8 Avez-vous "maîtrisé" la situation en vous-même (contrôle intérieur) ?

9 Avez-vous noté une ou des circonstances autres, favorables, qui vous ont aidé

Score événementiel

Score événementiel cumulé

N°7	N°1	N°23	N°25	N°19	N°	N°	N°	N°	N°
18 ans	40 ans	42 ans	25 ans	20 ans					
5 ans	2 ans	1 an	1 mois	15 jours					
⊕-	⊕	⊕-	⊕-	⊕	+-	+-	+-	+-	+-
⊕	⊕	⊕	⊕-	⊕	+-	+-	+-	+-	+-
⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	+-	+-	+-	+-	+-
⊕-	⊕	⊕	⊕-	⊕	+-	+-	+-	+-	+-
⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	+-	+-	+-	+-	+-
⊕	⊕	⊕	⊕-	⊕	+-	+-	+-	+-	+-
⊕	⊕-	⊕	⊕	⊕	+-	+-	+-	+-	+-

Age exact : 42

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

Cas n°03 : Mohamed

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
MOHAMED																			

PRENOM:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

SEXE: ☒ M ☐ F

AGE: 28

DATE: 10/03/25

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n°2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n°3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents	X	18 A	X
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille			
8 Séparation d'avec la famille	X	26A	X
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage	X	18A	X
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mésentente avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)	X	19	X
Eléments concernant votre santé			
30 Maladie physique importante			
31 Dépression traitée mais sans hospitalisation			
32 Dépression traitée et avec hospitalisation			
33 Tentative de suicide			
34 Grossesse-accouchement			
35 Avortement			
36 Ménopause			
37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)			

[illegible]

Age exact : 28

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire ☒
- 2. marié ☐
- 3. séparé ☐
- 4. divorcé ☐
- 5. remarié ☐
- 6. veuf ☐
- 7. union libre ☐

2 - Situation

- 1. sans emploi ☐
- 2. étudiant ☐
- 3. actif tps. comp. ☒
- 4. actif mi-temps ☐
- 5. demandeur ☐
- 6. retraité ☐

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com. ☐
- 2. prof. lib.- cadre sup. ☐
- 3. cadre moyen ☐
- 4. employé ☐
- 5. ouvrier ☐
- 6. agriculteur ☐
- 7. autre ☒

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire ☐
- 2. sec. 1er cycle ☐
- 3. sec. 2e cycle ☒
- 4. apprentissage ☐
- 5. école techn. ☐
- 6. IUT-BTS... ☐
- 7. études supérieures ☐

Cas n°04 : Karim

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

KARIM

PRENOM:

KARIM

SEXE: ☒ M ☐ F

AGE: 27

DATE: 15/03/15

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Événements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)	X (P)	13 A	X
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents	X	2 mois	X
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille			
8 Séparation d'avec la famille	X	17 A	X
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage	X	21 A	X
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)

X

19 A

X

Eléments concernant votre santé

30 Maladie physique importante

31 Dépression traitée mais sans hospitalisation

32 Dépression traitée et avec hospitalisation

33 Tentative de suicide

34 Grossesse-accouchement

35 Avortement

36 Ménopause

37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)

Evénements N°

N°1 N°8 N°9 N°11 N° N° N° N° N° N°

1 A quel âge avez-vous vécu cet événement ?

13 17 19 21
ans ans ans ans

2 Pendant combien de temps a-t-il été traumatisant ?

2 1 3 1
mois ans ans mois

3 Avez-vous essayé d'imaginer des solutions pour résoudre cette difficulté ?

+ ⊖ + ⊖ + - + - + - + - + -

4 En avez-vous parlé à votre entourage ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + - + - + -

5 Celui-ci vous a-t-il aidé ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + - + - + -

6 Avez-vous essayé d'agir sur cet événement ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + - + - + -

7 Vous a-t-il été possible de contrôler l'événement dans les faits ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + - + - + -

8 Avez-vous "maîtrisé" la situation en vous-même (contrôle intérieur) ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + - + - + -

9 Avez-vous noté une ou des circonstances autres, favorables, qui vous ont aidé

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ + - + - + - + - + -

Score événementiel

Score événementiel cumulé

Age exact : 27

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

Cas n°05 : Mehrez

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

MEHREZ

PRENOM:

MEHREZ

SEXE: ☒ M ☐ F

AGE: 19

DATE: 15/03/2016

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatisants
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille	X X	13 A / 14 A	X
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)	X	15 A	X

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille			
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)	X	16A	X
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)

X

18 A

X

Éléments concernant votre santé

30 Maladie physique importante

31 Dépression traitée mais sans hospitalisation

32 Dépression traitée et avec hospitalisation

33 Tentative de suicide

34 Grossesse-accouchement

35 Avortement

36 Ménopause

37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)

Événements N°

1 A quel âge avez-vous vécu cet événement ?

N°2
13
ans

N°2
14
ans

N°3
16
ans

N°4
18
ans

N°5
15
ans

2 Pendant combien de temps a-t-il été traumatisant ?

1
an

1
an

2
mois

3
mois

15
jours

3 Avez-vous **essayé d'imaginer** des solutions pour résoudre cette difficulté ?

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

4 En avez-vous parlé à votre entourage ?

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

5 Celui-ci vous a-t-il aidé ?

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

6 Avez-vous **essayé d'agir** sur cet événement ?

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

7 Vous a-t-il été possible de contrôler l'événement dans les faits ?

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

8 Avez-vous "maîtrisé" la situation en vous-même (contrôle intérieur) ?

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

9 Avez-vous noté une ou des circonstances autres, **favorables**, qui vous ont aidé

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

+0

Score événementiel

Score événementiel cumulé

Age exact : 19

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- ☒ 1. sans emploi
- ☐ 2. étudiant
- ☐ 3. actif tps. comp.
- ☐ 4. actif mi-temps
- ☐ 5. demandeur
- ☐ 6. retraité
- ☐

3 - Catégorie professionnelle

- ☐ 1. patron ind. & com.
- ☐ 2. prof. lib.- cadre sup.
- ☐ 3. cadre moyen
- ☐ 4. employé
- ☐ 5. ouvrier
- ☐ 6. agriculteur
- ☒ 7. autre

4 - Niveau d'étude

- ☐ 1. primaire
- ☒ 2. sec. 1er cycle
- ☐ 3. sec. 2e cycle
- ☐ 4. apprentissage
- ☐ 5. école techn.
- ☐ 6. IUT-BTS...
- ☐ 7. études supérieures

Cas n°06 : Ishak

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

D. F. C. A. I. S. H. A. K.

PRENOM:

ISHAK

SEXE: ☒ M

AGE: 55

DATE: 11/03/25

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Événements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n°2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n°3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)	X X	8A / 50A	X
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)	X	17 A	X
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	X	7 A	X
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mésentente avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)		
Éléments concernant votre santé		
30 Maladie physique importante		
31 Dépression traitée mais sans hospitalisation		
32 Dépression traitée et avec hospitalisation		
33 Tentative de suicide		
34 Grossesse-accouchement		
35 Avortement		
36 Ménopause		
37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)		

[illegible]

Age exact : 55

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

Cas n°07 : Yacine

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

YACINE

PRENOM:

YACINE

SEXE: ☒ M ☐ F

AGE: 53

DATE: 21/03/2015

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Événements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)	X	16 A	X
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille			
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mésentente avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant	X	47 A	X
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)			
Eléments concernant votre santé			
30 Maladie physique importante	X	7 A	X
31 Dépression traitée mais sans hospitalisation			
32 Dépression traitée et avec hospitalisation			
33 Tentative de suicide			
34 Grossesse-accouchement			
35 Avortement			
36 Ménopause			
37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)			

[illegible]

Age exact : 59

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire ☐
- 2. marié ☒
- 3. séparé ☐
- 4. divorcé ☐
- 5. remarié ☐
- 6. veuf ☐
- 7. union libre ☐

2 - Situation

- 1. sans emploi ☐
- 2. étudiant ☐
- 3. actif tps. comp. ☒
- 4. actif mi-temps ☐
- 5. demandeur ☐
- 6. retraité ☐

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com. ☐
- 2. prof. lib.- cadre sup. ☐
- 3. cadre moyen ☐
- 4. employé ☐
- 5. ouvrier ☐
- 6. agriculteur ☐
- 7. autre ☒

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire ☒
- 2. sec. 1er cycle ☐
- 3. sec. 2e cycle ☐
- 4. apprentissage ☐
- 5. école techn. ☐
- 6. IUT-BTS... ☐
- 7. études supérieures ☐

Cas n° 08 : Mourad

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM: MOURAD
 PRENOM: MOURAD
 SEXE: ☒ M ☐ F AGE: 25 DATE: 10/03/25

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille	X	15 A	X
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)	X	12 A	X
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille			
8 Séparation d'avec la famille	X	7 A	X
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage	X	9 A	X
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mésentente avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)

X

20 A

X

Eléments concernant votre santé

30 Maladie physique importante

31 Dépression traitée mais sans hospitalisation

32 Dépression traitée et avec hospitalisation

X

16 A

X

33 Tentative de suicide

X

23 A

X

34 Grossesse-accouchement

35 Avortement

36 Ménopause

37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)

Evénements N°

1 A quel âge avez-vous vécu cet événement ?

N°8 N°2 N°18 N°6 N°32 N°29 N°33 N° N° N°
7 15 9 12 16 20 23
A A A A A A A

2 Pendant combien de temps a-t-il été traumatisant ?

2 1 3 15 7 6 3
ans ans mois jours mois mois mois

3 Avez-vous essayé d'imaginer des solutions pour résoudre cette difficulté ?

+ ⊖ + ⊖ ⊖ ⊖ ⊖ ⊖ ⊖ ⊖

4 En avez-vous parlé à votre entourage ?

+ ⊖ + ⊖ ⊖ ⊖ ⊖ ⊖ ⊖ ⊖

5 Celui-ci vous a-t-il aidé ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ ⊖ ⊖ ⊖ ⊖

6 Avez-vous essayé d'agir sur cet événement ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ ⊖ + ⊖ ⊖ ⊖ ⊖

7 Vous a-t-il été possible de contrôler l'événement dans les faits ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ ⊖ ⊖ ⊖ ⊖

8 Avez-vous "maîtrisé" la situation en vous-même (contrôle intérieur) ?

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ ⊖ + ⊖ ⊖ ⊖ ⊖

9 Avez-vous noté une ou des circonstances autres, favorables, qui vous ont aidé

+ ⊖ + ⊖ + ⊖ + ⊖ ⊖ ⊖ ⊖ ⊖

Score événementiel

Score événementiel cumulé

Age exact : 25

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

Cas n° 09 : Hani

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985

INSTRUMENT

NOM:

HAN

PRENOM:

HANI

SEXE: ☒ M

AGE: 43

DATE: 26/03/25

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)	X	38 A	X
2 Décès d'un membre de la famille	X	7 A	X
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie
(déménagement, émigration...)

7 Maladie physique ou psychique d'un
membre de la famille

8 Séparation d'avec la famille

9 Autres événements familiaux

Vie professionnelle

10 Entrée dans la vie active

11 Licenciement-chômage

12 Mise à la retraite

13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie,
les collègues...)

14 Changements de situation professionnelle
(de travail, de patron...)

15 Autres événements professionnels
(accident, recyclage...)

Vie sociale

16 Service militaire

17 Changement de vie matérielle (habitat,
problème financier...)

18 Décès dans votre entourage

19 Conflits avec la société (procès, prison...)

20 Autres événements sociaux

**Vie conjugale & affective (conjoint,
partenaire, enfant...)**

21 Relations affectives-mariage

22 Mésentente avec le conjoint ou le
partenaire

23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le
partenaire

24 Décès du conjoint-partenaire

25 Naissance d'enfants

26 Départ d'enfant

27 Décès d'enfant

28 Maladie physique ou psychique de
conjoint - partenaire - enfant

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)

X

40 A

X

Éléments concernant votre santé

30 Maladie physique importante

31 Dépression traitée mais sans hospitalisation

32 Dépression traitée et avec hospitalisation

33 Tentative de suicide

34 Grossesse-accouchement

35 Avortement

36 Ménopause

37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)

Événements N°

1 A quel âge avez-vous vécu cet événement ?

N°2 N°1 N°29 N° N° N° N° N° N° N°
7 38 40
ans ans ans

2 Pendant combien de temps a-t-il été traumatisant ?

2 1
ans ans

3 Avez-vous essayé d'imaginer des solutions pour résoudre cette difficulté ?

+0 0- 0- +- +- +- +- +- +- +-

4 En avez-vous parlé à votre entourage ?

0- +0 +0 +- +- +- +- +- +- +-

5 Celui-ci vous a-t-il aidé ?

+0 +0 +0 +- +- +- +- +- +- +-

6 Avez-vous essayé d'agir sur cet événement ?

+0 0- 0- +- +- +- +- +- +- +-

7 Vous a-t-il été possible de contrôler l'événement dans les faits ?

+0 0- 0- +- +- +- +- +- +- +-

8 Avez-vous "maîtrisé" la situation en vous-même (contrôle intérieur) ?

+0 +0 0- +- +- +- +- +- +- +-

9 Avez-vous noté une ou des circonstances autres, favorables, qui vous ont aidé

+0 +0 0- +- +- +- +- +- +- +-

Score événementiel

Score événementiel cumulé

Age exact : 43

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

Cas n° 10 : Houssem

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

HOSSEM

PRENOM:

HOSSEM

SEXE: M

AGE: 31

DATE: 26/03/15

Essayez tout d'abord de revoir le **"film" de votre vie** pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	X	19 A	X
8 Séparation d'avec la famille	X	19 A	X
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire			
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

[illegible]

Age exact : 38

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire ☒
- 2. marié ☐
- 3. séparé ☐
- 4. divorcé ☐
- 5. remarié ☐
- 6. veuf ☐
- 7. union libre ☐

2 - Situation

- 1. sans emploi ☐
- 2. étudiant ☒
- 3. actif tps. comp. ☐
- 4. actif mi-temps ☐
- 5. demandeur ☐
- 6. retraité ☐

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com. ☐
- 2. prof. lib.- cadre sup. ☐
- 3. cadre moyen ☐
- 4. employé ☐
- 5. ouvrier ☐
- 6. agriculteur ☐
- 7. autre ☒

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire ☐
- 2. sec. 1er cycle ☐
- 3. sec. 2e cycle ☐
- 4. apprentissage ☐
- 5. école techn. ☐
- 6. IUT-BTS... ☐
- 7. études supérieures ☒

Cas n°11 : Anouar

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

ANWAR

PRENOM:

ANWAR

SEXE: ☒ M ☐ F

AGE: 23

DATE: 06/03/15

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Événements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)			
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents	X	13 A	X
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie (déménagement, émigration...)			
7 Maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	X X	8A/25A	X X
8 Séparation d'avec la famille			
9 Autres événements familiaux			
<u>Vie professionnelle</u>			
10 Entrée dans la vie active			
11 Licenciement-chômage			
12 Mise à la retraite			
13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)			
14 Changements de situation professionnelle (de travail, de patron...)			
15 Autres événements professionnels (accident, recyclage...)			
<u>Vie sociale</u>			
16 Service militaire	X	20A	X
17 Changement de vie matérielle (habitat, problème financier...)			
18 Décès dans votre entourage			
19 Conflits avec la société (procès, prison...)			
20 Autres événements sociaux			
<u>Vie conjugale & affective (conjoint, partenaire, enfant...)</u>			
21 Relations affectives-mariage			
22 Mécontentement avec le conjoint ou le partenaire			
23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
24 Décès du conjoint-partenaire			
25 Naissance d'enfants			
26 Départ d'enfant			
27 Décès d'enfant			
28 Maladie physique ou psychique de conjoint - partenaire - enfant			

29 Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)	X	22A	X
Éléments concernant votre santé			
30 Maladie physique importante			
31 Dépression traitée mais sans hospitalisation			
32 Dépression traitée et avec hospitalisation			
33 Tentative de suicide	X	27A	X
34 Grossesse-accouchement			
35 Avortement			
36 Ménopause			
37 Autres éléments de santé (alcoolisme, handicap...)			

[illegible]

Age exact : 33

Sexe :

Masculin ☒Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

Cas n° 12 : Rachid

LE QUESTIONNAIRE EVE

EVE

M. FERRERI et J. VACHER, 1985



NOM:

RACHID

PRENOM:

RACHID

SEXE: ☒ M

AGE: 43

DATE: 26/03/2015

Essayez tout d'abord de revoir le "film" de votre vie pour en cerner les événements qui vous semblent importants, qui ont provoqué un **changement** dans votre vie (familiale, professionnelle, affective, etc.), ceux qui représentent comme le **pointillé de votre trajectoire de vie**.

Voici une liste d'événements :

- Dans la colonne no 1 : cochez d'une croix (x) les événements qui ont provoqué un changement dans votre vie. Mettre plusieurs croix si un même événement s'est produit plusieurs fois.
- Dans la colonne no 2 : indiquez votre âge lors de ces événements (exemple 35 A).
- Dans la colonne no 3 : cochez d'une croix (x) les événements que vous avez vécus de façon traumatisante, qui vous ont particulièrement marqués.

Evénements	Colonne n°1 événements vécus	Colonne n° 2 âges auxquels ces événements ont été vécus	Colonne n° 3 événements traumatiques
<u>Vie familiale (parents, frère, sœur, grands-parents...)</u>			
1 Décès père-mère (P) (M)	X	15 A	X
2 Décès d'un membre de la famille			
3 Mésentente entre les parents			
4 Séparation-divorce des parents			
5 Changement dans la composition familiale (naissance, départ...)			

6 Changement dans le mode de vie
(déménagement, émigration...)

7 Maladie physique ou psychique d'un
membre de la famille

8 Séparation d'avec la famille

9 Autres événements familiaux

Vie professionnelle

10 Entrée dans la vie active

11 Licenciement-chômage

12 Mise à la retraite

13 Conflits professionnels (avec la hiérarchie,
les collègues...)

14 Changements de situation professionnelle
(de travail, de patron...)

15 Autres événements professionnels
(accident, recyclage...)

Vie sociale

16 Service militaire

17 Changement de vie matérielle (habitat,
problème financier...)

18 Décès dans votre entourage

19 Conflits avec la société (procès, prison...)

20 Autres événements sociaux

**Vie conjugale & affective (conjoint,
partenaire, enfant...)**

21 Relations affectives-mariage

22 Mécontentement avec le conjoint ou le
partenaire

23 Séparation-divorce d'avec le conjoint ou le
partenaire

24 Décès du conjoint-partenaire

25 Naissance d'enfants

26 Départ d'enfant

27 Décès d'enfant

28 Maladie physique ou psychique de
conjoint - partenaire - enfant

[illegible]

Age exact : 43

Sexe :

Masculin ☒

Féminin ☐

Cochez les cases correspondantes à votre situation :

1 - Etat civil

- 1. célibataire
- 2. marié
- 3. séparé
- 4. divorcé
- 5. remarié
- 6. veuf
- 7. union libre

2 - Situation

- 1. sans emploi
- 2. étudiant
- 3. actif tps. comp.
- 4. actif mi-temps
- 5. demandeur
- 6. retraité

3 - Catégorie professionnelle

- 1. patron ind. & com.
- 2. prof. lib.- cadre sup.
- 3. cadre moyen
- 4. employé
- 5. ouvrier
- 6. agriculteur
- 7. autre

4 - Niveau d'étude

- 1. primaire
- 2. sec. 1er cycle
- 3. sec. 2e cycle
- 4. apprentissage
- 5. école techn.
- 6. IUT-BTS...
- 7. études supérieures

Titre : Étude qualitative du parcours de vie de patients adultes addicts aux substances psychoactives (SPAs) pris en charge au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia (Algérie).

Résumé

L'addiction aux substances psychoactives (SPAs) constitue aujourd'hui un véritable problème de santé publique, touchant une population de plus en plus jeune et vulnérable. Cette recherche s'intéresse au parcours de vie de patients adultes addicts pris en charge à l'Établissement Hospitalier Spécialisé (EHS) en psychiatrie d'Oued Ghir, dans la wilaya de Bejaia (Algérie), sous l'angle des événements marquants vécus au cours de leur trajectoire personnelle. Cette étude s'inscrit dans une approche intégrative, croisant à la fois des dimensions psychodynamiques, développementales et sociales. Nous avons adopté une méthodologie clinique qualitative, en optant pour l'étude de cas multiples. Douze récits de vie ont été recueillis à l'aide d'un entretien semi-directif inspiré du récit de vie, soutenu par un questionnaire des événements de vie (EVE) élaboré par Ferreri & Vacher (1985). Les analyses menées ont mis en évidence que la majorité des sujets ont vécu des événements marquants deuils, séparations, violences, maladies, ruptures affectives ou familiales susceptibles d'avoir fragilisé leur équilibre psychique et contribué au développement de leur comportement addictif. En résumé, les trajectoires de vie des patients addicts rencontrés dans cette étude sont fortement marquées par des expériences bouleversantes vécues dès l'enfance ou l'adolescence, confirmant l'importance de prendre en compte ces dimensions biographiques dans l'approche clinique des troubles addictifs.

Mots-clés : addiction, substances psychoactives (SPAs), parcours de vie, patients adultes, événements marquants, trajectoire personnelle, récit de vie.

Title:Qualitative study of the life course of adult patients addicted to psychoactive substances (PASs) treated at the Oued Ghir specialized psychiatric hospital (SPH) in the wilaya of Bejaia (Algeria).

Abstract:

Today, addiction to psychoactive substances (PASs) is a real public health problem, affecting an increasingly young and vulnerable population. This study focuses on the life course of adult addicts treated at the Oued Ghir psychiatric hospital (EHS) in the wilaya of Bejaia (Algeria), from the point of view of the key events in their personal trajectory. This study takes an integrative approach, combining psychodynamic, developmental and social dimensions. We adopted a qualitative clinical methodology, opting for a multiple-case study. Twelve life stories were collected using a semi-structured interview inspired by the life story, supported by a life events questionnaire (EVE) developed by Ferreri&Vacher (1985). Analysis revealed that the majority of subjects had experienced significant events such as bereavement, separation, violence, illness and emotional or family breakdowns, all of which were likely to have weakened their psychological equilibrium and contributed to the development of their addictive behavior. In short, the life trajectories of the addicts in this study are strongly marked by life-changing experiences from childhood or adolescence, confirming the importance of taking these biographical dimensions into account in the clinical approach to addictive disorders.

Keywords : addiction, psychoactive substances (PASs), life course, adult patients, milestones, personal trajectory, life story.