



*Université Abderrahmane Mira Bejaïa  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département de Psychologie et d'Orthophonie*

## **Mémoire de fin de cycle**

En vue de l'obtention de diplôme de Master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

*Thème*

### **La régulation émotionnelle chez les toxicomanes en cure de désintoxication**

**Étude de huit cas au centre intermédiaire des soins en  
addictologie (CISA) à Iheddaden**

**Réalisé par**

IDIR Mira

GANOUN Amina

**Soutenu le .../.....2025**

**Devant les Membres du jury**

Mr/Mme ----- Président

Pr. HATEM Wahiba ----- Rapporteur

Mr/Mme ----- Examineur

**Année universitaire : 2024 / 2025**

## *Remerciements*

En premier lieu on remercie Allah le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce modeste travail.

On tient à remercier nos parents pour leur soutien, leurs profondes prières durant notre parcours.

À Pr HATEM Wahiba pour son encadrement, son soutien et son aide précieux et ses conseils durant la rédaction de notre travail.

À notre responsable de stage Dr ABBAS Achour qui nous a très chaleureusement accueillis dans son bureau à plusieurs semaines afin de réaliser notre recherche

Nous présentons aussi nos remerciements A madame BENAMSILI Lamia pour son aide

Enfin, à tous ceux qui nous ont aidés de près et de loin pour la réalisation de ce travail.

Ce mémoire de fin d'étude est le fruit d'un travail constant et d'une réelle implication, dont nous sommes fières aujourd'hui.

*Merci à tous*

## *Dédicace*

**C'est avec un cœur rempli de joie et de bonheur que je dédie ce modeste travail**

Avant tout je remercie *ALLAH* de m'avoir donné la force, la volonté et la patience pour terminer mes études et réalisée enfin ce modeste travail.

À la plus belle perle du monde, ma chère **maman LOUIZA**, pour son amour infini et son dévouement qui n'a pas d'équivalent, ses précieux conseils et toute la bienveillance qu'elle a consentie à mon égard et toutes ses prières silencieuses.

À mon cher **papa TAYEB**, qui est une fierté pour moi, mon idole à qui je dois tant et tout, symbole du courage et du sacrifice et pour tous les efforts qui ne cessent de déployer pour nous ses filles afin que nous puissions réussir nos études et nos vies professionnelles.

À mes chères sœurs Dihia, Karima et Sadjia qui ont été toujours derrière moi et mes beaux-frères Mohand, Mourad, Baha-eddin. Et sans oublier Nadjat pour tout ce qu'elle fait pour moi.

À mes chers neveux ; Nazim, Kamilia, Adem, Ziad, Nihad, Amine et ma petite Sophie que dieu les protège.

À mon cher mari **Abdelghani** qui n'a jamais cessé de croire en moi et d'être là jours et nuits pour me guider durant toutes mes années d'études et qui me pousse toujours vers le haut et bien sûr, A ma belle-mère pour son soutien et qui a toujours le don de trouver les mots justes aux bons moments.

À mon binôme Amina, ainsi que toute ma famille pour l'amour et le respect qu'ils m'ont toujours accordé.

*7. Mira*

## *Dédicace*

Avant tout, je tiens à remercier Allah de m'avoir donné la guidance et la force pour terminer mes études et réaliser enfin ce modeste travail

Je dédie le fruit de ce modeste travail

À l'homme, mon précieux offre du dieu, qui doit ma vie, ma réussite et tout mon respect : mon cher père  
**Madjid.**

À la femme, qui me donne toujours l'espoir de vivre et qui n'a jamais cessé de prier pour moi, ma très chère mère **Louiza**. Mes chers parents, quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point vous remercier comme il se doit. Votre affection me couvre, votre bienveillance me guide et votre présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles. Votre foi en moi a été ma plus grande motivation. En signe de reconnaissance, qu'ils trouvent ici, l'expression de ma profonde gratitude pour tout ce que vous avez consenti d'efforts et de moyens pour me voir réussir dans mes études.

À mes chers frères, Zoubir, Allaoua, Djahid et Hocine ainsi que mes belles sœurs Meriem et Linda qui ont été toujours derrière moi.

À ma chère nièce adorée Roeya que dieu la protège et lui accorde la réussite dans ses études. À notre cher bébé, que nous attendons avec tant d'amour et d'impatience. Tu es déjà une lumière dans nos vies et nous avons hâte de te rencontrer, je te dédie tout l'amour que j'ai à t'offrir.

À ma chère grand-mère Fatima, qui a semé tant d'amour et de joie. Chaque pensée pour toi est une bénédiction, que dieu t'accueille dans son vaste paradis.

À ma chère Grand-mère Taoues, qui n'a jamais cessé de prier pour moi, que dieu la bénisse

À mon cher ami, qui m'a soutenue tout au long de mon parcours universitaire

À mes tantes et oncles. À mon oncle Brahim, ma tante Nadia

À ma copine Soraya

À mon binôme Mira

*G. Amina*

## **Liste des Abréviations**

APA : American Psychological Association

CIM : Classification Internationale des Maladies

CISA : Centre Intermédiaire des Soins en Addictologies

DERS : Difficulties in Emotion Regulation Scale

DSM : Manuel diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

EPSP : Etablissement de Santé Public et de Proximité

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONLDT : Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

SPA : Substances Psycho Actives

TCC : Thérapie Cognitive Comportementale

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Présentation du groupe de recherche .....	46
Tableau 2: Résultats obtenus sur l'échelle de la régulation émotionnelle.....	59

## Table des matières

Remerciements .....	I
Dédicace.....	II
Liste des Abréviations .....	IV
Liste des tableaux .....	V
Sommaire .....	VI
Introduction.....	1
1. Problématique.....	4
2. Hypothèse.....	6
Chapitre 1 : La toxicomanie.....	9
Préambule .....	9
1. Aperçu historique sur la toxicomanie .....	9
2. Définitions.....	10
2.1. L'addiction .....	10
2.2. La toxicomanie .....	11
2.3. La dépendance .....	11
2.4. Substances psycho-actives .....	11
3. Les types de substances psychoactives :.....	12
3.1. Le cannabis.....	12
3.2. L'alcool .....	13
3.3. La Prégabaline .....	13
4. Diagnostic de la toxicomanie .....	13
4.1. Critères diagnostiques selon le DSM5 .....	13
4.2. Critères diagnostiques selon la CIM10 .....	15
5. Étiologie de la toxicomanie.....	16
6. Les fonctions des substances psycho-actives : .....	17
7. La prise en charge de la toxicomanie.....	18
7.1. Approche cognitivo-comportementale.....	18
7.2. Approche systémique.....	20
7.3. Approche psychosociale.....	20
Synthèse .....	22
Chapitre 2 : La régulation émotionnelle .....	24

Préambule .....	24
Section I : L'émotion.....	24
1. Définitions de l'émotion.....	24
2. Classification des émotions .....	25
3. Les fonctions des émotions .....	26
4. Les manifestations de l'émotion .....	27
Section II : La régulation émotionnelle .....	28
1. L'évolution historique du concept.....	28
2. Définitions de la régulation émotionnelle .....	29
3. La fonction adaptative de la régulation émotionnelle.....	29
4. Les modèles de la régulation émotionnelle .....	30
5. Stratégies de régulation émotionnelle .....	31
5.1. Régulation émotionnelle concernant les antécédents .....	31
5.2. Régulation émotionnelle par modification de composantes .....	33
6. Dysrégulation émotionnelle chez les sujets addicts.....	33
7. Efficacité et conséquences de la régulation émotionnelle.....	34
Synthèse .....	35
Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche .....	38
Préambule .....	38
1. Les limites de la recherche .....	38
2. Déroulement de la recherche .....	38
2.1. La pré-enquête .....	38
2.2. L'enquête.....	39
3. Les raisons du choix du sujet .....	40
4. Les outils de la recherche .....	40
4.1. L'entretien clinique de recherche .....	40
4.2. Description de l'échelle de régulation émotionnelle (DRES):.....	41
5. Les difficultés de la recherche .....	42
6. Informations sur le lieu de recherche.....	42
7. Le groupe de recherche .....	42
8. La méthode adoptée .....	43
9. L'opérationnalisation des concepts clés.....	43
Synthèse .....	44



Chapitre 4 : Analyse des résultats et discussion des hypothèses .....	46
Préambule .....	46
1. Présentation du groupe de recherche .....	46
2. Présentation et analyses des entretiens menés par l'addictologue.....	47
2.1. Cas N° 01 : Yacine .....	47
2.2. Cas N°02 : Younes.....	49
2.3. Cas N°03 : Walid.....	51
2.4. Cas N°04 : Samir .....	52
2.5. Cas N°05 : Sofiane.....	53
2.6. Cas N °06 : Fouad.....	54
2.7. Cas N°07 : Anis .....	56
2.8. Cas N°08: Salim .....	58
3. Analyse des résultats obtenus sur l'échelle de la régulation émotionnelle (DRES).....	59
4. Discussion de l'hypothèse.....	61
Synthèse .....	64
Conclusion .....	66
Bibliographie.....	69
<i>Annexe</i> .....	71
Table des matières .....	75

[Résumés](#)

# *Introduction*

## **Introduction**

La toxicomanie représente un défi majeur de santé publique, impactant profondément la vie des individus et leurs entourages, la consommation des substances psycho-active reste un phénomène très répandu dans le monde.

Selon l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé), la toxicomanie constitue l'une des principales causes de l'handicap social. Ainsi, dans le cas des jeunes, les problèmes psychosociaux liés à l'abus des substances psychoactives figurent parmi les raisons les plus fréquentes d'interruption du cycle de développement intellectuel et du processus d'apprentissage social. Dans les secteurs de la production et de l'éducation, la toxicomanie fait perdre plus de journées de travail que n'importe quelle maladie et constitue la principale cause de contre performance professionnelle. **(L'Organisation Mondiale de la Santé, 2012)**

L'usage des substances psychoactives est un problème de santé publique dont les impacts sont multiples, médicaux, sociaux, économiques et principalement psychologiques. Les taux de morbidité et de mortalité qui leur sont liés sont très élevés dans le monde et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient les addictions parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle.

La consommation de substances psychoactives est influencée par une multitude de facteurs qui sont des déterminants propres à l'individu qui favorisent les dommages liés à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives. Ils sont de nature psychologique, génétique, psychopathologique, mais aussi familiale et sociale. Les substances peuvent devenir un mécanisme d'adaptation pour gérer l'anxiété, le stress et la dépression. Un manque d'estime de soi peut aussi pousser à la consommation. La consommation de substances psychoactives engendre un éventail de conséquences dévastatrices sur la santé physique et psychique des toxicomanes, ainsi que sur leurs vies sociales et professionnelles. Sur le plan physique, elle provoque des maladies chroniques et un affaissement du système immunitaire. Sur le plan psychologique, elle est souvent associée à des troubles de l'humeur tels que l'anxiété et la dépression. Consommer des substances psychoactives de manière régulière impacte également la vie sociale dans un cadre dans un cadre privé ou professionnel. Celle-ci entraîne l'isolement, le décalage social, ainsi des difficultés personnelles et professionnelles.

De nombreux toxicomanes utilisent les substances comme un moyen dysfonctionnel de faire face à des émotions intenses ou désagréables, qu'il s'agisse d'anxiété, de tristesse, de colère

ou de vide existentiel. Les substances deviennent un outil d'automédication pour échapper à ce mal-être émotionnel. Elle procure un soulagement temporaire, créant un cycle vicieux où la personne dépend de plus en plus de la substance pour gérer ses émotions.

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

Le premier chapitre de notre recherche est consacré à la toxicomanie, son aperçu historique, les définitions, les différents types de substances psychoactives et leurs effets, les critères diagnostiques selon le DSM5 et la CIM10, l'étiologie, les fonctions de substances psychoactives, enfin la prise en charge de la toxicomanie.

Dans le deuxième chapitre nous présentons la régulation émotionnelle on l'a devisé en deux sections, la première section est consacrée à l'émotion, ses définitions ainsi que ses manifestations. La deuxième section comprend l'évolution historique du concept de la régulation émotionnelle, ses définitions, sa fonction, ses modèles, ses stratégies, la dysrégulation émotionnelle chez les sujets addicts, enfin l'efficacité et les conséquences de la régulation émotionnelle

La partie pratique est également devisée en deux chapitres : le troisième dédié à la méthodologie de la recherche, où nous aborderons la pré-enquête, les raisons du choix du thème, déroulement de la recherche, les outils de recherche, les difficultés de la recherche, informations sur le lieu de stage, le groupe de recherche, la méthode adoptée et l'opérationnalisation des concepts

Quant au quatrième chapitre de notre étude, il sera consacré à la présentation et la discussion des données recueillies, interprétions et analyse des résultats de l'échelle DRES de la régulation émotionnelle sur notre groupe de recherche, ce qui nous permettra de vérifier notre hypothèse.

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

# *Problématique et hypothèse*

## **1. Problématique**

La toxicomanie est un phénomène mondial qui touche toutes les catégories de la société, un problème de santé publique depuis plusieurs décennies dans de nombreux pays dont l'Algérie, qui a des répercussions psychologiques sociales et économiques. Sur le plan psychologique, la consommation de substances psychoactives peut engendrer des troubles de l'humeur tels que l'anxiété et la dépression, l'usage de ces substances peut également affecter la mémoire et la concentration. Sur le plan social elles peuvent conduire à l'isolement et à des ruptures des relations sociales. Économiquement, elles peuvent entraîner une baisse de la productivité et la pauvreté.

L'addiction décrit la relation de dépendance plus ou moins aliénante que l'individu établit avec un produit (drogue, tabac, alcool ou médicament). Elle se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement poursuivi en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne. L'addiction n'est donc pas définie par le produit en lui-même mais par l'utilisation qu'en fait le sujet. Ce produit nommé "Substance psychoactive" est défini par sa capacité à engendrer une intoxication ou ivresse, un sevrage, un abus ou usage nocif ou une dépendance. **(Laqueille and al., p.3, 2017).**

Les gens peuvent consommer des substances psychoactives pour diverses raisons telles que la recherche de plaisir, la fuite d'un mal-être, une tentative d'échapper à la réalité ou une recherche de désinhibition. Cependant, la réponse apportée par cette consommation se révèle transitoire et conduit l'individu sur un chemin plus escarpé et dans un cercle vicieux dont il aura du mal à s'extraire spontanément, cette consommation peut également venir colmater temporairement un sentiment de vide et d'ennui, l'angoisse et des affects dépressifs. Cela peut être également la possibilité de se donner du courage et de la réassurance pour découvrir le monde. **(Sahuc, p.109-110 , 2006).**

L'évolution du phénomène de la consommation de drogues et des toxicomanies en Algérie semble concomitante avec leur progression sur le plan mondial. Les premières saisies de drogues en Algérie ont été enregistrées en 1975 où il a été signalé la saisie de (03) tonnes de cannabis et l'arrestation des trafiquants en majorité étrangers. Puis la deuxième saisie a eu lieu en 1989 avec (02) tonnes de résine de cannabis et l'interpellation d'environ 2500 personnes durant toute l'année. Depuis ce temps l'accroissance des drogues est plus ou moins constante d'année en

année. En ce qui concerne les substances psychotropes, généralement il s'agit de détournement de produits importés licitement et particulièrement les benzodiazépines. La drogue provenant de la région Ouest, est acheminée d'une part, vers les ports d'Oran et d'Alger, pour être exportée à destination de l'Europe, et d'autre part, vers les pays situés à l'Est et au Sud de l'Algérie, en passant par Ouargla et notamment El-Oued qui tend à devenir un carrefour important du trafic à destination de la Tunisie, de la Libye et du Moyen-Orient (**Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie**).

Les personnes qui ont des difficultés à gérer le stress ou les émotions négatives peuvent être plus vulnérables à la consommation des substances comme une forme de soulagement ou d'évasion cela crée un cercle vicieux où la consommation de ces substances est perçue comme un moyen efficace de réguler les émotions. La Régulation émotionnelle fait généralement référence à un processus orienté vers un but visant à modifier sa réponse émotionnelle de façon adaptative face à la détresse.

La régulation émotionnelle comprend les processus extrinsèques et intrinsèques responsables du suivi, de l'évaluation et de la modification des réactions émotionnelles, en particulier de leurs caractéristiques intensives et temporelles, pour accomplir ses propres objectifs (**Thompson, 1994**). Est l'ensemble des processus automatiques et contrôlés impliqués dans l'initiation, le maintien et la modification de l'apparition, de l'intensité et de la durée des états émotionnels (**Makiela, p.8, 2024**).

La présence de perturbations émotionnelles chez les individus dépendants est classiquement avancée comme un facteur pouvant influencer la prise de substances psychoactives (**Krystal, 1979, McDougall, 2004**) et le maintien des conduites addictives (**Kornreich et al., 2003**). Les premières observations d'une incapacité à identifier et à verbaliser les émotions chez les consommateurs de substance ont signé les prémises de l'étude des perturbations émotionnelles chez les consommateurs de substances (**Krystal, 1979 ; McDougall, 2004**). Depuis, ces premiers constats, l'investigation de la présence de déficits émotionnels a été au centre de nombreuses études empiriques utilisant différents types d'outils d'évaluation (par auto-questionnaires, échelles, ou paradigmes expérimentaux). L'utilisation de mesures directes, telles que des tâches de reconnaissance de stimuli émotionnels, dans un souci d'étudier ces troubles d'une façon toujours plus écologique, tend aujourd'hui à confirmer la présence d'une perturbation plus globale du traitement de l'information émotionnelle.

La régulation émotionnelle a pour objectif l'inhibition ou l'atténuation (down regulation), voire l'accentuation (up-regulation) ou encore le maintien d'un état émotionnel quelle que soit sa valence (**Gross, Richards, & John, 2006 ; Larsen & Prizmic, 2004 ; Mayer & Stevens, 1994**). Cette régulation de l'émotion peut intervenir à chacune des étapes d'émergence de l'émotion et se manifeste sur les composantes physiologique, cognitive-subjective et comportementale expressive (**Frijda, 1987 ; Lang, 1985 ; Oatley & Johnson-laird, 1987 ; Rimé, 2005 ; Scherer, 1984**). Les compétences de régulation émotionnelle d'un individu se réfèrent à ses capacités à évaluer et modifier les réactions émotionnelles pour atteindre ses objectifs (**Thompson, 1994**). Partant du postulat de Davidson (1998), l'individu est constamment dans une dynamique de régulation de ses émotions et peut passer d'une émotion à une autre (**Makiela, 2024**).

La problématique de l'addiction s'est révélée intimement liée à celle des émotions. Une large partie de la littérature concernant l'addiction a mis l'accent sur la sensibilité des sujets dépendants aux tonalités dysphoriques et l'impact des émotions négatives sur la reprise de la consommation problématique. Une autre partie de la littérature a montré que des sujets dépendants peuvent consommer aussi lorsqu'ils éprouvent des émotions positives. Outre l'influence de la valence émotionnelle, une sensibilité particulière à l'intensité et à l'activation émotionnelle constitue un facteur de risque au développement de conduites addictives (**Thorberg & Lyvers, 2006**).

A la lumière de ce qui précède, nous nous posons la question suivante : les toxicomanes en cure de désintoxication arrivent-ils à réguler leurs émotions ?

## **2. Hypothèse**

Les individus souffrant de toxicomanie présentent des déficits dans leur capacité à réguler leurs émotions.



# *Partie théorique*

# *Chapitre 1 : La toxicomanie*

Préambule .....	9
1. Aperçu historique sur la toxicomanie .....	9
2. Définitions .....	10
3. Les types de substances psychoactives : .....	12
4. Diagnostic de la toxicomanie .....	13
5. Étiologie de la toxicomanie .....	16
6. Les fonctions des substances psycho-actives : .....	17
7. La prise en charge de la toxicomanie .....	18
Synthèse .....	22

## **Chapitre 1 : La toxicomanie**

### **Préambule**

La toxicomanie est un état psychique et quelque fois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de la privation. Ce chapitre a pour objectif de mieux cerner le concept de toxicomanie. Pour se faire, nous allons présenter les différentes conceptions, ensuite nous allons aborder les statistiques menées à travers de nombreux pays, le diagnostic, en mettant l'accent sur les manifestations, l'étiologie ainsi que les fonctions de la toxicomanie. Enfin, nous allons parler sur la prise en charge incluant la prévention et le traitement.

### **1. Aperçu historique sur la toxicomanie**

C'est dans les années 1920 que le mot toxicomanie est apparu. Ce terme a été précédé, en 1877, de l'appellation « morphinisme », pour les sujets consommant de la morphine. Plus tard, la qualification de « manie » apparaîtra, favorisant l'utilisation du mot héroïnomanie.

L'OMS définit la toxicomanie par un « état d'intoxication périodique ou chronique, engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique ». Elle a donné, en 1950, les caractéristiques essentielles: un désir invincible ou un besoin irrésistible de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens, une tendance à augmenter la dose, une dépendance psychologique et souvent physiologique à l'égard des effets de la drogue, des répercussions nuisibles d'ordre émotif, social et économique pour l'individu, pour son entourage immédiat et pour la société en général. La toxicomanie qui d'un point de vue conceptuel a servi de base, avec l'alcoolisme, au développement de la notion d'addiction peut encore se définir de nos jours, comme l'avait proposé Olivenstein en 1982, par la triple rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un contexte socioculturel. Cependant, toutes les consommations de drogues ne conduisent pas à l'installation d'une toxicomanie. Il existe différents degrés dans l'utilisation des substances. De ce fait, il faut distinguer les notions d'expérimentation, d'usage, d'abus ou usage nocif et de dépendance. L'expérimentation se définit comme le fait d'avoir consommé au moins une fois un produit. L'usage renverrait davantage à des modalités de consommation non dommageable pour le sujet. Il s'agirait donc d'usages récréatifs, occasionnels qui ne relèveraient pas de la pathologie. La notion d'abus ou

d'usage nocif est une catégorie intermédiaire entre l'usage et la dépendance. Elle se caractériserait par des états entraînant un préjudice pour le sujet de part les conséquences néfastes: problèmes de santé et/ou sociaux. Même s'il existe un continuum entre l'abus et la dépendance, il faut tout de même préciser que certains consommateurs abusifs ne deviendront pas dépendants. Enfin, la notion de dépendance inclut à la fois la dépendance physique, la dépendance psychique et la tolérance qui se traduit par le besoin d'augmenter la quantité pour obtenir les effets antérieurs. La dépendance renvoie davantage à la notion d'addiction. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) distingue quatre grandes catégories d'utilisateurs de substances : les << expérimentateurs » (ont consommé au moins une fois dans la vie), les « occasionnels >> (au moins une fois dans l'année), les « réguliers » (consomment de façon quotidienne ou quasi-quotidienne), les <<< consommateurs à problème >>> (présentent une problématique d'abus ou de dépendance). **(Varescon, p.105, 2005).**

## 2. Définitions

### 2.1.L'addiction

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

L'addiction est un processus par lequel un comportement est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de le contrôler et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ce comportement peut avoir plusieurs effets. Il produit du plaisir au sens cérébral du terme par activation du circuit de récompense (clé de voute de la problématique addictologique). Il peut écarter ou atténuer une sensation de malaise interne **(Goodman, 1990).**

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

## **2.2.La toxicomanie**

La toxicomanie est une maladie primaire, chronique et neurobiologique comportant des facteurs génétiques, psychosociaux et reliés au milieu et à l'entourage. Elle se caractérise par un ou plusieurs des comportements suivants : perte de contrôle à l'égard de la consommation de drogues, usage compulsif, maintien de la consommation malgré ses méfaits et état de besoin intense. le Comité OMS d'expertises de la pharmacodépendance définissait la toxicomanie de la façon suivante : « État psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois éviter le malaise de la privation. Cet état peut ou non s'accompagner de tolérance. Un individu peut-être dépendant à plusieurs médicaments». **(Varescon, p.104-105, 2005).**

L'abus d'une substance renvoie à un mode de consommation inapproprié entraînant des conséquences indésirables, récurrentes et importantes. Il s'agit d'un profil de consommation dans des situations dangereuses qui conduisent l'individu à négliger ses obligations sociales, etc. **(Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux).**

Le dictionnaire de Larousse définit la toxicomanie comme étant une habitude de consommer de façon régulière et importante des substances susceptibles d'engendrer un état de dépendance psychique et/ou physique. **(Le dictionnaire de Larousse).**

## **2.3.La dépendance**

En 1975, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la dépendance comme : « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non ». **(Organisation mondiale de la santé).**

## **2.4.Substances psycho-actives**

Les substances psycho-actives : sont des produits qui modifient l'état de conscience. Elles ont un effet sur la perception, la pensée, les sentiments et les actions. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) les définit comme suit « toute substance psychotrope ou psycho-active qui,

en raison de leur nature chimique, perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience. **(Centre national de coordination des addictions).**

### 3. Les types de substances psychoactives :

Nous allons aborder dans ce qui suit les substances psycho-actives consommées par les participants de notre recherche.

#### 3.1. Le cannabis

Le cannabis est issu d'une plante, le chanvre indien. Ses effets sont différents selon le taux de concentration de delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), très variable en fonction des préparations, de la provenance des produits, ainsi que du contexte. Les deux espèces les plus fréquemment utilisées sont le Cannabis sativa et le Cannabis indica, plantes d'aspects différents, dont la puissance et les effets varient : le premier est euphorisant, tandis que le second est soporifique. **(Picard and al., p. 30, 2021).**

Le cannabis se trouve sous différentes formes, qui contiennent différents principes actifs. L'herbe (ou marijuana, ganja, « beuh », etc.) est composée des feuilles de Cannabis sativa sa teneur moyenne en THC est entre 2 % et 10 %. Le haschisch (ou « shit », « hash », « chichon », etc.) est issu de la résine produite par la plante. Elle peut avoir différentes teintes, entre le vert et le noir, souvent brune. Elle se présente sous forme de plaques compressées, ou de barrettes. Sa concentration de THC se situe entre 5 % et 25 % ; elle est variable car le « hash » peut être associé avec différents produits de coupe, comme de la paraffine, du henné, du cirage, du sable, de la farine, de la silice, des microbilles de verre ou de nombreuses autres substances plus ou moins toxiques. En fin, on le trouve sous forme d'huile, plus rare et peu utilisée en France. Sa teneur en THC peut être proche de 50 %. Elle est généralement consommée au moyen d'une pipe. **(Picard and al., p.31, 2021).**

Le cannabis se fume, soit mélangé à du tabac et roulé à la main, souvent sous forme conique, soit dans une pipe (joint, pétard, stick...), ou encore au moyen d'une pipe à eau (bang, douille...) qui démultiplie ses effets. Les bangs, souvent artisanaux, sont confectionnés au moyen d'une bouteille remplie d'eau au tiers et d'un stylo. En fin, il peut être pris en infusion ou mangé, cuisiné dans un gâteau space cake. La dangerosité dans cette dernière forme est plus importante, compte tenu du temps de réaction plus long et de la concentration plus intense. Ces effets peuvent durer jusqu'à vingt-quatre heures. **(Picard and al., p.31, 2021).**

Lorsqu'un jeune semble déconnecté de ses émotions, qu'il a récemment changé de comportement sans explication, qu'il présente une chute des résultats scolaires, vole de l'argent à la maison, qu'il est de plus en plus distant de ses proches, qu'il se néglige ou vend ses affaires, son entourage peut s'alerter quant à une potentielle consommation. Un seul signe ne suffit pas, mais leur addition doit les avertir. Pour autant, l'expérimentation des consommations de stupéfiants ou d'excès d'alcool fait partie des processus de construction identitaire à l'adolescence, et ne mènera pas nécessairement à une pratique régulière, ni même à la dépendance. **(Picard and al., p. 33, 2021).**

### **3.2.L'alcool**

Produit psychotrope (qui modifie les perceptions, l'état de conscience et les comportements) le plus consommé, l'alcool éthylique, ou éthanol, est la substance contenue dans les boissons alcoolisées. Il est obtenu par fermentation de fruits ou de céréales (vin, bière, cidre...) ou par distillation (spiritueux). **(Picard and al., p. 33, 2021).**

L'alcool est le produit culturel, légal et réglementé le plus utilisé dans notre pays. Il est synonyme de fête et de convivialité, et nombre de personnes en font un usage simple. Pendant longtemps, il était dit que le risque cardio-vasculaire serait diminué par la consommation modérée d'alcool (un verre par jour), ainsi que le risque de syndrome démentiel : l'alcool permettrait un maintien des capacités cognitives. Cependant, les effets de l'alcool restent davantage neurotoxiques que neuroprotecteurs. **(Picard and al., p. 33 ,2021).**

### **3.3.La Prégabaline**

La prégabaline est un analogue de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). Il est utilisé comme un anti-convulsant approuvé pour le traitement de l'épilepsie, le trouble d'anxiété généralisé ainsi que les douleurs neuropathiques depuis sa commercialisation en 2006, avec le dosage de 150 mg à 600 mg/jour dans certains pays. Dans le trouble d'anxiété généralisé, elle a une efficacité similaire aux benzodiazépines ou à la venlafaxine avec une bonne tolérance **(Laboudi and al., p.535, 2019 )**

## **4. Diagnostic de la toxicomanie**

### **4.1.Critères diagnostiques selon le DSM5**

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation problématique d'une substance psycho-active conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement

significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, observées au cours d'une période continue de douze mois :

- 1) La substance est souvent prise en plus grande quantité ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- 2) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.
- 3) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
- 4) Envie impérieuse (craving) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance.
- 5) Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.
- 6) Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, causés ou exacerbés par les effets de son utilisation.
- 7) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- 8) Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- 9) L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
- 10) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - A. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
  - B. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- 11) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - A. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
  - B. La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. (**Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux**).



#### 4.2.Critères diagnostiques selon la CIM10

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

- 1) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active.
- 2) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- 3) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psycho-active, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- 4) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-active: le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- 5) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psycho-active et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. (**Classification internationale des maladies**).

On peut parler de dépendance lorsqu'au moins trois des critères suivants sont présents :

- Désir irrépressible de consommer
- Incapacité à contrôler la consommation
- Désintérêt progressif pour les autres activités et obligations
- Poursuite de la consommation malgré des conséquences
- Envie irrépressible du produit
- Effet toxique physique ou sur la vie relationnelle ou le travail. (**CIM-10**).

## 5. Étiologie de la toxicomanie

Les facteurs de risque font référence aux éléments qui contribuent à augmenter la vulnérabilité de certains jeunes face à l'abus d'alcool et d'autres drogues (substances psychoactives). Ils sont décrits comme étant des facteurs précurseurs à l'abus d'alcool et de drogues (substances psychoactives). Ils peuvent prédisposer le jeune à opter pour des conduites problématiques.

Les facteurs de risque sont définis comme étant des caractéristiques individuelles, des conditions situationnelles ou un contexte environnemental qui augmente la probabilité de l'usage ou de l'abus. Ils font référence à la présence d'antécédents de conditions négatives qui créent de la vulnérabilité, combinée à la présence de comportements ou d'expériences négatives précoces et conduisant à des problèmes de comportement. (Morel, 2000)

### *Facteurs de risque*

**Facteurs de risque personnels :** Il existe plusieurs catégories de facteurs de vulnérabilité personnelle. Parmi eux, peuvent être cités les événements traumatisants (deuil, rupture, maltraitance...), l'existence d'une maladie psychiatrique, certains traits de caractère (faible estime de soi, recherche de sensations...), ainsi que certains facteurs neurobiologiques et génétiques. De même, débiter la consommation d'une substance psycho-active avant l'âge de 20-25 ans est un facteur de risque de dépendance. (Observatoire français des drogues et des toxicomanies).

**Facteurs de risque environnementaux :** les facteurs environnementaux interviennent dans l'expérimentation d'une substance psycho-active et son usage répété. L'éducation familiale joue un rôle important dans la prévention ou, au contraire, dans l'initiation à la consommation de substances psycho-actives. C'est notamment le cas pour le tabac et l'alcool. L'influence des amis, des personnes côtoyées en milieu scolaire ou étudiant, les sollicitations dans des contextes festifs interviennent également pour l'initiation ou la poursuite d'une consommation de substance psycho-active. Un environnement stressant favorise les pratiques addictives. Certains facteurs liés au milieu professionnel interviennent également. (OFDT).

**Facteurs de risque liés à la substance psycho-active :** Certains produits ont un pouvoir addictifs important. C'est le cas de la nicotine, de l'héroïne et de la cocaïne où 60 à 80 % des consommateurs deviennent rapidement dépendance. (OFDT).

## 6. Les fonctions des substances psycho-actives :

Il est important de bien connaître les effets des substances utilisées par les sujets car, d'une part, elles correspondent à des expériences de consommations différentes et, d'autre part, elles nous renseignent sur ce que recherche le sujet qui s'y adonne. L'écoute attentive des toxicomanes nous renseigne sur la question que tout clinicien doit se poser: à quoi ça leur sert ?

### *Les sujets attribuent aux substances consommées une ou plusieurs fonctions :*

Les substances apportent du plaisir. La notion de plaisir est trop souvent mise de côté en psychopathologie. C'est comme si le sujet toxicomane qui consulte un « psy » ne devait évoquer que les aspects négatifs des drogues sur sa vie. L'amener et l'autoriser à parler du plaisir obtenu apporte une autre dimension à la relation d'aide. C'est un plaisir facile. Les effets des substances consommées sont rapides et, dans un premier temps, le sujet pense contrôler cet accès au plaisir « sur commande ». L'installation de la dépendance lui fera perdre cette illusion.

Les substances peuvent avoir une fonction de médiateur dans les relations interpersonnelles. Abolissant les inhibitions, facilitant les contacts, les produits permettent de masquer les difficultés et les conflits des sujets dans leur rapport à l'autre ;

Les substances peuvent parfois être considérées comme un véritable traitement face à un malaise profond, des difficultés existentielles, des souffrances telles les angoisses, les phobies, la mésestime de soi. Certains auteurs conçoivent que la consommation de drogues est très liée à la dépression, aux affects négatifs. La toxicomanie est alors conçue comme une tentative d'automédication permettant de mettre à distance une émotionnalité négative. D'autres insistent davantage sur les effets positifs des substances qui entraîneraient une expérience émotionnelle positive secondaire aux affects négatifs ;

Les substances illicites signent un rapport au risque particulier. Le fait de consommer des substances dont on ne connaît ni la composition exacte ni l'assurance de leurs effets témoigne du jeu singulier que le sujet entretient avec la vie, la mort et le destin ;

La consommation de substances illicites peut témoigner du besoin de transgression et interroge sur le rapport à la loi ;

Une fonction autodestructive a été proposée comme tentative d'explication de la toxicomanie. Si toutefois les substances peuvent avoir cette fonction, la plus grande partie des

toxicomanes sont plutôt dans une quête de survie, de restauration; leur toxicomanie correspondrait davantage à une sorte de stratégie d'adaptation.

La fonction identitaire de la consommation de substances peut être repérée chez certains patients. Des sujets en quête d'identité pourront rechercher une forme d'inscription sociale en rejoignant des groupes de consommateurs. Les travaux sur l'influence et la place des pairs illustrent cette dimension.

Les substances peuvent être utilisées dans un but hédonique, mais également comme anesthésiant ou encore comme un moyen d'automédication. Un même sujet, selon sa trajectoire et son expérience toxicomane, pourra consommer des substances à des fins différentes. (Varescon, p.119-121, 2005).

## **7. La prise en charge de la toxicomanie**

### **7.1.Approche cognitivo-comportementale**

Cette approche s'intéresse essentiellement aux mécanismes psychologiques acquis par le sujet pour expliquer l'installation de la toxicomanie ainsi que son maintien. C'est l'enchaînement stress et consommation qui va faire l'objet d'une attention particulière, en étudiant de façon précise des facteurs cognitifs intermédiaires. L'approche cognitivo-comportementaliste accorde une grande importance aux représentations et aux croyances du sujet.

Le modèle princeps fut celui de la dépression dans les années 50 aux États-Unis. En 1993, ce modèle est repris et appliqué à la toxicomanie, il peut être décrit brièvement de la manière suivante : les processus cognitifs (assimilation, accommodation) traitent l'information (stimuli) en fonction des schémas cognitifs (représentations organisées en mémoire à long terme). Ce traitement consiste à transformer et filtrer l'information pour aboutir à des événements cognitifs (pensée et image mentale) qui interagissent avec le comportement moteur.

Beck a isolé deux types de schémas cognitifs dysfonctionnels qui se trouveraient de manière prégnante chez les toxicomanes :

- « je suis mauvais, nul » ;
- « je suis sans espoir, condamné, sous contrôle ».

Ces schémas joueraient un rôle important dans le maintien de la toxicomanie. À un schéma de base (« je suis nul») serait associé une proposition conditionnelle (« je n'arrive pas

à m'insérer et à me sentir à l'aise, donc je suis nul »). Suit alors une stratégie compensatoire qui pourrait être rapprochée dans une certaine mesure à une stratégie de coping. La stratégie compensatoire est un comportement sous-tendu par une croyance qui va tenter de résoudre la proposition conditionnelle. À ce moment là, le sujet pourra consommer une substance en croyant qu'il lui sera plus facile de vivre la situation présente et ainsi la conditionnelle ne sera pas validée.

Tison et Hautekeete ont élaboré un questionnaire à partir du modèle cognitif de la dépendance proposé par Beck et coll. (1993). D'après ce modèle, les schémas cognitifs donnent lieu à des pensées automatiques qui sont verbalisables et donc quantifiables à l'aide d'un questionnaire. En s'appuyant sur les trois catégories proposées par Beck (schémas anticipatoires, soulageant et permissifs) et en s'aidant d'entretiens exploratoires menés auprès de toxicomanes, Tison et Hautekeete formulent des manifestations possibles de ces trois schémas de base, sous forme de 30 items.

Le questionnaire évalue la présence de trois types de croyances: les croyances anticipatoires (A) qui impliquent une attente positive liée à la drogue, les croyances soulageantes (S) qui correspondent à l'attente de la réduction d'un manque ou d'un malaise, et les croyances permissives (P) qui donnent au sujet la permission, « l'autorisation» de consommer des substances potentiellement dangereuses. Ainsi, les stimuli à risque activeraient les schémas cognitifs anticipatoires et soulageant, entraînant des pensées automatiques qui provoqueraient de fortes envies de consommer, qui à leur tour déclencheraient l'activation d'un schéma permissif donnant l'autorisation de consommer. Par la suite, le sujet se focaliserait sur une stratégie d'action pour rechercher la substance et la consommer (**Varescon, 2005**)

Même si la thérapie cognitive comportementale (TCC) demeure une option de traitement efficace (Cowlshaw et al., 2012; Yeterian et al., 2016; Young, 2013), un taux élevé d'abandon en cours de traitement (Brorson et al., 2013; Melville et al., 2007), une efficacité de traitement de courte durée uniquement (Cowlshaw et al., 2012; Stevens et al., 2018; Young, 2013) ainsi que des incertitudes liées à cette efficacité en contexte de dépendances multiples (Chen et al., 2011; Starcevic & Khazaal, 2017) justifient l'exploration d'autres avenues de traitement (**Varescon, 2005**)

## **7.2.Approche systémique**

Les principaux travaux systémiques s'intéressent à la place du sujet toxicomane, appelé le plus souvent « patient désigné », au sein de sa famille.

La toxicomanie peut être considérée comme le symptôme de dysfonctionnements relationnels intrafamiliaux (Angel and al, 2002). La théorie des systèmes familiaux avance que chaque membre affecte et est affecté par les autres. Les liens entre les membres de la famille sont donc à étudier dans une dimension circulaire. La complexité des dynamiques qui sous-tendent les relations entre le toxicomane et les membres de sa famille a ainsi été mise en évidence. Le rôle joué par chacun des membres dans l'apparition et la poursuite de la consommation fait l'objet d'une attention particulière. Si, au départ, les études se focalisaient sur le rapport qu'entretenait le toxicomane avec sa mère, au fur et à mesure les intérêts se sont centrés sur les deux parents, puis sur l'ensemble de la famille en incluant la fratrie. La dépendance au produit est analysée au regard de la place de la dépendance du sujet au niveau familial. (Varescon, p., 130, 2005)

## **7.3.Approche psychosociale**

Au sein de cette approche, les travaux de Stanton Peele sont incontournables. Peele a proposé une véritable théorie psychosociale de l'addiction aux substances. L'ensemble des facteurs biologiques et de personnalité ainsi que l'environnement social, culturel et politique sont à prendre en considération pour tenter de comprendre la toxicomanie. En fait, ce que propose Peele, c'est une approche intégrative des addictions.

Il insiste sur l'expérience mémorisée par le sujet lorsqu'il utilise un psychotrope et la façon dont cette expérience s'inscrit dans la vie du sujet. Les phénomènes clés qui peuvent expliquer la dépendance sont les suivants : connaître l'ensemble des substances ayant un véritable potentiel addictif ; reconnaître les effets différents d'une même substance selon l'individu qui la consomme et selon le contexte culturel; repérer le rôle des groupes et des facteurs sociaux sur l'utilisation de la substance et sur l'arrêt de la consommation; étudier l'impact des événements de vie sur l'installation de la dépendance.

Selon Cormier (1984) la toxicomanie pourrait être conçue comme un style de vie. Considérée sous cet angle, la toxicomanie en vient à représenter pour la personne une technique d'adaptation particulière. La position de l'auteur renvoie davantage à une sorte de stratégie de

coping, c'est-à-dire que le sujet tente de maîtriser, de réduire ou de tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ses ressources (**Varescon, p., 130-131, 2005**).

Selon les différents types de coping proposés par Paulhan et Bourgeois (1995), il semblerait que le coping retenu par les toxicomanes soit plus centré sur l'émotion. Les toxicomanes auraient recours à une substance externe, n'ayant pas les défenses internes nécessaires pour une autre forme de stratégie d'adaptation.

En résumé, les approches citées sont différentes du point de vue de leur contribution à la compréhension de la toxicomanie et du toxicomane. Cette diversité est le résultat des études menées par des chercheurs et des professionnels se référant à des courants théoriques d'orientation différente. Ces approches, loin d'être opposées, permettent des associations pouvant rendre compte de leur objet d'étude. (**Varescon, p., 130-131, 2005**)

Les interventions semblent efficaces pour réduire les dépendances aux SPA. Certaines interventions montrent des effets positifs sur le plan comportemental (par exemple en diminuant la fréquence de consommation ou la gravité de la dépendance) ou sur le plan cognitif (par exemple en diminuant les croyances liées au désir)

## **Synthèse**

Aujourd'hui la consommation des substances psycho-actives est devenue un phénomène incontrôlable qui dépasse le seuil et viole tous les principes et les normes des individus de différentes tranches d'âge et statuts sociaux, la toxicomanie reste un phénomène complexe qui bouleverse l'équilibre de l'individu, tant sur le plan physique, psychologique et social. Elle s'enracine dans une interaction subtile entre des facteurs biologiques, où le système de récompense du cerveau est détourné par les substances addictives, provoquant une libération massive de dopamine et une sensation de plaisir intense, et des facteurs psychologiques, où les vulnérabilités individuelles, telles que les troubles mentaux concomitants, les traumatismes ou les difficultés à gérer les émotions, prédisposent à la recherche de soulagement dans la consommation. Les influences sociales, quant à elles, jouent un rôle déterminant, qu'il s'agisse de l'environnement familial, de la pression des pairs, des conditions socio-économiques précaires ou de l'accès facilité aux substances. Cette maladie évolue en plusieurs phases, de l'expérimentation à la dépendance sévère, où la perte de contrôle, les symptômes de sevrage et les conséquences néfastes s'accumulent, entraînant une détérioration progressive de la santé, des relations et de la situation professionnelle. Les conséquences de la toxicomanie s'étendent bien au-delà de l'individu, touchant les familles, les communautés et la société dans son ensemble, avec des coûts élevés en termes de santé publique, d'économie et de sécurité. Face à ce défi, une approche globale et coordonnée est nécessaire, combinant prévention, traitement et réduction des risques, tout en tenant compte des spécificités de chaque individu et de son environnement.



## *Chapitre 2 : La régulation émotionnelle*

Préambule .....	24
Section I : L'émotion.....	24
1. Définitions de l'émotion.....	24
2. Classification des émotions .....	25
3. Les fonctions des émotions .....	26
4. Les manifestations de l'émotion .....	27
Section II : La régulation émotionnelle .....	28
1. L'évolution historique du concept.....	28
2. Définitions de la régulation émotionnelle.....	29
3. La fonction adaptative de la régulation émotionnelle.....	29
4. Les modèles de la régulation émotionnelle .....	30
5. Stratégies de régulation émotionnelle.....	31
6. Dysrégulation émotionnelle chez les sujets addicts.....	33
7. Efficacité et conséquences de la régulation émotionnelle.....	34
Synthèse .....	35

## Chapitre 2 : La régulation émotionnelle

### Préambule

Ce chapitre explore la régulation émotionnelle, un processus fondamental qui influence notre bien-être, nos relations et notre adaptation au monde. Comprendre ses mécanismes et ses stratégies est essentiel pour cultiver une vie émotionnellement riche et équilibrée. La difficulté à réguler les émotions chez les personnes toxicomanes ne se limite pas à leur vécu intérieur; elle impacte profondément leurs relations interpersonnelles, leur fonctionnement social et leur qualité de vie globale. Dans ce chapitre, nous allons découvrir qu'est-ce que la régulation émotionnelle, son évolution historique, et nous entamons ses modèles, savoir ses stratégies, enfin, ses efficacités et ses conséquences.

### Section I : L'émotion

#### 1. Définitions de l'émotion

Lorsque l'on parle d'émotion, on pense habituellement à la conscience subjective et immatérielle qu'on a du phénomène, au ressenti (ex. << je ressens que j'ai peur >>). L'émotion est toutefois bien plus qu'un phénomène impalpable. Il s'agit en réalité d'un phénomène à multiples facettes, dont certaines sont parfaitement objectivables. Parmi ces facettes, on retrouve l'activité neuronale (ex. activation de l'amygdale cérébrale, l'activation physiologique (ex. augmentation du rythme cardiaque), les pensées qui traversent l'esprit, les sensations corporelles (ex. boule dans le ventre), l'expression faciale (ex. expression de peur, rougissement, etc.), la modification de la posture (ex. retrait), etc. La conscience subjective est probablement un produit émergeant de ces différents phénomènes (Micolajczak and al, p., 30, 2020)

Les émotions ont été définies et étudiées comme phénomènes internes qui peuvent, mais pas toujours, être observables à travers les expressions et les comportements. Ainsi, pour étudier les émotions, les chercheurs isolent souvent des parties de ce qui pourrait s'appeler un état ou une réaction émotionnel et qui pourrait être utilisé comme indicateur de l'émotion. Par exemple, quelques chercheurs qui définissent des émotions comme des états de ressenti ont mesuré ces états avec des questionnaires d'auto-évaluation. Ces chercheurs demandent en général : « A ce moment précis, avec quelle intensité (sur une échelle de 1 à 7), ressentez-vous de la tristesse, de la joie, de la peur, de la colère,... ? ». L'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation

suppose que les émotions sont conscientes et que les individus peuvent à la fois accéder à ces états conscients et les quantifier. D'autres chercheurs, qui définissent les émotions en termes de réactions physiologiques et de rétroaction du système nerveux périphérique (par exemple, James, 1890 ; Lange, 1922), mesurent ces types de réactions en analysant la fréquence cardiaque ou la réponse électrodermale (par exemple, Ax, 1953 ; Ekman, Levenson, & Friesen, 1983). D'autres chercheurs encore définissent les émotions en termes d'expressions faciales et leur rétroaction. Ces chercheurs ont développé des méthodes pour mesurer ces expressions (par exemple, Ekman, Friesen, & Ancoli, 1980 ; Izard & Malatesta, 1987 ; Zajonc, 1985). Notez que ni les indicateurs physiologiques ni les indicateurs d'expression, ne nécessitent que les émotions soient conscientes. **(Niedenthal, and al., p. 12-13, 2008)**

Selon Luminet, les émotions sont des états relativement brefs (de quelques secondes à quelques minutes) provoqués par un stimulus ou par une situation spécifique **(Luminet, 2002)**

Étymologiquement le mot "Émotion" vient du latin "movere" qui signifie « ébranler », « mettre en mouvement », tandis que « passion » vient du grec (pathein) signifiant «subir». **(Granarolo, 2025)**.

Définition de l'émotion selon le dictionnaire de Larousse: est un terme à multiples significations. Dans le sens courant, « émotion » fait référence à un « trouble subi, une agitation passagère causés par un sentiment de peur, de joie, de colère etc.» **(Larousse, 2014)**.

## 2. Classification des émotions

Les émotions sont habituellement séparées en deux catégories : celles dites « primaires », et celles dites « secondaires ».

Les classifications au sein de ces catégories diffèrent selon les auteurs.

Émotions primaires, aussi appelées « de base », « fondamentales », ou encore « discrètes », les émotions primaires revêtiraient un caractère universel et inné. Cette théorie a été notamment développée par Ekman, qui a mené des études interculturelles dans les années 1970, démontrant que ces émotions de bases sont présentes dans toutes les cultures et se manifestent à travers des patterns spécifiques de muscles faciaux.

Ekman en distingue six, illustrées dans la photo ci-dessous utilisée dans ses études, avec de haut en bas et de gauche à droite : la joie, la surprise, la peur, la colère, le dégoût et la tristesse. Par la suite, Robert Plutchik a développé en 1980 la théorie « psycho-évolutive » selon

laquelle les émotions primaires, pour lui au nombre de huit, auraient chacune une fonction adaptative spécifique. Ces huit émotions primaires peuvent être représentées sous la forme d'un cercle, chacune ayant son opposée de l'autre côté du cercle (par exemple, la joie s'oppose à la tristesse).

Chacune de ces émotions peut être décrite par différents termes selon son intensité : ainsi, la joie sera par exemple nommée « sérénité » à un degré moindre d'intensité, puis « extase » à un degré élevé.

Les émotions secondaires sont toutes les autres émotions, qui découlent des émotions primaires. Dénommées « émotions sociales » selon certains auteurs, elles seraient davantage fonction de l'appartenance culturelle de l'individu, de ses caractéristiques personnelles et des normes sociales. Parmi ces émotions, on retrouve par exemple la culpabilité, la honte ou la jalousie. La capacité d'un individu à identifier précisément ses émotions sera d'autant plus grande qu'il dispose d'un vocabulaire émotionnel complexe et varié. **(Puisseux, p.14-16, 2023)**

### 3. Les fonctions des émotions

Les émotions ont plusieurs fonctions, elles constituent une source d'information, facilitent l'action, régulent les interactions sociales, et constituent un outil d'adaptation. En effet, les émotions sont :

**1- une source d'information:** Le déclenchement d'une émotion se produit uniquement dans des situations ayant de la pertinence pour un individu. Une émotion positive se manifeste lorsque des objectifs sont atteints ou des besoins accomplis, tandis qu'une émotion négative survient en cas d'entrave à ceux-ci. Ces objectifs, ou besoins, peuvent être conscients ou non, ils peuvent être durables ou transitoires.

**2-facilitatrices de l'action:** Les émotions facilitent l'action en motivant les individus à agir pour répondre à des situations spécifiques. Ainsi, les émotions orientent nos comportements : par exemple, le fait de ressentir de la tristesse peut conduire à rechercher du réconfort ou du soutien. L'objectif de l'émotion est de modifier ou de maintenir la relation entre l'individu et la situation perçue comme pertinente, afin de rendre cette dernière plus favorable.

**3-régulatrices des interactions sociales:** L'interaction sociale repose sur les signaux émotionnels qu'émettent les partenaires de l'action. Pour illustrer cette notion, Scherer (2005) prend l'exemple d'une personne subissant une agression dans la rue. Si la victime exprime de

la peur en restant figée et en poussant un cri, l'agresseur percevra cette émotion et en profitera pour lui dérober son portefeuille. En revanche, si la personne attaquée possède de solides compétences en self-défense, et réagit en se jetant sur l'agresseur en criant, celui-ci comprendra que la victime est en colère et qu'il s'expose à des représailles.

**4-un outil d'adaptation :** la modulation de la réponse émotionnelle entraîne un temps de latence permettant à l'organisme de « choisir » entre plusieurs réactions possibles à un stimulus extérieur (Scherer, 2005). Cette évaluation de la meilleure réponse possible à un événement permet une adaptation de l'individu à son environnement. C'est le temps de latence entre le stimulus et la réaction qui distingue l'émotion du réflexe. Cependant, certaines tendances à l'action découlent de processus évolutifs et relèveraient d'un conditionnement biologique à avoir peur, notamment dans les situations d'urgence où l'évaluation est impossible. **(Puisseux, p.21-23,2023)**

#### 4. Les manifestations de l'émotion

Klaus Scherer, un chercheur suisse, a proposé de catégoriser les différentes manifestations de l'émotion en cinq grandes dimensions **(Scherer, 2001)**. La première dimension renvoie aux pensées suscitées par la situation (ex. ce chien aboie et n'a pas l'air commode, je n'ai rien pour me défendre). La seconde dimension renvoie aux modifications biologiques, celles-ci recouvrent trois types de manifestations: les modifications neuronales, les modifications physiologiques et les manifestations neuro-végétatives. La troisième dimension concerne les tendances à l'action, notons déjà que chaque émotion induit une impulsion, une envie pressante de faire quelque chose. Ainsi, la peur induit généralement l'envie de fuir, la honte, le désir de se volatiliser ou de rentrer sous terre, la colère, la tentation de frapper, etc. Le fait que ces tendances à l'action donnent ou non lieu à l'action proprement dite est fonction de sa faisabilité, des contraintes sociales, ou de contraintes d'ordre personnel. Par exemple, certaines personnes auront envie de pleurer en situation de détresse mais ne le feront pas parce que le lieu n'est pas approprié (ex. au bureau), qu'elles souhaitent paraître fortes ou qu'elles sont pudiques. La quatrième dimension réfère aux modifications expressives et comportementales. Si l'individu ne cherche pas à la dissimuler aux yeux d'autrui, l'émotion s'accompagne d'une modification au niveau de l'expression faciale, de la gestuelle, de la posture et de la voix. Ces modifications expressives et comportementales constituent la composante la plus saillante pour l'œil extérieur. Finalement, la cinquième et dernière dimension renvoie à l'expérience subjective, au ressenti. **(Micolajczak and al, p. 30 ,2023)**

## **Section II : La régulation émotionnelle**

### **1. L'évolution historique du concept**

La régulation émotionnelle est un processus complexe, étudié par de multiples chercheurs depuis de nombreuses années.

L'intérêt pour ce concept explose dans les années 90, et Gross et Munoz créent en 1995 le premier modèle de régulation émotionnelle. Ce concept comprend la capacité de reconnaître, comprendre, et réguler les émotions (Gross, 1998 ; Philippot, 2011 ; Thompson, 1994). Ce processus joue un rôle important dans le bien-être mental, ainsi que dans différents troubles, les liens entre régulation émotionnelle et structures cérébrales, ainsi que les liens entre activité physique et structures cérébrales sont également établis. En effet, les capacités de régulation émotionnelle semblent dépendre de fonctions cognitives attentionnelles et exécutives (Ochsner et al., 2002 ; Van Der Linder, 2004). psychologiques en cas de dysrégulation émotionnelle (Altan-Atalay & Zeytun, 2020 ; Christophe et al., 2009 ; Davidson, 2002). Dans les années 2000, différents chercheurs s'intéressent aux liens existant entre ce concept et les structures cérébrales, ainsi qu'aux liens avec l'activité physique. À l'heure actuelle, le lien entre la régulation émotionnelle et l'activité physique est établi. En effet, l'activité physique à long terme semble améliorer les capacités de régulation émotionnelle (Bahmani et al., 2020 ; Goodwin et al. 2003 ; Richard et al., 2020 ; Shields et al., 2016). Les liens entre régulation émotionnelle et structures cérébrales, ainsi que les liens entre activité physique et structures cérébrales sont également établis. En effet, les capacités de régulation émotionnelle semblent dépendre de fonctions cognitives attentionnelles et exécutives (Ochsner et al., 2002 ; Van Der Linder, 2004). Ces fonctions sont liées à des zones cérébrales spécifiques, telles que le cortex frontal (Banks et al., 2007 ; Morawetz et al., 2017 ; Ochsner et al., 2002 ; Ochsner & Gross, 2005), l'amygdale (Banks et al., 2007 ; Monk et al., 2003 ; Simpson et al., 2000 ; Ochsner et al., 2002 ; Sommerville et al., 2004 ; Van Der Linden, 2004) et le cortex cingulaire (Asami et al., 2008 ; Giuliani et al., 2010 ; Yucel et al., 2008) notamment. L'activité physique semble quant à elle diminuer l'atrophie des structures cérébrales avec l'âge (Colcombe et al., 2003 ; Erickson et al., 2009 ; Erickson et al., 2013 ; Erickson et al., 2015 ; Weinstein et al., 2012), et préserver leur fonctionnement optimal ((Middleton et al., 2010). L'intérêt pour la régulation émotionnelle remonte aux écrits philosophiques et religieux. Au 6ème siècle déjà, certains écrits relatent du contrôle des réactions émotionnelles. Ensuite, au 20ème siècle, la régulation émotionnelle a sa place dans de nombreuses études. Elle est notamment au cœur de l'étude

psycho-dynamique des mécanismes de défense (Freud, 1951), de l'étude du stress et des mécanismes de coping (Lazarus, 1984), de l'étude de l'attachement (Bowlby, 1969) et de l'étude de l'autorégulation (Shoda, Mischel & Peake, 1990). Cet intérêt pour la régulation émotionnelle s'accroît encore après les années 1990. À ce moment, le nombre de publications explose. De nombreux articles sont notamment publiés par Gross, Munoz, Thompson ou d'autres encore. Ceci permettra de développer considérablement les recherches et l'intérêt pour le sujet (**Makiela, p.8, 2024**).

## **2. Définitions de la régulation émotionnelle**

La régulation émotionnelle comprend les processus extrinsèques et intrinsèques responsables du suivi, de l'évaluation et de la modification des réactions émotionnelles, en particulier de leurs caractéristiques intensives et temporelles, pour accomplir ses propres objectifs (**Makiela, p.9, 2024**).

La régulation émotionnelle est l'ensemble des processus automatiques et contrôlés impliqués dans l'initiation, le maintien et la modification de l'apparition, de l'intensité et de la durée des états émotionnels. (**Makiela, p.9, 2024**).

La régulation émotionnelle est un processus grâce auquel les individus ont la possibilité d'influencer la nature de leurs émotions, le moment et la façon dont ils en font l'expérience et l'expriment. (**Makiela, p.9, 2024**).

La régulation émotionnelle renvoie aux processus et comportements que l'individu peut mettre en œuvre, consciemment ou non, afin de moduler ou de changer ses réponses émotionnelles (émotions régulées) ou son mode d'interaction (émotions régulatrices) (**Makiela, p.9, 2024**).

## **3. La fonction adaptative de la régulation émotionnelle**

En se basant sur la définition de ce modèle processuel, nous pouvons aisément comprendre que les émotions sont des processus dynamiques, adaptatifs et multi-componentiels induits par l'évaluation de la situation menée par l'individu. Cette évaluation provoque un ensemble coordonné de réponses physiologiques, expressives et comportementales afin d'en modifier leur impact sur soi et les autres, lorsqu'elles sont en désaccord avec nos objectifs ou inappropriées au contexte. Ceci fait de la régulation émotionnelle une activité essentielle à l'interface de la relation cognition-émotion. Ainsi, la régulation repose principalement sur les

croyances et l'expérience que les individus ont sur les émotions. Un bon nombre de recherches ont montré que la capacité à réguler ses émotions de façon adaptée améliorerait la santé mentale et le bien-être. La régulation optimale a également des effets positifs sur les performances individuelles et les relations sociales.

Les individus régulent leurs émotions pour des motivations personnelles, hédonistes, mais aussi sociales telles le désir d'éviter les conséquences indésirables pour soi et pour les autres, ou pour se conformer aux normes sociales (Darbeda, p.2, 2016)

#### 4. Les modèles de la régulation émotionnelle

Plusieurs modèles de régulation émotionnelle existent. Toutefois, certains sont plus couramment utilisés dans la littérature, c'est le cas du modèle de Gross (1998) et du modèle de Gross et Thompson (2007) notamment.

**1-Modèle de Gross et Munoz (1995):** Gross réalise en 1998 une synthèse des points communs de différents modèles concernant les émotions. Il crée alors le modèle consensuel. Selon Gross (1998), l'individu évalue tout d'abord les indices émotionnels (externes ou internes). Certaines évaluations suscitent des tendances comportementales, expérientielles et physiologiques, favorisant une réponse adaptative à une situation particulière. Ces tendances de réponse peuvent toutefois être modulées. Ce modèle s'appuie notamment sur la vision des émotions de James (1894). Les émotions seraient, selon lui, des réponses adaptatives déclenchées lors de situations spécifiques. Par exemple, les tendances de réponses émotionnelles sont modifiées chez un individu qui crie et ne s'enfuit pas dans une situation de peur. Dans cette situation, les indices émotionnels externes sont la présence d'une menace, et les indices émotionnels internes, la présence de la peur par exemple. Les différentes réactions peuvent être comportementales (la fuite), physiologiques (augmentation de la fréquence cardiaque et augmentation du débit respiratoire) ou encore expérientielles (le vécu d'une situation). ( Makiela, p. 10- 11, 2024)

**2-Modèle processuel de la régulation émotionnelle de Gross (1998):** Gross réalise en 1998 le modèle processuel de la régulation émotionnelle. À partir des deux catégories de régulation émotionnelle (les stratégies visant l'émergence de la réponse émotionnelle, et les stratégies visant les conséquences de la réponse émotionnelle), Gross postule en 1998 l'existence de cinq modes de régulation des émotions. L'émotion pourrait être régulée à cinq moments du processus de génération des émotions : sélection de la situation, modification de la situation, déploiement de l'attention, changement cognitif et modulation de la réponse émotionnelle. (Makiela, p.10- 11, 2024)



**3-Modèle processuel de la régulation émotionnelle de Gross et Thompson(2007):** En 2007, Gross et Thompson utilisent le modèle développé par Gross en 1998, afin d'y ajouter les cinq points durant lesquels un individu peut réguler ses émotions : sélection de la situation, modification de la situation, déploiement attentionnel, changement cognitif et modulation de la réponse. (Makiela, p.10- 11, 2024)

## 5. Stratégies de régulation émotionnelle

Selon Gross et Munoz (1995), il existe deux grands types de stratégies de régulation émotionnelle (chacune subdivisée en différents modes) : les stratégies visant les antécédents de la réponse émotionnelle, et les stratégies modifiant une ou plusieurs composantes de la réponse émotionnelle (physiologique, motrice et/ou cognitive) après qu'elle ait été générée.

À partir de ces deux catégories, Gross (1998) postule l'existence de cinq modes de régulation des émotions. Les stratégies visant les antécédents de la réponse émotionnelle comprendraient en effet la sélection de la situation, la modification de la situation, le déploiement de l'attention ainsi que la réévaluation cognitive. Le cinquième mode de régulation des émotions serait la modification d'une ou de plusieurs composantes de la réponse émotionnelle (physiologique, expressive, ou émotionnelle) après sa génération. Ces cinq modes de régulation émotionnelle peuvent être automatiques, ou plus contrôlés (Makiela, p.12-15, 2024).

Ces stratégies de régulation des émotions représenteraient une séquence chronologique d'éléments possibles à contrôler (Delelis et al., 2011). Premièrement, l'individu pourrait réaliser une sélection de la situation. Si elle ne fonctionne pas ou si elle n'est pas possible, l'individu pourrait ensuite réaliser une modification de la situation. Et ainsi de suite pour le déploiement attentionnel, la réévaluation cognitive et enfin la modification/suppression émotionnelle. (Makiela, p.12-15, 2024).

### 5.1.Régulation émotionnelle concernant les antécédents

Pour rappel, les différentes stratégies de régulation émotionnelle concernant les antécédents de la réponse émotionnelle sont : la sélection de la situation, la modification de la situation, le déploiement de l'attention et la réévaluation cognitive. Il serait possible pour l'individu de réaliser certains choix, ou de moduler l'impact émotionnel, modifiant ainsi la réponse émotionnelle (Gross, 1998). Les différentes stratégies représenteraient une séquence chronologique d'éléments possibles à contrôler. Lorsqu'une de ces stratégies est impossible ou

échoue, la suivante peut être utilisée, et ainsi de suite (**Delelis et al. 2011**). Elles sont présentées dans l'ordre chronologique ci-dessous.

La sélection de la situation permet une évaluation des différentes situations disponibles/auxquelles l'individu fait face, suivie d'une sélection d'une situation par le biais d'évitements ou de comportements d'approche. La situation choisie est souvent celle évaluée comme la plus adaptée (celle qui amène le moins de conséquences négatives). Ce choix mène en effet au vécu de moins d'émotions négatives. Ceci peut expliquer en partie l'impact positif de la sélection de la situation sur la régulation émotionnelle (**Thuillard & Dan-Glauser, 2017**). Lorsque l'individu n'a pas la possibilité ou ne parvient pas à utiliser cette stratégie, il peut utiliser la suivante.

La modification de la situation permet de changer les émotions associées à une situation. Ceci modifierait l'impact émotionnel de la situation sur l'individu. Il est possible de sélectionner les comportements les mieux adaptés dans une situation spécifique (**Makiela, p.12-15, 2024**).

Le déploiement de l'attention permet de sélectionner des stimuli sur lesquels l'attention de l'individu va être focalisée, au détriment d'autres. Le déploiement de l'attention peut se focaliser sur des stimuli positifs ou négatifs, selon la situation, afin d'éviter le déclenchement d'une émotion négative. Ceci va permettre une régulation des émotions ressenties lors de la situation en question (**Christophe et al., 2009**). Une forme radicale de ce type de régulation émotionnelle est la distraction : elle consiste à focaliser l'attention sur des aspects non-émotionnels de la situation pour éviter de ressentir une émotion (**Makiela, p. 12-15, 2024**).

Enfin, la réévaluation cognitive (ou changement cognitif) permet de sélectionner le type d'interprétation appliquée lors d'une situation donnée. Cette réévaluation peut être positive (« up-regulation ») ou négative (« down-regulation »). L'accentuation de l'émotion (« up-regulation ») consiste à augmenter la durée ou l'intensité de l'émotion ressentie. Elle est plus souvent utilisée dans le cadre de la régulation d'émotions positives. L'atténuation de l'émotion (« down-regulation ») consiste quant à elle à diminuer la durée ou l'intensité de l'émotion ressentie. Elle est plus souvent utilisée dans le cadre de la régulation d'émotions négatives telles que la tristesse ou la colère (**Gross, 2013**). Généralement, dans le cas de la réévaluation cognitive positive, l'interprétation de la situation sera plus positive. Par contre, dans le cas de la réévaluation cognitive négative, l'interprétation de la situation sera moins négative (**Makiela, p.12-15, 2024**).

### 5.2. Régulation émotionnelle par modification de composantes

La modulation de composantes concerne les tentatives visant à influencer les réponses émotionnelles quand elles ont déjà été suscitées (Gross, 2002). Selon Gross (2013), les stratégies de régulation émotionnelle modifiant une ou plusieurs composantes de la réponse émotionnelle permettraient une modulation du ressenti émotionnel par atténuation (« down regulation ») ou par accentuation (« up-regulation ») de celle-ci. Elles permettraient de réguler la réponse émotionnelle elle-même sur base des trois composantes de la réponse émotionnelle : réponse expressive, réponse physiologique et pensées émotionnelles (**Makiela, p.12-15, 2024**).

Concernant la régulation du ressenti émotionnel, il existe deux possibilités : se focaliser sur les pensées accompagnant les émotions ou supprimer les pensées accompagnant les émotions (**Krauth-Gruber, 2009**). Ces deux possibilités sont présentées ci-dessous.

La focalisation sur les pensées accompagnant les émotions, les sentiments et les souvenirs porte le nom de rumination mentale. Dans certains cas, elle peut mener à une meilleure compréhension de ces pensées et une réduction de leur impact désagréable à long terme. Dans d'autres cas, elle peut mener à des symptômes dépressifs, surtout si cette focalisation est intrusive et centrée sur les aspects négatifs de la situation (**Makiela, p.12-15, 2024**).

La suppression des pensées accompagnant les émotions se nomme suppression expressive. Elle consiste en l'inhibition de l'expression des émotions pour ne pas communiquer à autrui d'informations concernant notre état émotionnel. Elle permet donc une modification de la réponse émotionnelle après sa génération. Elle modifierait en premier lieu les aspects comportementaux de l'expression des émotions. Elle diminuerait ainsi l'expression comportementale des émotions négatives, ainsi que des émotions positives. Toutefois, le ressenti émotionnel ne serait pas diminué. Cette technique de régulation émotionnelle utilisée de manière chronique pourrait diminuer le bien-être psychologique et favoriser l'émergence de troubles émotionnels tels que l'anxiété ou la dépression (**Makiela, p.12-15, 2024**).

## 6. Dysrégulation émotionnelle chez les sujets addicts

Lorsque l'émotion perd de son caractère adaptatif, elle devient pathologique et source de grande souffrance psychologique. Pour éviter de ressentir des émotions, les individus en proie à une addiction ont recours à des stratégies délétères pour leur santé physique et mentale. On parle alors de déficit de la régulation émotionnelle. Une stratégie communément utilisée pour affronter les émotions désagréables est la consommation de substances psycho-actives, comme

l'alcool, le tabac, les anxiolytiques, ou autres substances psycho-actives, ce qui fait partie de ce que Gross a qualifié de "stratégie de modulation de la réponse". Alors qu'elles donnent initialement à l'individu une impression d'apaisement à court terme, ces stratégies sont inefficaces voire problématiques sur le long terme. En fonction de la vulnérabilité individuelle, elles peuvent entraîner des comportements d'abus ou de dépendance. En effet, de nombreuses recherches ont mis en évidence le lien existant entre trouble du comportement addictif et dysrégulation émotionnelle étant identifiée comme un facteur influençant et maintenant la prise de substances psycho-actives. Il est important de préciser que le concept de déficit de la régulation émotionnelle chez les sujets dépendants est utilisé dans la littérature scientifique de façon hétérogène. Pour certains auteurs, le terme de déficit de la régulation dans les addictions recouvre les concepts d'alexithymie, de conscience émotionnelle ou encore de déficits de l'expérience émotionnelle. **(Darbeda, p.4, 2016)**

## 7. Efficacité et conséquences de la régulation émotionnelle

De nombreuses études ont comparé les conséquences de la réévaluation cognitive et de la suppression expressive.

Selon Gross (2002), la réévaluation cognitive entraînerait des réponses expérientielles, comportementales et physiologiques différentes. En effet, la régulation des émotions à la baisse grâce à la réévaluation cognitive modifierait la réponse émotionnelle dans son ensemble, et diminuerait donc les réponses expérientielles, comportementales et physiologiques. La réévaluation cognitive ne semble pas avoir de conséquences importantes sur les ressources cognitives, et permet de diminuer l'expérience des émotions négatives, en augmentant l'expérience des émotions positives. **( Makeila, p.15, 2024)**

La suppression expressive augmenterait les réponses physiologiques, mais diminuerait l'expression des émotions négatives et positives. Concernant le vécu émotionnel, la suppression aurait peu d'influence sur l'expression des émotions négatives, mais diminuerait l'expérience des émotions positives. En effet, la suppression réduirait l'expression des émotions, mais pas le vécu émotionnel. Ceci pourrait ainsi accroître les réponses physiologiques tant l'effort pour inhiber le comportement expressif est important. De plus, la suppression demande des ressources cognitives importantes (ce qui peut nuire à la mémorisation d'informations durant ce processus). La suppression conduirait également à moins partager les émotions (positives ou négatives), ce qui pourrait affaiblir le soutien social à long terme. **( Makiela, p.15, 2024)**

Selon Gross (2002), la réévaluation cognitive semble plus favorable comparativement à la suppression expressive. Toutefois, il ne faudrait pas inhiber toute suppression expressive, puisqu'elle est parfois nécessaire en situation sociale, par exemple, afin de ne pas montrer une expression faciale (ce qui permet d'éviter les conflits notamment) (**Krauth-Gruber, 2009**). Utilisée de façon transitoire, cette stratégie de régulation émotionnelle peut ainsi être adaptative. Elle ne l'est par contre plus quand elle est utilisée de manière chronique (**Makiela, p.15, 2024**)

## **Synthèse**

Ce chapitre a exploré la notion de régulation émotionnelle, un processus central dans le développement et le fonctionnement psychologique de l'individu. La régulation émotionnelle désigne l'ensemble des stratégies conscientes et non conscientes mises en place par une personne pour moduler ses émotions, tant dans leur intensité que dans leur durée ou leur expression.

## *Partie pratique*

## *Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche*

Préambule .....	38
1. Les limites de la recherche .....	38
2. Déroulement de la recherche .....	38
3. Les raisons du choix du sujet .....	40
4. Les outils de la recherche .....	40
5. Les difficultés de la recherche .....	42
6. Informations sur le lieu de recherche.....	42
7. Le groupe de recherche .....	42
8. La méthode adoptée .....	43
9. L'opérationnalisation des concepts clés.....	43
Synthèse .....	44

## **Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche**

### **Préambule**

Ce chapitre expose en détail l'approche méthodologique rigoureuse adoptée, dans laquelle on va présenter notre lieu d'enquête, définir nos raisons du choix de notre thématique, ainsi que les difficultés qu'on a rencontré. Ensuite, on parlera sur notre groupe de recherche, ainsi que de la méthode adoptée, en plus de décrire la technique qu'on a utilisée et les concepts clés de notre recherche.

### **1. Les limites de la recherche**

Limite spatiale : La recherche s'est déroulée au niveau du Centre Intermédiaire de Soins en addictologie, Ihaddaden (Bejaïa).

Limite du groupe : L'étude s'est portée sur 08 cas.

Outils de recherche : Entretien mené par l'addictologue et l'échelle de régulation émotionnelle (DRES)

Approche : L'approche cognitivo-comportementale

### **2. Déroulement de la recherche**

#### **2.1.La pré-enquête**

Il nous semble nécessaire de définir, puis de présenter l'étape préparatoire de notre recherche, qui est une phase indispensable par laquelle doit débiter toute investigation scientifique à savoir la pré-enquête, qui nous permet de collecter les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre groupe de recherche.

La pré-enquête est une étape cruciale et exploratoire qui nous permet de mieux comprendre nos sujets, d'identifier leurs aspects, en observant leurs situations. Elle vise à tester les outils de collecte de données et d'obtenir des informations qui peuvent nous aider à formuler des hypothèses plus précises pour notre recherche principale.

Selon Brito, la pré-enquête permet à l'évaluateur de mieux cerner les objectifs du dispositif, de révéler le socle théorique et s'assurer de l'utilité et de la disponibilité des données. (Brito, p.23, 2018)



Notre pré-enquête est effectuée au niveau du centre intermédiaire des soins en addictologie (CISA), auprès des jeunes et adultes toxicomanes. Dans ce cadre, nous avons été accueillies par le responsable de stage (L'addictologue). Dès notre premier jour de stage, nous avons essayé de nous adapter dans ce service, afin d'avoir une idée sur le mode de fonctionnement, les particularités, les principes, et cela avec l'aide de l'addictologue, grâce auquel nous avons pu recueillir des informations sur les cas à savoir les toxicomanes. Au début de notre recherche on a eu la chance de discuter avec l'addictologue concernant le danger des substances psycho-actives ainsi que ses effets sur la vie des consommateurs. Il nous a donné le nombre des patients suivis en cure de désintoxication, ensuite nous avons fixé des rendez-vous avec eux. Notre pré-enquête a eu lieu dans le bureau de l'addictologue. Nous avons informé nos cas de la nature de recherche, de son but et son caractère purement académique.

## **2.2.L'enquête**

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

Nous avons effectué notre stage pratique d'une durée de 45 jours au sein du centre intermédiaire des soins en addictologie (CISA) à Iheddaden. Comme première structure médicale dédiée à la prise en charge des toxicomanes aux substances psycho-active, le rôle est d'informer, sensibiliser et d'orienter les toxicomanes vers une cure de désintoxication.

En premier lieu on a assisté à un entretien mené par l'addictologue, après directement nous avons effectué la passation de l'échelle de régulation émotionnelle (DERS). Pour la passation de notre échelle, nous avons d'abord demandé aux sujets leur accord de participation à la recherche afin de recueillir leurs discours sur le thème de notre recherche en leur expliquant notre objectif général tout en les informant sur le respect des règles inhérentes à l'éthique et à la déontologie. La passation a duré environ 20 minutes, on a traduit l'échelle en kabyle pour quelques cas qui ne pouvaient pas répondre.

Durant le temps qu'on a passé avec les toxicomanes du centre on a pu connaître leurs attitudes et leurs comportements, les doses et la méthode de consommation. Ils nous ont parlé des raisons qui les ont poussés à faire un pas vers cette consommation, tels que la mauvaise fréquentation, les problèmes familiaux et le vide ...etc.

### 3. Les raisons du choix du sujet

On a choisi la toxicomanie comme thématique de recherche pour les raisons suivantes :

- La toxicomanie est un thème d'actualité elle touche un nombre croissant de personnes à travers le monde.
- La toxicomanie est un enjeu de santé publique mondiale avec des conséquences néfastes sur les individus et les familles.
- La régulation émotionnelle et l'estime de soi semblent déficitaires chez les toxicomanes, ce qui nous a orienté à faire cette recherche.

### 4. Les outils de la recherche

#### 4.1.L'entretien clinique de recherche

L'entretien clinique de recherche : est un outil à la fois de recherche et de production d'information pour (A. Blanchet, 1985), Il s'agit d'un « dispositif par lequel une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B ». (Chahraoui, 2013, p. 64) Dans notre travail de recherche, on a opté pour l'entretien clinique qui est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir des données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles cliniques ou à l'observation directe avec les méthodes vidéo (Chahraoui, p. 61, 1999).

L'entretien semi-directif ; ou le chercheur dispose d'un guide de question. Il existe deux autres types d'entretien de recherche, qui toutefois ne peuvent pas être qualifiés de cliniques dans le sens où ils laissent assez peu de liberté (manque) d'expression au sujet ; il s'agit de l'entretien directif, et non directif (Chahraoui, 2013, p. 65) .Mais celui que nous avons utilisé dans notre recherche est l'entretien semi-directif. Cet entretien nous permet d'aborder plusieurs thèmes, et avoir une première idée sur un processus de résilience et de stress post-traumatique chez les professionnels de la sante intervenant pendant la crise sanitaire.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. (Chahraoui,

**2013, p. 16).** C'est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est pas entièrement libre, ni entièrement dirigé par un grand nombre de questions précises structurées. Habituellement, le chercheur dispose d'un guide d'entretien (questions-guides), relativement ouvert qui permet de recueillir les informations nécessaires. Mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans la formulation et l'ordre prévus. Autant que faire se peut, il sera souple avec l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement dans les termes et l'ordre qui lui conviennent. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois que le sujet s'en écarte ; il ajoutera quelques questions de clarification au moment les plus approprié et de la manière la plus naturelle que possible. (N'DA, p. 144, 2015)

#### **4.2.Description de l'échelle de régulation émotionnelle (DRES):**

Le DRES (l'échelle de régulation émotionnelle) est une échelle d'une version française réalisée par: Dan-Glauser,E.S., & Scherer,K.R, en 2013. Contient 36 items, permettant d'évaluer à quel point les individus sont attentifs à leurs émotions dans la vie de tous les jours, à quel point ils utilisent les informations que leurs émotions leur donnent et comment ils réagissent de manière générale. Elle permet aussi d'évaluer le manque de conscience émotionnelle, le manque de clarté émotionnelle, le manque d'acceptation émotionnelle, les difficultés à contrôler les comportements impulsifs, les difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives et l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions.

**La consigne :** répondez à toutes les questions en cochant à chaque fois une seule case par énoncé selon si celui-ci vous correspond:

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

#### **La cotation :**

- Celui qui a répondu :
- Presque jamais ; on attribue : 1
- Quelques fois ; on attribue : 2

- La moitié du temps ; on attribue : 3
- La plupart du temps ; on attribue : 4
- Presque toujours ; on attribue : 5

### **Interprétation**

Le score global s'obtenait en additionnant les scores des 36 items et pouvait varier de 0 à 180, un score élevé représente un indice de régulation émotionnelle déficitaire, aussi appelée difficulté de régulation des émotions.

## **5. Les difficultés de la recherche**

Comme toute recherche scientifique, le chercheur peut-être confronté à certaines difficultés lors de la réalisation de son travail de recherche. Elles peuvent être un obstacle empêchant le bon déroulement de la recherche. Néanmoins ces contraintes n'établissent pas des obstacles infranchissables pouvant bloquer la recherche, elles mènent le chercheur à trouver des solutions adéquates pour les dépasser. On a rencontré quelques difficultés résumées dans les points suivants:

- Le refus d'autres psychologues du service de nous accueillir au tant que stagiaires.
- La distance pendant les déplacements vers le centre difficilement.
- Chevauchement des séances de stage prévues avec les cours au niveau de l'université.
- Non disponibilité des cas durant le mois de Ramadan.
- Le manque de documentation

## **6. Informations sur le lieu de recherche**

Nous avons effectué notre recherche au sein du centre de toxicomanie à IHEDDADEN nommé (CISA), qui a été créé en 2011. Il est rattaché avec l'établissement public de santé de proximité (EPSP) de Bejaia. Le service de prise en charge des toxicomanes est constitué de plusieurs bureaux de différentes fonctions: Psychologue, Psychiatre, Addictologue, un bureau de secrétariat et une salle d'attente.

## **7. Le groupe de recherche**

Les toxicomanes sur qui nous avons effectué notre recherche répondent aux critères suivants:

- Statut: Employés/Non employés
- Tranche d'âge (19 ans à 34ans)
- Produit consommé: Prégabline, Cannabis et alcool.

Notre groupe de recherche est constitué de huit cas que nous avons choisis aléatoirement. Notre groupe de recherche est composé des consommateurs des substances psycho-actives sont orientés vers le centre pour des soins addictologiques et qui sont en période de sevrage. Nous avons collecté des renseignements personnels et des informations relatives aux différents symptômes pendant la période de sevrage de notre groupe considéré de différentes tranches d'âge.

## 8. La méthode adoptée

La méthode désigne un ensemble structuré de règles, de procédures et de techniques utilisées pour parvenir à un objectif donné. Elle permet d'assurer la cohérence et l'efficacité des processus entrepris (**De santis, 2024**). Vu la nature de l'objectif qu'on vise par notre thème, qui consiste à comprendre la régulation émotionnelle chez les toxicomanes en cure de désintoxication, on a opté pour une méthode descriptive.

La méthode descriptive, c'est d'abord décrire, c'est-à-dire dépeindre dans le but de transmettre une information précise, complète et exacte. L'information mène à la connaissance mais peut, pour cela, passer par différentes étapes de la simple familiarisation au savoir à acquérir pour pouvoir construire de futures recherches en passant par la vérification de l'existence de relations causales entre des phénomènes, par la formulation d'hypothèses ou encore par l'inventaire de problèmes ou même par la clarification de certains concepts. (**Tami Youba, P.1, 2024**)

## 9. L'opérationnalisation des concepts clés

**Toxicomane :** est celui qui est dépendant aux cannabis, alcool et la prégabline.

**Substances psycho-actives :** les substances prises en considération dans notre recherche : Prégabline, l'alcool et le cannabis.

**Désintoxication:** selon l'addictologue du centre, la désintoxication est un processus thérapeutique établi sur le temps qui met en jeu la motivation du patient à travers des entretiens

motivationnels ainsi que la lutte contre les effets de sevrage par médication si nécessaire ( antidépresseurs, anxiolytique, sédatifs ) .

**La régulation émotionnelle :** dans cette recherche, la régulation émotionnelle est représentée par les scores obtenus présentent une variation allant de 77 à maximum de 160.

## **Synthèse**

Ce chapitre méthodologique nous a permis de poser les fondations rigoureuses de l'enquête menée dans le cadre de ce mémoire. En définissant les approches choisies, les outils de collecte, le terrain, ainsi que les modalités d'analyse des données

## *Chapitre 4 : Analyse des résultats et discussion des hypothèses*

Préambule .....	46
1. Présentation du groupe de recherche .....	46
2. Présentation et analyses des entretiens menés par l'addictologue.....	47
3. Analyse des résultats obtenus sur l'échelle de la régulation émotionnelle (DRES).....	59
4. Discussion de l'hypothèse.....	61
Synthèse .....	64

## Chapitre 4 : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Préambule

Dans ce qui suit, nous aborderons la présentation et l'analyse des résultats obtenus par nos sujets à travers notre outil utilisé durant la recherche, à savoir l'échelle (DRES) pour évaluer les différentes difficultés de la régulation émotionnelle. Cet outil nous permet de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse générale que nous avons formulé dans la problématique. Dans ce cadre, et pour la réalisation de notre recherche, nous nous sommes entretenus avec 08 cas dans l'objectif d'évaluation des six dimensions: le manque de conscience émotionnelle, le manque de clarté émotionnelle, le manque d'acceptation émotionnelle, les difficultés à contrôler les comportements impulsifs, les difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives et l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions.

### 1. Présentation du groupe de recherche

Nous allons présenter les caractéristiques du groupe de notre recherche dans le tableau ci-dessous :

*Tableau 1 : Présentation du groupe de recherche*

Participants	Âge	Situation matrimoniale	Profession	Début de la prise de substance	Durée de la consommation de substance
Yacine	26 ans	Célibataire	Informaticien	À 15 Ans	Pendant 12 ans
Younes	23 ans	Célibataire	Sans emploi	À 14 Ans	Pendant 9 ans
Walid	20 ans	Célibataire	Travail temporaire	À 14 Ans	Pendant 7 ans
Samir	19 ans	Célibataire	Sans emploi	À 14 Ans	Pendant 7 ans
Sofiane	30 ans	Marié	Commerçant	À 13 Ans	Pendant 17ans
Fouad	21 ans	Célibataire	Travail temporaire	À 13 Ans	Pendant 9 ans
Anis	34 ans	Célibataire	Agent commerciale	À 15 Ans	Pendant 19 ans
Salim	19 ans	Célibataire	Sans emploi	À 13 Ans	Pendant 5 ans

Source : Réalisé pas nos soins à partir des données de l'enquête

**NB:** Dans le respect d'un cadre déontologique de la recherche, les prénoms des participants de notre groupe de recherche ont bien évidemment été changés.



## 2. Présentation et analyses des entretiens menés par l'addictologue

### 2.1.Cas N° 01 : Yacine

Yacine est un jeune homme de 26 ans, titulaire d'un diplôme universitaire en informatique. Il présente une consommation problématique d'alcool qui a débuté à l'âge de 15 ans, qu'il décrit comme quotidienne avant une période d'abstinence d'environ un an. Récemment, il a connu une rechute, qu'il associe à une dégradation de son état psychique.

#### Données de l'entretien

Au début de l'entretien, il rapporte une période de mal-être intense la où il dit qu'il est très déprimé ; « *3yigh grave dayen* », marquée par un isolement prolongé : il est resté chez lui pendant environ 15 jours sans sortir, ni prendre soin de lui. Il relie cet isolement à un état anxieux important. Yacine évoque des difficultés à interagir avec les autres, notamment dans le cadre professionnel, il déclare qu'il ne peut pas bien travailler avec ses clients ; « *uzmiregh ara adem3amalegh bien wahi les clients* », en raison de ce qu'il décrit comme des troubles phobiques et une grande anxiété sociale, en particulier lors de ses échanges avec les clients.

Sur le plan professionnel, il travaillait dans le domaine de l'informatique, principalement dans la région du Sahara. Il a cessé son activité il y a quelques mois. Depuis, il est sans emploi, ce qui semble avoir renforcé son isolement et sa souffrance psychique.

#### Analyse de l'entretien du cas N° 01

On constate que les propos de Yacine révèlent une lutte contre la dépendance à l'alcool, marqué entre par le conflit entre l'arrêter et difficulté d'habitude à la désintoxication, sa consommation d'alcool est associée à des routines quotidiennes et des mécanismes de gestion du stress. Son début de dépendance est lié à son mode de vie.

Yacine présente une consommation abusive d'alcool, ce qui suggère une dépendance. La rechute après une période de sevrage indique la difficulté à maintenir la désintoxication et confirme la nature de son addiction chronique à cette substance.

Son mal-être intense et son anxiété révèlent une souffrance psychologique significative liés à des facteurs de risque de sa consommation abusive d'alcool.

L'addiction est un facteur fréquent lié à ses difficultés d'interaction avec les autres dans le cadre professionnel, ainsi des difficultés des relations sociales.

Yacine déclare qu'il est incapable à travailler avec ses clients, cela signifie qu'il souffre d'un sentiment d'incompétence et un manque de confiance en soi, lié à sa souffrance psychique.

Le fait de rester chez lui pendant 15 jours sans sortir indique un comportement d'isolement social marqué lié à l'anxiété, la dépression et un manque de motivation. Le manque d'interactions sociales engendre le sentiment de solitude.

## 2.2.Cas N°02 : Younes

Younes un jeune âgé de 23 ans, il a abandonné ses études au niveau première année moyenne, il est formé en pâtisserie. Il se présente en consultation sur les conseils de ses parents, exprimant une souffrance significative liée à sa consommation chronique de la prégabline.

### Données de l'entretien

Younes nous informe que ses frères consomment de l'alcool, lui consomme diverses substances psycho-actives telles que l'alcool, le cannabis et beaucoup plus la Prégabline. Son parcours révèle un début de consommation de Prégabaline à l'âge de 14 ans, culminant en une dépendance quotidienne depuis plusieurs années. Il affirme qu'il prend 2 à 3 comprimés de "Tramadol" chaque jour, qui lui coûte environ 5000da, en disant ; « *Yal ass tettegh 2 almi d 3 n t3eqqayin n tramadol, tlahaqegh almi d 500 alef deg was* ».

D'après les dires de Younes, il n'a aucun problème avec ses parents, son père le soutient particulièrement beaucoup et il est toujours à l'écoute. Bien qu'il reconnaisse son problème d'abus de cette substance, il présente une motivation et des signes de sevrage.

Il rapporte avoir essayé d'arrêter à plusieurs reprises sans succès, il a essayé d'arrêter pendant environ trois jours, et a également essayé d'arrêter durant le Ramadan, mais il n'a pas réussi ; « *seyyagh ad hebsegh Wahed n 3 n wussan, me3na ur zmirgh-ara ughalegh almi din,seyyagh deg remdan daghen Wahed n 6 n wussan,me3na ur ttifegh ara iman-iw* ». Younes nous dit que le sommeil et son problème d'estomac sont les causes de sa consommation, s'il ne consomme pas, il arrive ni à manger ni à dormir ; « *mayella ur ccigh ara takachit ur y-id-yettas-ara nuddam,lmakla daghen ur tettegh ara* ». Il nous a raconté aussi qu'il avait un problème de justice mais cela n'a rien à voir avec la consommation.

### Analyse de l'entretien du cas N° 02

Younes présente une dépendance sévère à la Prégabaline, associée à une poly-consommation et une souffrance psychologique significative. Malgré les tentatives qu'il a fournies pour arrêter, il lutte contre sa dépendance, il est toujours esclave de sa consommation.

Malgré les conseils de ses parents, Younes a abandonné ses études, ce qui provoque une détresse psychologique chronique chez lui, sa consommation de la Prégabaline met en lumière un lien direct entre son mal-être et son addiction. La dépendance quotidienne à la Prégabaline

depuis plusieurs années, associée à des tentatives d'arrêt éprouvé par des échecs qui engendrent un sentiment de culpabilité.

Malgré la dépendance, Younes laisse entrer une volonté de changement, et une motivation.

Les problèmes de sommeil et d'estomac rapportés par Younes, sont des conséquences directes de la consommation de substances psycho-actives surtout la Prégabaline, qui peuvent aggraver son mal-être psychologique.

Quantités consommées : la prise de 2 à 3 comprimés de "Tramadol" par jour, pour un coût élevé (5000 DA), indique une consommation significative et potentiellement croissante au fil du temps.

On constate que la consommation de Younes est liée à des difficultés à gérer ses émotions négatives. Le vide émotionnel causé par l'abandon de ses études ce qui peut entrevoir qu'il souffre d'une personnalité borderline.

### 2.3.Cas N°03 : Walid

Walid est un jeune homme âgé de 20 ans. Il a interrompu sa scolarité au niveau du CEM (collège). Depuis, il exerce ponctuellement de petits travaux temporaires, principalement en période d'été, notamment à la plage.

#### Données de l'entretien

Walid présente une consommation multiple de substances psycho-actives dès l'âge de 14 ans. Il consomme quotidiennement de la Prégabaline à raison de 5 à 6 comprimés par jour « *tettegh koul ass 5 almi 6 n tkacheyin* ». En cas d'indisponibilité de cette substance, il compense avec du cannabis et de l'alcool ; « *ayweq uwfigh ara tikacheyin tettegh zetla rnigh tessegh chrab* ».

Cette poly-consommation semble bien ancrée dans son quotidien. Il a également mentionné, de manière spontanée, être impliqué occasionnellement dans la vente de substances illicites ; « *assma adiligh g tmeghra thoufegh i menhou asenzegh likachi* ».

Il relate avoir réussi à arrêter la Prégabaline pendant une période de deux mois, mais a repris par la suite ; « *hebsegh yakan utchigh ara likachi chehrayen umbe3 uttifegh ara imaniw qlegh ghoures* », suggérant une difficulté à maintenir l'abstinence et une forte dépendance.

#### Analyse de l'entretien du cas N° 03

L'addiction quotidienne de Walid est multiple et physique. En cas de manque, il recherche d'autres substances tels que l'alcool et le cannabis, cela indique qu'il souffre d'une dépendance extrême.

L'utilisation de ces substances est une manière de s'échapper de la réalité quotidienne et de se débarrasser des émotions désagréables. La rechute après une période de sevrage, traduit une hypersensibilité et entraîne des difficultés à développer un plan d'action face au stress.

## 2.4.Cas N°04 : Samir

Samir un jeune adulte âgé de 19 ans, il a arrêté ses études en niveau troisième année moyenne. Il exprime une souffrance significative liée à sa consommation de cannabis. Au cours des 5 dernières années, la consommation chez Samir est devenue quotidienne

### Données de l'entretien

Lors de l'entretien, Samir nous informe qu'il n'a jamais essayé d'arrêter la consommation, il ne résiste pas ; « ghuri 3 iseggasen ur hbisegh zetla,ur tattafegh ara imani-*iw* ». Il se sent souvent anxieux, surtout lorsqu'il ne consomme pas du cannabis ; « *ttqeliqegh khila surtout assma uttettegh ara zetla* ». D'après ce qu'il a dit, il n'a pas de problèmes avec ses parents et son entourage. Il souffre d'une perte d'appétit, des difficultés au sommeil, de fièvre, ainsi que de constipation.

### Analyse de l'entretien du cas N° 04

Samir souffre d'une dépendance psychologique chronique au cannabis causé par le stress. Le fait qu'il n'ait jamais essayé d'arrêter signifie qu'il souffre d'un manque de motivation au changement et qu'il est incapable d'arrêter sa consommation. Malgré la consommation excessive, ses parents et son entourage le soutiennent qui est un facteur protecteur, bien que cela est positive.

Il se sent souvent anxieux, surtout lorsqu'il ne consomme pas de cannabis, qu'il utilise comme un mécanisme de soulagement pour éviter l'anxiété. La perte d'appétit, les difficultés de sommeil et la fièvre, influencent ses émotions et ses anxiétés liées au sevrage.

On constate que la dépendance chez Samir est développée au cours des 5 dernières années et devenue quotidienne et que c'est difficile pour lui de l'arrêter.

## 2.5.Cas N°05 : Sofiane

Sofiane un jeune homme âgé de 30 ans, marié et père d'un garçon. Il travaille comme commercial. Il se présente en consultation sur les conseils de son ami, exprimant une souffrance significative liée à sa consommation de cannabis depuis ses 17 ans et de la Prégabaline depuis un an.

### Données de l'entretien

Lors de l'entretien, Sofiane nous affirme que chaque jour il prend 6 comprimés ; « *Yal ass tettegh 6 n t3eqqayin* ». Malgré les séquelles psychologiques de sa longue addiction, sa tentative d'arrêter la consommation révèle une lutte intérieure intense entre le désir persistant et une volonté de changement, il rapporte avoir essayé d'arrêter presque un mois en 2024, mais sa nervosité l'a poussé à reprendre la consommation ; « *seyyagh yakan ad hebsegh Wahed n cheher g 2024 nni mais ur ttifegh ara iman-iw, tnervigh lefqa3ath iyirran gh wanchtha* ». Sofiane nous a dit qu'il avait déjà un problème de justice à cause d'une dispute, mais qui n'as rien à voir avec la consommation.

### Analyse de l'entretien du cas N° 05

On constate chez Sofiane que la consommation de cannabis pendant 17 ans suggère une dépendance psychologique extrême, et on remarque une augmentation de dose pour obtenir les mêmes effets.

Les troubles anxieux dépressifs chez Sofiane ont été engendrés par la longue durée de la consommation du cannabis. La nervosité mentionnée par Sofiane quand il a arrêté la prise du cannabis en 2024 est un indice de sevrage.

Les données révèlent une rechute marquée chez Sofiane après un mois de sevrage en 2024, et cette consommation de substance est une manière de s'échapper du stress et de la nervosité et d'autres émotions négatives.

## 2.6.Cas N °06 : Fouad

Fouad est un jeune homme de 21 ans, l'aîné d'une fratrie de trois enfants. Il vit dans une famille aux parents cultivés et semble bénéficier d'un environnement familial relativement stable sur le plan éducatif. Toutefois, son parcours de vie a été marqué par une entrée précoce dans des conduites addictives.

### Données de l'entretien

Fouad a commencé la consommation de substances psycho-actives dès l'âge de 13 ans, incluant le cannabis, la Prégabaline et l'alcool. Cette consommation précoce a coïncidé avec un décrochage scolaire, Fouad a quitté le système éducatif au niveau du CEM (collège).

Il a tenté à plusieurs reprises de s'insérer dans le monde du travail. Il a notamment travaillé dans un restaurant, mais a dû arrêter en raison des effets négatifs de sa consommation de substances sur ses capacités de concentration en disant qu'il ne peut pas bien travailler, il a toujours la tête ailleurs ; « *ukhedmegh ara lkhedma l3ali ittruh uqerouyiw mlih* ». Il a également tenté une expérience professionnelle dans le Sahara, mais a rechuté durant cette période, ce qui l'a contraint à revenir.

Fouad a déjà entrepris trois tentatives de sevrage, ce qui témoigne d'une certaine prise de conscience et d'une volonté de changement. Les rechutes indiquent une difficulté à stabiliser son abstinence. Il a été suivi médicalement dans le cadre de ces sevrages et a bénéficié d'un traitement par antidépresseurs, suggérant la présence possible de troubles de l'humeur associés à sa dépendance

### Analyse de l'entretien du cas N° 06

On remarque chez Fouad une vulnérabilité psychologique causée par ses difficultés de vie précoces de sa vie ainsi que des problèmes d'attachements qui l'ont poussé à utiliser ces substances comme mécanisme d'adaptation. Sa consommation de cannabis, de prégabaline et d'alcool à un jeune âge (13 ans) signifie un besoin psychologique d'apaisement.

Sa difficulté à maintenir le sevrage suggère des problèmes de régulation émotionnelle. Le fait qu'il prend un traitement antidépresseur indique une présence de syndromes affectifs tels que l'anxiété et la dépression qui contribue à sa consommation de substances.



Son incapacité à maintenir un emploi démontre les conséquences comportementales de sa consommation de substances sur sa capacité à fonctionner dans la vie quotidienne.

Le fait de bénéficier d'un traitement antidépresseur est un élément positif et important qui l'aide à surmonter sa souffrance.

On constate que les problèmes de régulation émotionnelle marqués chez Fouad, est un indicateur clé du trouble de la personnalité Borderline.

## 2.7.Cas N°07 : Anis

Anis est un homme de 34 ans, célibataire, ayant un parcours éducatif dans le domaine du management. Actuellement, il occupe un poste de distributeur et de représentant dans une entreprise spécialisée dans l'électroménager. Son travail est bien rémunéré, ce qui lui assure une certaine stabilité financière. Il effectue des déplacements réguliers hors de sa wilaya, souvent sur une base quotidienne, ce qui semble constituer un aspect important de son activité professionnelle.

### Données de l'entretien

Anis nous informe qu'il a commencé la consommation à l'âge de 15 ans, après il a cessé de consommer du cannabis après six mois de suivi rigoureux et il présente des signes encourageants de stabilisation de son comportement addictif, il a repris cette consommation récemment. Ce retour à la substance semble être en lien avec un ressenti de "vide" qu'il expérimente lors de ses trajets quotidiens ; « *ttidigoutigh g brid imaniw wahi khila n swaye3 nki ttidith g brid sans rien faire* ». En effet, ses déplacements, qui le conduisent à passer beaucoup de temps seul, notamment sur la route, semblent être un facteur déclencheur de ses rechutes. Le trajet quotidien pourrait ainsi représenter un moment de solitude ou de réflexion qui, selon lui, est difficile à gérer émotionnellement, ce qui pourrait le pousser à recourir à la consommation pour combler ce vide ou pour mieux supporter la monotonie et l'isolement des trajets.

Anis a vraiment conscience de l'impact négatif de cette consommation sur sa vie ce qui l'a poussé à dire que cela a des effets néfastes sur sa vie ; « *3elmegh tdhoureyi mlih g dounithiw* », ce qui suggère une forme de résistance ou de conflit intérieur face à ses comportements. Bien qu'il ait déjà arrêté par le passé, sa reprise actuelle est liée à des facteurs contextuels spécifiques, notamment liés à son environnement professionnel et ses ressentis émotionnels pendant ses déplacements.

Ce suivi pourrait s'avérer utile pour explorer plus en profondeur les facteurs sous-jacents à ce "vide" ressenti, ainsi que pour l'aider à développer des stratégies d'adaptation plus saines face à ses moments de solitude. Un travail sur la gestion des émotions, la régulation du stress et la mise en place d'outils pour mieux gérer l'ennui ou la sensation de vide lors des trajets

pourrait être envisagé. Il serait aussi pertinent de l'accompagner dans un projet de réorganisation de ses pensées et de ses besoins émotionnels en dehors de la consommation de substances.

#### **Analyse de l'entretien du cas N° 07**

Le sentiment de vide lors des déplacements professionnels d'Anis démontre que la consommation du cannabis fonctionne comme un mécanisme inefficace pour gérer ses sentiments de solitude et d'ennui pendant ses périodes d'isolement.

D'après lui, on constate que sa consommation est liée à ses déplacements professionnels et aux périodes de solitude associées.

Son arrêt de consommation puis de reprise indique une difficulté à maintenir le sevrage.

La prise du cannabis renforce négativement le comportement d'Anis en soulagement les sentiments désagréables d'ennui et de solitude lors de ses déplacements

Anis éprouve des difficultés à gérer ses émotions, et il a du mal à trouver un soutien émotionnel, ce qui exacerbe son sentiment de vide et augmente sa consommation au cannabis.

De plus Anis présente quelques critères de trouble de personnalité Borderline à l'exemple du vide émotionnel, ainsi que les difficultés de gérer ses émotions.

## 2.8.Cas N° 08: Salim

Salim, un adulte âgé de 19 ans, il a arrêté ses études au niveau troisième année moyenne. Il ne travaille pas, il a déjà travaillé comme coiffeur, cuisinier. Ses parents sont divorcés depuis qu'il avait 10 ans, sa maman est atteinte d'un cancer, et son père est malade. Il est suivi en consultation avec le soutien de sa maman.

### Données de l'entretien

Salim déclare qu'il a développé une dépendance à divers substances psycho-actives tels que le cannabis, l'alcool et la Prégabline, il utilise principalement cette dernière pour atténuer son anxiété et son sentiment de vide intérieur, mais cette consommation a progressivement engendré une profonde détresse psychologique, caractérisée par des crises et des automutilations. Salim présente une consommation chronique abusive de la Prégabaline. Cette consommation a débuté depuis qu'il avait 13 ans. Il consomme également de l'alcool, il nous a dit qu'il prend 2 à 3 bières, alors qu'il consomme beaucoup de prégabaline ; « *Tessegh 2 almi 3 n tger3onin n chrab, ma d sarokh tettegh khila.* ». La maman de Salim pense que la raison de sa consommation pourrait être due à des conflits conjugaux entre les deux parents. Salim actuellement a un problème avec la justice qui n'est pas lié à sa consommation.

### Analyse de l'entretien du cas N° 08

La consommation de la prégabaline pour Salim diminue son anxiété et son sentiment de vide. Cela signifie que Salim tente de gérer ces souffrances psychologiques et ses émotions intenses et douloureuses par sa consommation des substances. Le soutien de sa mère est cependant un élément positif

Sa consommation de cannabis, d'alcool et de prégabaline indique une poly-consommation, ce qui complique sa prise en charge et augmente les risques pour sa santé physique et mentale.

Les automutilations sont des actes concrets qui témoignent d'une incapacité à gérer ses émotions.

Son anxiété est une émotion prédominante, qu'il tente de calmer par la consommation de substances. Le sentiment de vide Intérieur traduit un état émotionnel de manque, d'ennui profond ou d'insatisfaction existentielle.

Selon sa mère, les conflits conjugaux et le divorce à un jeune âge des parents, leurs maladies, contribuent à son mal-être et fait naître chez lui un sentiment d'insécurité, d'abandon et de tristesse.

Les automutilations, le sentiment de vide intérieur, ainsi que l'incapacité à gérer ses émotions peuvent suggérer une personnalité Borderline.

### 3. Analyse des résultats obtenus sur l'échelle de la régulation émotionnelle (DRES)

*Tableau 2: Résultats obtenus sur l'échelle de la régulation émotionnelle*

Participants	Scores	Evolution attendue
Yacine	120	Elevé
Younes	133	Elevé
Walid	84	Bas
Samir	160	Elevé
Sofiane	149	Elevé
Fouad	108	Elevé
Anis	77	Bas
Salim	135	Elevé

Source : Réalisé par nos soins à partir des données de l'enquête

Le tableau présente les résultats obtenus par différents participants à l'échelle de la régulation émotionnelle (DRES), un score bas sur cette échelle est interprété comme une bonne capacité de régulation émotionnelle, tandis qu'un score élevé suggère une capacité moindre.

On y trouve deux colonnes : la première liste énumère participants (Yacine, Younes, Walid, Samir, Sofiane, Fouad, Anis, et Salim), et la seconde indique leurs scores correspondants à cette échelle (120, 133, 84, 160, 143, 108, 77, et 135).

Les scores obtenus présentent une variation allant de 77 au maximum de 160. Le score le plus faible enregistré est de 77, tandis que le score le élevé atteint 160.

Nous pouvons analyser les résultats des participants de la manière suivante :

- Participants avec potentiellement une bonne régulation émotionnelle : Anis présente un score de 77 ainsi que Walid 84, ce qui signifie qu'ils ont des scores bas, ce qui suggère qu'ils ont une bonne capacité de régulation émotionnelle selon cette échelle
- Participants avec potentiellement une régulation émotionnelle moindre : Samir présente un score de 160, et Sofiane 149 ont les scores les plus élevés suggérant une difficulté significative dans leur capacité à gérer et moduler efficacement leurs émotions. Fouad a un score de 108, Younes 133, Salim 135 et Yacine 120 ont également des scores relativement élevés, indiquant qu'ils éprouvent des défis dans la régulation de leurs états émotionnels.

## 4. Discussion de l'hypothèse

Après avoir présenté l'analyse sur les résultats obtenus dans l'échelle, nous allons discuter l'hypothèse selon laquelle nous avons supposé l'existence de difficulté de la régulation émotionnelle chez les toxicomanes en cure de désintoxication.

Avant d'entamer cette discussion, il nous semble nécessaire de rappeler que la question générale posée présentée au début de cette recherche était la suivante: les toxicomanes en cure de désintoxication arrivent-ils à réguler leurs émotions ?

Afin de répondre à cette question, nous avons émis une hypothèse générale qui stipule que : **Les individus souffrant de toxicomanie présentent des déficits dans leur capacité à réguler leurs émotions.**

Parfois les émotions peuvent jouer un rôle important dans notre routine quotidienne et susciter certains comportements et actions, appelée autorégulation émotionnelle, la régulation émotionnelle est décrite comme la capacité d'une personne à gérer efficacement ses expériences émotionnelles et à y répondre afin de s'adapter aux exigences d'une situation ou d'un environnement donné. **(Rolston and al., 2017)** Il ne s'agit pas d'essayer de ne pas ressentir d'émotions ou de les supprimer, mais de réguler toutes les émotions qui surviennent. Être capable de réguler ses émotions signifie que l'on peut contrôler la façon dont on réagit et dont on se sent dans certaines situations, ce qui améliore notre adaptabilité et notre résilience. **(Cleveland clinic, 2023).**

Les scores élevés de Sofiane et Samir indiquent qu'ils éprouvent des difficultés à contrôler l'intensité et la persistance de leurs émotions. Cela se manifeste par des réactions émotionnelles excessives face à des situations stressantes, une difficulté à trouver des solutions à se calmer après une forte émotion (exemple : la colère, la tristesse). Ces difficultés impactent leurs relations interpersonnelles, et leur bien-être général. Ils ont du mal à utiliser des stratégies adaptatives pour faire face aux émotions négatives, ce qui les rend plus vulnérables à l'anxiété, à la dépression.

Les scores de Younes, Salim et Yacine sont légèrement inférieurs à ceux de Sofiane et Samir, ils restent dans la partie supérieure de l'échelle, indiquant également des défis potentiels dans la régulation émotionnelle. Ils ont des difficultés à identifier et à comprendre leurs propres émotions, à les accepter sans jugement, ou à les modifier de manière appropriée en fonction du

contexte. Ces difficultés se traduisent par une certaine impulsivité émotionnelle, des contraintes d'humeur.

Anis avec le score le plus bas du groupe est celui qui selon démontre la meilleure capacité de régulation émotionnelle et un contrôle adéquat de son comportement. Un score aussi bas est efficace pour identifier, comprendre et gérer ses émotions de manière adaptative. Il en résulte une meilleure gestion du stress et une capacité à se remettre rapidement des émotions négatives, et à maintenir un équilibre émotionnel stable même face à des défis. Anis utilise des stratégies de régulation émotionnelle efficaces telles que, la résolution de problèmes, ou la recherche de soutien social, de manière naturelle et habituelle.

Quant à Walid, son score est légèrement supérieur à celui d'Anis, il reste dans la partie basse de l'échelle, indiquant également une bonne capacité de régulation émotionnelle. Walid a une bonne conscience de ses émotions et est capable de les moduler de manière appropriée en fonction des situations. Il dispose de stratégies de régulation émotionnelle et il arrive à gérer toute sorte d'émotions. Cette capacité contribue à des relations interpersonnelles saines et à une meilleure adaptation dans sa vie quotidienne.

Enfin Fouad obtient un score un peu plus élevé que ceux d'Anis et Walid, mais il reste dans la partie inférieure de l'échelle. Cela indique que Fouad possède un déficit spécifique dans la régulation émotionnelle et un manque de concentration. Fouad est incapable généralement de gérer ses émotions, il ressent un certain déséquilibre émotionnel face au stress.

L'addiction de nos participants repose sur la consommation excessive de la Pégabaline, l'alcool et le cannabis, qui les conduit à une perte de contrôle de leurs comportements, une modification de l'équilibre émotionnel ainsi que des perturbations dans leurs vies personnelles, professionnelles et sociales, le patient ressent un besoin compulsif de consommer les substances pour ressentir du plaisir ou éviter des émotions négatives. Pour arrêter cette addiction, la désintoxication, ou cure de désintoxication est une étape cruciale dans le traitement de l'addiction pour stabiliser l'état psychique et physique du patient, elle permet de débarrasser le corps de la substance et de ses toxines tout en minimisant l'inconfort et les risques liés aux symptômes de sevrage qui peuvent varier en fonction de la substance consommée.

Pendant la désintoxication, le corps se libère de la substance. Cela s'accompagne souvent d'un syndrome de sevrage qui peut inclure des symptômes physiques et psychologiques intenses : anxiété, insomnie, sautes d'humeur, dépression, et une envie irrépressible de consommer. Ces



émotions négatives sont exacerbées et peuvent être très difficiles à gérer, augmentant considérablement le risque de rechute. La régulation émotionnelle, qui implique la capacité de gérer et de modérer ses émotions, est cruciale pour réussir la désintoxication. Elle aide à reconnaître les déclencheurs émotionnels qui peuvent conduire à la consommation de substances, et à développer des stratégies alternatives pour gérer ses envies.

De nombreuses thérapies utilisées dans le traitement de la dépendance se concentrent sur l'amélioration de la régulation émotionnelle, telles que la thérapie cognitive comportementale, la thérapie systématique et thérapie psycho-sociale.

L'addiction est souvent étroitement liée à des difficultés dans la régulation émotionnelle. En effet, les personnes addictes développent des comportements addictifs comme un mécanisme d'adaptation inefficace pour faire face à des émotions intenses ou désagréables, telles que le stress, l'anxiété, la tristesse ou la colère. Elle entrave la capacité de l'individu à développer des stratégies de régulation émotionnelle saines et adaptatives, rendant encore plus difficile la gestion des défis émotionnels et perpétuant le cycle de la dépendance. Pour ces sujets, la substance addictogène représente un évitement expérientiel permettant une résistance, une fuite ou une diminution de la détresse émotionnelle.

Selon les résultats obtenus, et en se basant sur les données recueillies on confirme notre hypothèse générale selon laquelle nous pouvons avancer que la majorité des patients toxicomanes qui ont participé à notre recherche, présentent un déficit dans leur capacité à réguler leurs émotions.

Un déficit de régulation émotionnelle se manifeste de diverses manières chez les participants à notre recherche :

- Difficulté à inhiber les comportements impulsifs lorsqu'ils ressentent des émotions fortes.
- Difficulté à organiser et à poursuivre des actions lorsqu'ils sont émotionnellement perturbés.
- -Difficulté à moduler l'expérience subjective des émotions, c'est-à-dire à changer la façon dont ils se sentent.
- -Difficulté à utiliser des stratégies adaptatives pour faire face à la détresse émotionnelle.

- -Manque de conscience émotionnelle, c'est-à-dire une difficulté à identifier et à comprendre leurs propres émotions.

## **Synthèse**

La régulation émotionnelle est la capacité à gérer et moduler les émotions de manière efficace et appropriée, en référant aux résultats obtenus dans l'échelle de régulation émotionnelle nous constatons que nos patients toxicomanes éprouvent des difficultés à réguler leurs émotions.

## *Conclusion*

## **Conclusion**

La régulation émotionnelle est un aspect crucial et fondamental du processus de rétablissement pour les toxicomanes en cure de désintoxication. L'addiction est souvent liée à une difficulté à gérer les émotions, qu'il s'agisse de stress, d'anxiété, de colère, de tristesse ou de vide. Ces difficultés ont été à la fois une cause et une conséquence de leur consommation de substances. Au cours de cette période, les toxicomanes apprennent à identifier, comprendre et gérer leurs émotions. Ce qui est essentiel pour éviter les rechutes et abstenir le sevrage.

Plusieurs stratégies pratiquées pour améliorer la régulation émotionnelle. Parmi celles-ci, on trouve: la thérapie cognitive comportementale, la thérapie systématique et la thérapie psycho-sociale. Les individus peuvent améliorer leurs chances de maintenir l'abstinence et de mener une vie plus saine et plus épanouissante.

Nous nous sommes lancés dans la recherche de la documentation relative au thème de la régulation émotionnelle en général. Cette étape nous a permis de découvrir l'existence d'un outil pour évaluer la régulation émotionnelle des individus.

Afin de mener à bien ce travail, nous nous sommes appuyés sur un guide d'entretien semi-directif qui a été mené par l'addictologue en notre présence qui nous a permis d'observer directement les réactions de chaque participant pendant leur récit, et de collecter des informations auprès des personnes addictes. De plus, nous avons utilisé l'échelle de la régulation émotionnelle DRES. Cet outil d'évaluation nous a permis, d'une part, d'évaluer et de quantifier le niveau de la régulation émotionnelle chez les toxicomanes

Nous sommes arrivés à la phase pratique de la recherche où nous avons eu la possibilité de rencontrer les cas : des personnes qui consomment des substances psycho-active, en observant directement les réactions de chaque sujet lors de son récit, qui relate et décrit sa situation. Nous avons utilisé l'échelle de régulation émotionnelle DRES pour but d'évaluer 5 dimensions telles que le manque de conscience émotionnelle, le manque de clarté émotionnelle, le manque d'acceptation émotionnelle, les difficultés à contrôler les comportements impulsifs, les difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives et l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions.

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

En mettant en lumière l'importance de la régulation émotionnelle dans le processus de rétablissement, Nous espérons que cette recherche éclaire davantage la manière dont les personnes addictes aux substances psycho-actives peuvent mieux surmonter leurs difficultés.

Cette recherche souligne la nécessité d'une prise en charge qui intègre des interventions visant à renforcer les capacités et les ressources internes des toxicomanes aux substances psycho-actives.

Nous encourageons vivement les étudiants à explorer de manière approfondie le concept de la régulation émotionnelle, car nous croyons fermement qu'il revêt une importance particulière dans le contexte de notre société contemporaine.

En explorant ce thème, les étudiants peuvent contribuer à enrichir le dialogue sociétal sur la manière dont nous pouvons soutenir et renforcer la régulation des émotions.

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

- Le Craving chez les toxicomanes
- La résilience chez les personnes addictes aux substances psycho-actives en cure de désintoxication
- Le burn-out chez les parents d'adolescents addicts au cannabis

# *Bibliographie*

## Bibliographie

- Baldun D, Ajel Nawa K R, Masdrakis V. (2013). *Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder; an update neuropsychiatr distrea.*
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2e éd.). Armand Colin
- Brito, O. (2018), *Evaluer les dispositifs éducatifs et socioculturels.* <https://shs.cairn.info/>
- Brochu et col. (1997), *Prévenir les toxicomanies*, Morel, A. (2000), Canada
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). *Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors.* Clinical Psychology Review, 33, 1010-1024. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Chahraoui, Kh. et Benony H. (1999). *L'entretien clinique*, édition Dunod, Paris
- Chahraoui, Kh. et Benony H. (2013). *L'entretien clinique*, édition Dunod, Paris
- Chen, K. W., Banducci, A. N., Guller, L., Macatee, R. J., Lavelle, A., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2011). *An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program.* Drug and Alcohol Dependence, 118(2-3), 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.003>
- Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) (1994). (10 éd).
- Darbeda, S. (2016). *Le déficit de la régulation émotionnelle chez les patients addicts*, France. <https://www.researchgate.net/>.
- De Santis, M. (2024). *Méthode (Method) : Définition et Usages* <https://www.appvizzer.fr>
- Dictionnaire de Français Larousse. (Larousse Médical) . Encyclopédie médical toxicomanie <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/toxicomanie/16628>
- DSM-5. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Edition Médecine Science
- Granarolo, P. (2015). *Émotion (notions de base), L'intelligence émotionnelle.* <https://www.universalis.fr/encyclopedie/emotion-notions-de-base>
- Laboudi, F. Slimani, G. et Ouanass, A. (2019). *L'information psychiatrique. La dépendance à la prégabalin. À propos d'un cas.* Université Mohammed V de Rabat-Maroc
- Laqueille, X., & Liot, K. (2009). *Addictions : définitions et principes thérapeutiques.* L'Information Psychiatrique, 85(7). <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-7-page-611.htm>
- Laqueille, X., et Anne C. (2017). *Pratique clinique en addictologie*, Paris

- Lezhari, E. (2020), *Addiction et enjeux de tensions: approche psychomotrice de la gestion du stress et de l'anxiété chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage*, repéré sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900365v1>
- Makiela, L. (2024). *Psychologie, logopédie et science de l'éducation*, Université de Liège. Belgique. <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/19969>
- Micolajczak ,M. Jordiquoid bach Ilio Katsou, Delphine Nélis (2020). *Les compétences émotionnelles*. Malakoff
- N'DA, A (2015). *Recherche et méthodologie en sciences humaines et sociales ; Problématique, hypothèses, démarche, outils, rapport*. Paris, L'Harmattan
- Neidenthal, P. M., Krauth-Gruber, S., Ric, F. (2008). *Comprendre les émotions perspectives cognitives et psycho-sociales*, Belgique. Edition Margada
- Observatoire Français des drogues et des toxicomanies (OFDT). <https://www.ofdt.fr/>
- Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Ministre de la Justice. <https://onlcdt.mjustice.dz/>
- Picard, E. et de Courcy, S. (2021). *Addiction et relation de dépendance et codépendance*. Bruxelles (Belgique). <http://www.editionmargada.com/>
- Puiseux L. (2023). *Les émotions au cœur de la santé mentale*, Université de Lille. France
- Sahuc, C. (2006). *L'adolescence et la violence*, Edition Study Parents, France
- Tami Youba, (2024). *L'importance de l'écriture scénique dans la visibilité et le prolongement de l'existence du texte théâtral*, Université de Yaoundé I, Cameroun <https://revues.imist.ma>
- Varescon, I. (2006). *Psychopathologie des conduites addictives, Alcoolisme et toxicomanie*. Belin Education.
- Viger, L. (2020). *Troubles liés à l'usage des écrans : Une revue de la littérature de l'enfant à l'adulte* [Thèse de doctorat, Université de Caen - Normandie, UFR de Santé]. Récupéré sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas03153439v1/file/VIGER%20Laura.pdf>



# *Annexe*



## DERS-F: Echelle de régulation émotionnelle

Le DERS est une échelle permettant d'évaluer à quel point vous êtes attentifs à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale.

Répondez à toutes les questions en cochant à chaque fois une seule case par énoncé selon si celui-ci vous correspond:

- (1) *presque jamais*  
(2) *quelques fois*  
(3) *la moitié du temps*  
(4) *la plupart du temps*  
(5) *presque toujours*

Code: .....

	presque jamais 1	quelques fois 2	la moitié du temps 3	la plupart du temps 4	presque toujours 5
01) Je comprends bien mes sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02) Je fais attention à ce que je ressens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03) Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04) Je n'ai aucune idée concernant comment je me sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05) J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06) Je fais attention à mes sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07) Je sais exactement comment je me sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08) Je prends garde à ce que je ressens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09) Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Quand je suis contrarié(e), je prends en compte cette émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Quand je suis contrarié(e), le fait de ressentir une telle émotion me met en colère contre moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Quand je suis contrarié(e), je devient incontrôlable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	presque jamais 1	quelques fois 2	la moitié du temps 3	la plupart du temps 4	presque toujours 5
15) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Quand je suis contrarié(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Quand je suis contrarié(e), je peux continuer à faire des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Quand je suis contrarié(e), je sais que je peux trouver un moyen pour enfin aller mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Quand je suis contrarié(e), je sens que je peux garder le contrôle de mes comportements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Quand je suis contrarié(e), je pense que me complaire dans ces contrariétés est la seule chose à faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mes comportements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Quand je suis contrarié(e), je prends le temps de découvrir ce que je ressens vraiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Quand je suis contrarié(e), cela prend du temps avant que je ne me sente mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez vous répondu à tous les énoncés?

Merci!

Version française validée:

Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor Structure and Consistency of a French Translation. *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), in press.

## Résumé

Notre recherche met en lumière l'importance de la dimension émotionnelle dans le parcours de dépendance et de désintoxication. Il s'agit d'analyser comment les difficultés à réguler les émotions contribuent à l'addiction et comment le développement de compétences de régulation émotionnelle est indispensable pour un rétablissement réussi et durable.

L'étude implique 08 cas pris en charge au Centre Intermédiaire des Soins en Addictologie (CISA), situé à Iheddaden. Pour vérifier notre hypothèse, nous avons eu recours à la méthode descriptive. Nous nous sommes appuyés sur l'échelle de régulation émotionnelle (DERS). Cet outil nous a permis d'une part, de mesurer la capacité de la régulation émotionnelle et d'autre part, d'identifier les facteurs de régulation présents chez ces individus.

Les résultats obtenus par cet outil ont mis en évidence un déficit chez les sujets de notre groupe de recherche dans leur capacité à réguler leurs émotions.

**Mots clés:** Toxicomanie ; régulation émotionnelle ; substances psycho-actives ; jeunes adultes.

## **Abstract**

Our research highlights the importance of the emotional dimension in the addiction and recovery process. The goal is to analyze how difficulties regulating emotions contribute to addiction and how developing emotional regulation skills are essential for successful and lasting recovery.

The study involved eight cases treated at the Intermediate Addiction Care Center (CISA), located in Iheddaden. To test our hypothesis, we used a descriptive method. We relied on the Emotion Regulation Scale (DERS). This tool allowed us to measure the ability to regulate emotions and to identify the regulatory factors present in these individuals.

The results obtained using these tools highlighted that the subjects in our research group exhibited a deficit in their ability to regulate their emotions.

**Keywords:** Drug addiction; emotional regulation; psychoactive substances; young adults.

## ملخص

يُسلّط بحثنا الضوء على أهمية البُعد العاطفي في عملية الإدمان والتعافي. ويهدف إلى تحليل كيفية مساهمة صعوبات تعديل

العواطف في الإدمان، ومدى أهمية تطوير مهارات تعديل العواطف للتعافي الناجح والدائم.

شملت الدراسة ثماني حالات تتلقى العلاج في المركز الوسيط لعلاج أمراض الإدمان، الكائن في إحدادن. لاختبار فرضيتنا،

استخدمنا منهجاً وصفيّاً، واعتمدنا على مقياس تعديل العواطف. مكّنتنا هذه الأداة من قياس القدرة على إدارة العواطف

وتحديد عوامل التعديل الموجودة لدى هؤلاء الأفراد.

أبرزت النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام هذه الأدوات أن المشاركين في مجموعتنا البحثية أظهروا ضعفاً في قدرتهم

على تعديل عواطفهم.

الكلمات المفتاحية: إدمان المخدرات؛ تعديل العواطف ؛ المواد المؤثرة نفسياً؛ الشباب.

## Résumé

Notre recherche met en lumière l'importance de la dimension émotionnelle dans le parcours de dépendance et de désintoxication. Il s'agit d'analyser comment les difficultés à réguler les émotions contribuent à l'addiction et comment le développement de compétences de régulation émotionnelle est indispensable pour un rétablissement réussi et durable.

L'étude implique 08 cas pris en charge au Centre Intermédiaire des Soins en Addictologie (CISA), situé à Iheddaden. Pour vérifier notre hypothèse, nous avons eu recours à la méthode descriptive. Nous nous sommes appuyés sur l'échelle de régulation émotionnelle (DERS). Cet outil nous a permis d'une part, de mesurer la capacité de la régulation émotionnelle et d'autre part, d'identifier les facteurs de régulation présents chez ces individus.

Les résultats obtenus par cet outil ont mis en évidence un déficit chez les sujets de notre groupe de recherche dans leur capacité à réguler leurs émotions.

**Mots clés:** Toxicomanie ; régulation émotionnelle ; substances psycho-actives ; jeunes adultes.

## Abstract

Our research highlights the importance of the emotional dimension in the addiction and recovery process. The goal is to analyze how difficulties regulating emotions contribute to addiction and how developing emotional regulation skills are essential for successful and lasting recovery.

The study involved eight cases treated at the Intermediate Addiction Care Center (CISA), located in Iheddaden. To test our hypothesis, we used a descriptive method. We relied on the Emotion Regulation Scale (DERS). This tool allowed us to measure the ability to regulate emotions and to identify the regulatory factors present in these individuals.

The results obtained using these tools highlighted that the subjects in our research group exhibited a deficit in their ability to regulate their emotions.

**Keywords:** Drug addiction; emotional regulation; psychoactive substances; young adults.

## ملخص

يُسلطُ بحثنا الضوء على أهمية البعد العاطفي في عملية الإدمان والتعافي. ويهدف إلى تحليل كيفية مساهمة صعوبات تعديل العواطف في الإدمان، ومدى أهمية تطوير مهارات تعديل العواطف للتعافي الناجح والدائم. شملت الدراسة ثمانية حالات تتلقى العلاج في المركز الوسيط لعلاج أمراض الإدمان، الكائن في إحدادن. لاختبار فرضيتنا، استخدمنا منهجاً وصفيّاً، واعتمدنا على مقياس تعديل العواطف. مكّنتنا هذه الأداة من قياس القدرة على إدارة العواطف وتحديد عوامل التعديل الموجودة لدى هؤلاء الأفراد.

أبرزت النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام هذه الأدوات أن المشاركين في مجموعتنا البحثية أظهروا ضعفاً في قدرتهم على تعديل عواطفهم.

**الكلمات المفتاحية:** إدمان المخدرات؛ تعديل العواطف؛ المواد المؤثرة نفسياً؛ الشباب