



Université Abderrahmane Mira de Bejaïa

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Option : Psychologie clinique

Thème

La résilience chez les personnes addictes à la prégabaline (Lyrica)

Étude de sept (07) cas réalisée au sein de l’Établissement Hospitalier Spécialisé (EHS) en psychiatrie Oued Ghir Bejaïa.

Réalisé par :

BENYAHIA Zouina

BOUALI Fatima

Encadré par :

Pr. : HATEM Wahiba

Année Universitaire : 2024/2025

REMERCIEMENTS

Le grand merci s'adresse au bon Dieu le tout-puissant, de nous avoir donné la force et la patience, et qui a guidé et éclairé notre chemin pour la réalisation de notre travail.

Nous tenons à remercier spécialement notre promotrice Mme. HATEM Wahiba, qui fut la première à nous guider dans notre mémoire, pour avoir eu la patience de nous encadrer et pour tous ses précieux conseils, pour son écoute active, sa disponibilité et son encouragement tout au long de ce travail.

Nous tenons à exprimer nos profonds respects aux membres du jury, qui vont nous faire l'honneur de consacrer leurs temps pour évaluer notre travail.

Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants de département de psychologie et d'orthophonie, faculté des sciences humaines et sociales qui ont contribué à notre formation.

Nous tenons également à exprimer un grand remerciement pour tout le personnel spécialisé en psychiatrie Oued Ghir pour leur soutien et leur sympathie, à leurs têtes

Mr. KHEREDDINE Amine.

Sans oublier notre maître de stage, Mr. DJAMAOUNE Yazid pour son accueil chaleureux, sa générosité et sa constante disponibilité. Nous sommes profondément reconnaissants pour le temps qu'il nous a consacré, la qualité de ses conseils, ainsi que la confiance qu'il nous a témoignée en nous offrant l'opportunité d'apprendre aux côtés d'un professionnel aussi engagé et inspirant.

Un grand merci aussi pour les sujets de recherche, qui nous ont donné de leur temps, qui nous ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail.

Au terme de cette étude, il nous est agréable de remercier vivement tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette recherche.

« Grand merci à toutes et à tous »

DÉDICACE

Je dédie ce modeste travail à ceux que j'aime le plus au monde.

À ma chère mère

À mon cher père

Pour tous les efforts et les sacrifices que vous avez fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime et le respect que j'ai toujours eu pour vous. Recevez à travers ce travail, toute ma gratitude et mes profonds sentiments. Que Dieu vous donne longue vie et bonne santé.

À mes chers frères et mes chères sœurs, ainsi que leurs enfants

Pour votre soutien et vos encouragements constants tout au long de ma vie. Votre amour et confiance en moi ont été une source de motivation.

Aucune dédicace ne saurait exprimer assez profondément ce que je ressens envers vous.

Je vous dirai simplement : un grand merci, je vous aime.

En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu le tout puissant vous protège et garde.

« À toute la promotion 2024/2025 ».

ZOUINA

DÉDICACE

Avec l'aide de Dieu le tout puissant, ce travail est enfin achevé que je dédie particulièrement

À mon père, qui veille sur moi depuis l'au-delà.

À ma chère mère, dont l'amour me porte chaque jour.

À mes deux frères, piliers de ma force.

À ma douce petite sœur, lumière de mon cœur.

À mon futur mari, Momo, mon pilier et mon avenir.

Merci à vous d'être mon inspiration et mon refuge.

FATIMA

Sommaire

Remerciement

Dédicaces

Liste des abréviations

Liste des figures

Liste des tableaux

Introduction.....	p1
Problématique	p5
Hypothèse	p8
Définition et opérationnalisation des variables.....	p8
Objectif et raisons du choix du thème.....	p10

Partie théorique

CHAPITRE I : L'addiction à la prégabaline

Préambule.....	p13
-----------------------	------------

1. L'addiction

1.1. Histoire de l'addiction.....	p13
1.2. Définition de l'addiction	p14
1.3. Définition des concepts liés à l'addiction	p15
1.4. Les types de l'addiction	p16
1.5. Les critères diagnostiques de l'addiction.....	p19
1.6. L'épidémiologie de l'usage des substances psychoactives	p21
1.7. Les facteurs de risque et de la vulnérabilité.....	p23
1.8. Les approches psychopathologiques des addictions	p28
1.9. Grands principes de traitement des addictions.....	p35

2. La prégabalin

2.1. Définition de la prégabalin	p40
2.2. Aperçu historique	p40
2.3. Épidémiologie	p42
2.4. Indications thérapeutiques	p43
2.5. Mésusage de la prégabalin	p43
2.6. Critères de l'abus selon le DSM-IV-TR	p44
2.7. Symptômes de sevrage.....	p44
Synthèse	p45

CHAPITRE II : La résilience

Préambule.....	p48
1. Origine et histoire de la résilience	p48
2. Définitions de la résilience.....	p50
3. Concepts associés à la résilience.....	p52
4. De la vulnérabilité à la résilience.....	p54
5. Les modèles théoriques de la vulnérabilité.....	p55
6. Les critères de la résilience	p57
7. Les mécanismes de la résilience	p58
8. Les facteurs de protection et les facteurs de risque.....	p59
9. Les différentes approches de la résilience.....	p62
10. Les phases du processus psychique de la résilience	p64
11. Méthode d'évaluation de la résilience	p65
12. Applications cliniques de la résilience.....	p66
13. Limite de la résilience	p67
Synthèse	p68

Partie pratique

CHAPITRE III : Méthodologie de recherche

Préambule	p71
1. Le déroulement de la recherche	p71
2. Présentation du lieu de stage.....	p74
3. Le groupe de recherche.....	p75
4. Les outils de la recherche.....	p76
5. La méthode utilisée dans la recherche	p80
6. Limites de la recherche	p82
Synthèse	p82

CHAPITRE IV :

Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse

Préambule	p84
I. Analyse et interprétation des résultats	p84
1.1. Cas N°1 : Mounir	p84
1.2. Cas N°2 : Nacer	p88
1.3. Cas N°3 : Mouloud	p93
1.4. Le Cas N°4 : Karim	p99
1.5. Cas N°5 : Fares	p104
1.6. Cas N°6 : Mahdi	p108
1.7. Le Cas N°7 : Amine	p112
II. Analyse et discussion de l'hypothèse	p116
Synthèse	p120
Conclusion	p122
Bibliographie	
Résumé	

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

APA: Manual of the American Psychological Association.

ATV : Aire Tegmentale Ventrale.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies.

CISA : Centre Intermédiaire de Soins en Addictologie.

CSAPA : Centres de Soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie.

DSM-IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux Texte Révisé.

DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie.

EM: Entretien Motivationnel.

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

GABA: Gramma-Amino-Butyric Acide.

NSP : Nouvelles Substances Psychoactives.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONLCDT : Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie.

ONUDC : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.

OSIAP : Ordonnance Susceptible Indicateur d'Abus Possible.

PGB : Prégabaline.

QI : Quotient Intellectuel.

SPA : Substance Psychoactive.

TAG : Trouble Anxieux Généralisé.

TCC : Thérapies Cognitivo-comportementales.

Liste des figures

<i>N° de la figure</i>	<i>Titre</i>	<i>Page</i>
N°01	Circuit récompense / punition (Reynaud, M., 2005).	30
N°02	Capsule de Lyrica 300mg.	46
N°03	Capsule de Lyrica 150mg.	46

Liste des tableaux

<i>N° du tableau</i>	<i>Titre</i>	<i>Page</i>
<i>N°01</i>	Quantités de drogues saisies en Algérie au cours des dernières années.	22
<i>N°02</i>	Présentation du groupe de recherche	76
<i>N°03</i>	Les objectifs des axes du guide d'entretien semi-directif	78
<i>N°04</i>	Présentation des résultats de l'échelle de résilience (Cas 01)	86
<i>N°05</i>	Présentation des résultats de l'échelle de résilience (Cas 02)	91
<i>N°06</i>	Présentation des résultats de l'échelle de résilience (Cas 03)	96
<i>N°07</i>	Présentation des résultats de l'échelle de résilience (Cas 04)	102
<i>N°08</i>	Présentation des résultats de l'échelle de résilience (Cas 05)	106
<i>N°09</i>	Présentation des résultats de l'échelle de résilience (Cas 06)	110
<i>N°10</i>	Présentation des résultats de l'échelle de résilience (Cas 07)	114
<i>N°11</i>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle de résilience	117

INTRODUCTION

Introduction :

Depuis quelques années, la question des addictions occupe une place croissante dans les médias et le débat public. Sous ce terme se cache une diversité de comportements, aux manifestations variées mais partageant des caractéristiques communes, telles que la perte de contrôle, la recherche compulsive de plaisir, ou encore la persistance malgré les conséquences négatives. Pourtant, la réalité du terrain telle qu'elle est vécue par les professionnels de l'accompagnement reste encore largement méconnue.

Dans cette perspective, il est important de souligner que la problématique des addictions s'est considérablement complexifiée au fil du temps. Aux substances licites (alcool, tabac) et illicites (cannabis, cocaïne, etc.) s'ajoutent désormais des formes dites « sans produit », comme le sport excessif, le travail compulsif, les achats incontrôlés ou encore les jeux d'argent (gambling). Par ailleurs, certains comportements, tels que l'usage intensif des jeux vidéo ou la consommation de chocolat et de café, soulèvent également des interrogations quant à leur potentiel addictif. (**Picard, E. & de Courcy, S., 2021, p. 07-08**).

Ce vaste éventail de conduites addictives renforce une idée essentielle : l'addiction peut toucher n'importe qui. La consommation de substances psychoactives peut être comparée à une rivière tumultueuse dans laquelle chacun risque de tomber à un moment donné. Cette métaphore illustre une réalité aujourd'hui partagée : les addictions concernent toutes les couches sociales et les deux sexes, bien que certains publics soient plus vulnérables que d'autres. Les adolescents, notamment, représentent une population particulièrement exposée. Cette période charnière du développement, marquée par d'importants bouleversements psychologiques, joue un rôle déterminant dans la construction de l'identité adulte. Il est donc essentiel d'accorder une attention spécifique à cette tranche d'âge afin de prévenir les dérives telles que la toxicomanie, qui constitue l'un des risques les plus graves pour leur santé psychologique et sociale. (**Picard, E. & de Courcy, S., 2021, p. 07-08**).

Dans cette dynamique d'évolution des pratiques addictives, une substance en particulier a attiré l'attention ces dernières années : la prégabaline. Dans ce contexte, elle est connue sous le nom commercial de Lyrica, utilisée à l'origine pour traiter les douleurs neuropathiques, l'épilepsie ou les troubles anxieux, elle fait l'objet depuis plusieurs années d'un mésusage croissant, notamment pour ses effets euphorisants et sédatifs. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a alerté sur cette tendance préoccupante,

particulièrement répandue chez les jeunes adultes en situation de précarité, et a renforcé les conditions de prescription pour limiter les risques de dépendance. (**ANSM, 2021**).

Devant ces constats préoccupants, il devient indispensable d'envisager des pistes de compréhension et de reconstruction. Face à cette problématique, la notion de résilience émerge comme un concept clé pour penser les trajectoires de rétablissement. La résilience peut se définir comme un processus dynamique qui implique la réorganisation psychique après un traumatisme et permet le développement normal en dépit des risques. Il s'agit de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, mais, la résilience ne se résume pas à une procédure adaptative face au danger. Elle implique que le sujet puisse se reconstruire et reprendre un développement malgré l'adversité, ce qui suppose le ressaisissement de soi après un traumatisme. (**Anaut, M., 2008, p. 8-9**).

C'est dans cette perspective que s'inscrit notre recherche, centrée sur l'étude de la résilience chez les personnes addictes à la prégabaline suivies en cure de désintoxication. En respectant les exigences méthodologiques et scientifiques, notre objectif est d'apporter un éclairage nouveau sur cette problématique, et de formuler des recommandations pratiques susceptibles de renforcer les capacités de résilience des personnes concernées. Le terrain d'étude retenu est l'Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie de Oued-Ghir à Bejaïa, jugé pertinent pour répondre aux objectifs de cette recherche. Un guide d'entretien ainsi que l'échelle de résilience de Wagnild et Young constitueront nos principaux outils d'investigation.

Nous entamerons cette recherche en présentant un cadre général de la problématique, où nous énoncerons notre question de recherche et formulerais notre hypothèse, ainsi que l'opérationnalisation des concepts clés, l'objectif et les raisons du choix de thème.

Ce travail se structurera ensuite autour de deux parties complémentaires : une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorique se compose de deux chapitres : le 1er contient deux parties. La première partie est consacrée à l'addiction, son aperçu historique, ses définitions, ainsi que les concepts associés, les types de l'addiction, les critères diagnostiques selon le DSM 5 et la CIM 10 ainsi que, les facteurs de risque et de vulnérabilité, les approches psychopathologiques des addictions, et les grands principes de traitement.

Dans la deuxième partie, nous nous sommes intéressés à la prégabaline, son aperçu historique, l'épidémiologie, ses indications thérapeutiques, son mésusage ainsi que les symptômes de sevrage.

Le 2ème chapitre comprend un aperçu historique de la résilience, les différentes définitions de la résilience ainsi que d'autres concepts associés à la résilience. Nous avons également examiné ses critères, ses mécanismes, les facteurs de risque et les facteurs de protection, ainsi que ses différentes approches, les phases du processus psychique de la résilience, la méthode d'évaluation de la résilience, ses applications cliniques et ses limites.

Enfin, la partie pratique est également divisée en deux chapitres. Un chapitre sur la méthodologie de la recherche où nous avons présenté la démarche de la recherche et les techniques utilisées.

Un deuxième porte sur l'analyse des résultats et la discussion de l'hypothèse où nous avons présenté et discuté les données recueillies, analysé et interprété les résultats de l'échelle de Wagnild et Young sur notre groupe de recherche, en vue de vérifier notre hypothèse.

Nous conclurons ce travail par une conclusion générale, suivie des références bibliographiques conformes au Manuel of the American Psychological Association (APA), pour enfin clôturer avec des annexes.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE

La problématique :

Les problèmes d'addiction et de consommation de substances psychoactives telles que le tabac, l'alcool et le cannabis, sont actuellement un motif de consultation très répandu dans les services d'aide psychologique et psychiatrique.

Les addictions sont une maladie. Les recherches neurobiologiques ont mis en lumière les mécanismes communs à la plupart d'entre elles. Les avancées scientifiques dans les domaines médicaux et des sciences sociales ont permis d'améliorer les stratégies d'aide et de soins. L'individu est confronté à une envie intense et irrépressible de consommer en dépit de sa volonté. Sa prise en charge a également évolué et les rechutes ne sont plus considérées comme un échec mais font partie du processus vers la guérison. De même, le sevrage absolu et permanent n'est plus considéré comme le seul traitement possible. (**Ballaloud, G., 2015, p. 04**).

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

Parmi le large champ du domaine de l'addictologie, notre attention s'est portée sur l'addiction aux substances psychoactives, en particulier la prégalabine, qui constitue l'un des psychotropes les plus largement répandues dans le monde. Selon le rapport mondial sur les drogues (2020), 209 millions de personnes en auraient consommé, soit 4 % de la population mondiale.

L'addiction aux médicaments psychotropes, qui commence souvent durant l'adolescence, représente aujourd'hui un enjeu majeur tant en santé publique que dans le domaine clinique et de la recherche. Cette dépendance découle d'une consommation répétée de substances, qui agissent sur le cerveau de manière spécifique et entraînent généralement des sensations de plaisir. Ainsi, plus la consommation augmente, plus le besoin devient pressant. La personne dépendante se retrouve alors incapable de s'en passer, rendant l'arrêt de la consommation particulièrement difficile. Cela confère aux médicaments une force persistante, malgré leurs effets néfastes.

La prégalabine (lyrica) est une molécule dont la structure est apparentée à l'acide gamma-amino-butyrique (GABA). Certaines spécificités de la molécule ont pu être

déterminées notamment son action inhibitrice sur les canaux calciques voltage-dépendants, lui octroyant ainsi des propriétés antiépileptiques, anxiolytiques et analgésiques, pour le traitement d'épilepsie partielle, des troubles anxieux généralisés et des douleurs neuropathiques. (**Joshi, I. & Taylor, C.P., 2006, p. 340-341**).

En Algérie, selon les dernières données publiées par l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (ONLDT) dans son Rapport annuel en 2023, l'usage des substances psychoactives continue de représenter un défi majeur de santé publique. En 2022, environ 2,2 millions d'Algériens auraient consommé au moins une fois une substance psychoactive, avec une prévalence plus élevée chez les jeunes de 15 à 35 ans. (**ONLDT, 2023**).

Les études en population générale, réalisées respectivement en France, en Suède et au Danemark montrent que 8 à 12 % des consommateurs de prégabaline dépassent la posologie maximale. Les facteurs associés sont le jeune âge, le sexe masculin et la consommation d'opioïdes. Dans une étude française, il apparaît qu'environ 10 % des personnes consommant la prégabaline ne présentant pas d'antécédents d'abus développent une addiction primaire après le premier épisode de mésusage (dépassement de la dose maximale recommandée). (**ANSM et des produits de santé, 2019**).

Dans le contexte de l'addiction, la résilience joue un rôle fondamental en permettant aux individus de se relever après des échecs et de poursuivre leur chemin vers la guérison. Elle leur offre la capacité de faire face aux défis avec une mentalité de croissance, transformant les obstacles en occasions d'amélioration personnelle.

Dans cette perspective, un même sujet peut se révéler tantôt vulnérable, tantôt résilient, selon les événements qu'il traverse. Une vulnérabilité apparente peut se transformer en force de résilience à l'occasion d'un événement hautement signifiant ou d'une rencontre fondatrice. Cette hypothèse trouve un écho dans certains courants de recherche sur la résilience, notamment ceux qui mettent en lumière les implications du réseau social et affectif, ainsi que l'importance des "tuteurs de résilience". (**Anaut, M., 2015, p. 44–45**).

La résilience peut ainsi être définie comme «un processus qui permet de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique et de continuer à se construire malgré l'adversité». Elle n'est pas une qualité figée, mais bien un processus dynamique, évolutif, influencé par les interactions humaines et les expériences vécues. (**Anaut, M., 2008, p. 34**).

Enfin, selon Pierre et Hascoët (2012), la résilience peut être perçue de plusieurs façons: comme une métaphore poétique lorsqu'elle suggère un rebond après le drame ; comme une image réductrice lorsqu'elle évoque simplement la solidité d'un individu ; et enfin comme un concept scientifique, définissant un processus complexe à travers lequel une personne ou un groupe manifeste sa capacité à se développer et à se projeter dans l'avenir malgré des conditions de vie difficiles, des événements déstabilisants ou des traumatismes sévères et/ou répétés. (**Pierre, J. & Hascoët, B., 2012, p. 7**).

Ainsi, loin de se réduire à une aptitude individuelle, la résilience apparaît comme un phénomène contextuel, relationnel et évolutif, qui s'inscrit dans une dynamique de transformation et de construction de soi.

Sur le plan neurobiologique, certaines études suggèrent que les circuits cérébraux de la récompense et de la motivation chez les personnes résilientes seraient moins altérés par la consommation de drogues. Leur réactivité face aux signaux de récompense resterait préservée, facilitant le sevrage. (**Volkow, N.D., 2012, p. 24**).

Afin d'évaluer la résilience chez les personnes addictes à la prégabaline, nous avons adopté l'approche cognitivo-comportementale qui a prouvé son efficacité dans le traitement des addictions, en particulier celles liées aux substances psychoactives.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) consistent en l'enseignement de compétences pour surmonter les déficits interpersonnels et intrapersonnels dans les différents domaines de la vie qui sont considérés comme fonctionnellement liés à l'abus de substances, améliorant ainsi la capacité des individus à faire face à des situations à haut risque et aux facteurs déclenchant d'une potentielle rechute.

Le postulat de base étant que les processus d'apprentissage comportementaux contribuent à entretenir l'addiction. Alors elle encourage les patients à reconnaître, à éviter les situations à risque où ils peuvent être susceptibles de consommer et à utiliser des stratégies d'adaptation pour résister à l'addiction et à adapter leurs comportements.

Par des nombreuses analyses quantitatives que nous pouvons retrouver dans la littérature, l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale a été confirmée pour les troubles liés à l'abus d'une substance. Les résultats soutiennent également une persistance des effets du traitement au fil du temps. (**Gorsane, M. & al., 2016, p. 352-357**).

En se basant sur la revue de la littérature et la pré-enquête auprès des adultes addicts à la prégabaline, et en tant que futures professionnelles, on se sent intéressées par ce phénomène et on souhaite lui donner une explication, pour mieux comprendre la résilience chez cette catégorie d'adultes en cure de désintoxication.

À partir de ce que nous avons énoncé ci-dessus et pour mener à bien notre recherche, on est arrivée à la question suivante :

Existe-t-il un caractère de résilience chez les personnes addictes à la prégabaline ?

Hypothèse :

- Il existerait un caractère de résilience faible chez les personnes addictes à la prégabaline.

Définition et opérationnalisation des variables :

1/ L'addiction :

L'addiction est l'impossibilité de s'abstenir de consommer. Elle associe une dépendance physique qui se traduit par un phénomène de tolérance (il faut augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets) et un syndrome de sevrage (signes de manque physiques et psychiques) et par une dépendance psychique (encore appelé «craving») qui se traduite par le besoin irrépressible de consommer. (**Olivier, C., 2012, p. 02**).

➤ Opérationnalisation du concept addiction :

- **Craving** : le patient pense souvent à consommer et ressent un besoin fort et difficile à contrôler.
- **Perte de contrôle** : Il consomme plus que prévu et n'arrive pas à réduire malgré ses efforts.
- **Tolérance** : Il doit augmenter les doses pour ressentir les mêmes effets.
- **Syndrome de sevrage** : Il se sent mal (anxiété, douleurs) quand il arrête ou diminue la prise.
- **Altération du fonctionnement social** : Sa consommation affecte ses études, son travail ou ses relations.

2/ La prégalbine :

La prégalbine (PGB) est un nouvel agent médicamenteux ayant des propriétés anticonvulsivants, analgésiques et anxiolytiques. Elle s'est avérée efficace en réduisant la douleur provoquée dans plusieurs modèles animaux de douleur neuropathique : allodynie mécanique (statique et dynamique) induite par la streptozocine, ou hyperalgesie mécanique et thermique induite par des lésions chirurgicales, inflammatoires ou nerveuses. Les propriétés analgésiques de la prégalbine ont été mises en évidence récemment chez l'homme dans le cadre de douleurs neuropathiques postzostériennes. (**Dworkin, R.H. & al., 2003**).

➤ Opérationnalisation du concept prégalbine :

- **Médicament concerné** : Prégalbine
- **Usage détourné** : Consommée de façon addictive
- **Critère d'abus** : Doses dépassant les usages médicaux habituels
- **Population étudiée** : Adultes
- **Dosages observés** : 100 mg, 150 mg, 300 mg par prise
- **Fréquence** : Plusieurs prises par jour.

3/ La résilience :

La résilience, est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.

➤ Opérationnalisation du concept résilience :

Il s'agit du score obtenu par les participants de notre recherche sur l'échelle de résilience de Wagnild et Young, et cette résilience repose sur trois concepts centraux qui sont :

- Vivre une expérience d'adversité.
- La présence de ressources qui permettent de compenser les effets de l'adversité.
- Une adaptation positive, ou l'évitement de répercussions négatives ou encore une meilleure issue que ce qui était attendu.

L'objectif et les raisons du choix du thème :

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la résilience chez les personnes dépendantes à la prégabaline en cure de désintoxication, en identifiant les facteurs de risque et de protection qui influencent cette résilience.

Nous avons constaté que l'usage de la prégabaline dans notre pays suscite de plus en plus d'inquiétudes, et il est crucial de porter une attention particulière à cette problématique, car elle affecte divers groupes d'âge et peut entraîner des conséquences graves pour la santé.

En ce qui concerne les raisons du choix du ce thème, nous souhaitons comprendre comment les personnes dépendantes à la prégabaline parviennent à surmonter cette addiction et à se reconstruire face aux défis qu'elle engendre.

PARTIE THÉORIQUE

**CHAPITRE I : L'ADDICTION
À LA PRÉGABALINE**

Préambule :

Aujourd’hui, le terme « addiction » englobe toutes les formes de dépendance, il est devenu une thématique très diffusée dans les médias, les addictions rassemblent des comportements avec des caractéristiques communes. Pourtant, la réalité de terrain des intervenants demeure souvent méconnue, malgré la diversité des formes que prend désormais cette problématique. En effet, aux substances licites et illicites s’ajoutent des addictions sans produit telles que le sport, le travail, les achats compulsifs ou encore le gambling, autrement nommé « jeu d’argent ». D’autres addictions, comme les jeux vidéo, demeurent en débat et l’on y associerait volontiers le chocolat ou le café.

Ce chapitre vise à introduire le concept de l’addiction, qui est un phénomène caractérisé par des comportements répétés incontrôlables et poursuite au comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives. On abordera aussi l’utilisation de la prégabalin qui peut entraîner une personne vers l’addiction.

1.1. Histoire de l’addiction :

Les addictions sont des comportements de consommation de substances psychoactives assortis de conséquences négatives et face auxquels le sujet perd une partie de sa liberté.

Le terme « addiction » trouve ses origines dans le droit romain ancien et demeure utilisé dans ce même contexte juridique jusqu’au moyen âge en Europe occidentale. L’addiction correspondait à un arrêt du juge, donnant « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d’un débiteur défaillant » : il s’agissait donc d’une véritable contrainte par corps (Reynaud, 2005). Par la suite, le terme addiction apparaît initialement en psychiatrie, désignant les toxicomanies dans les pays anglo-saxons. (**Reynaud, M., 2005, p. 4).**

En France, le terme « addiction » a été introduit par la psychanalyste J. Mc Dougall en 1978, qui l’a utilisé pour évoquer la notion de « sexualité addictive ». Ce concept a ensuite été repris et développé par J. Bergeret. Mc Dougall évoque ce qu’elle appelle l’« économie psychique de l’addiction », où, chez ces individus « esclaves de la quantité », la résolution

des conflits ne s'effectue pas de manière symbolique ou psychique, mais plutôt à travers l'économie pulsionnelle et/ou l'excitation corporelle. (**Pirlot, G., 2009, p. 6**).

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

Dans ce contexte, l'addiction se caractérise par un besoin irrépressible de consommer une substance ou d'avoir recours à certaines activités, et ce, en dépit de conséquences négatives sur la santé physique et psychique, ainsi que sur la vie sociale de l'individu. Le but recherché est généralement l'obtention de sensations particulières (plaisir, émotions fortes, hallucinations, sédatrice...). Ce comportement se traduit par une perte de contrôle, marquée notamment par le craving, défini comme un désir compulsif et irrépressible de consommer un produit ou de répéter une activité addictive. (**Besson, J., 2009, p. 16**).

Il convient toutefois de distinguer l'addiction de la dépendance, cette dernière étant un mécanisme neurobiologique. La consommation régulière entraîne un déséquilibre du fonctionnement cérébral, générant un malaise physique et psychique. Le sujet poursuit alors sa consommation, non plus pour rechercher du plaisir, mais pour éviter le syndrome de sevrage et les sensations désagréables liées au manque. (**Besson, J., 2009**).

1.2. Définitions de l'addiction :

Les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères.

L'étymologie du mot « addiction » provient du latin ad-dicere, signifiant « dire à » ou « attribuer à », dans le sens d'assigner une personne à une autre. Ce terme renvoyait, dans le droit romain ancien, puis au moyen âge en Europe occidentale, à un arrêt du juge : si un individu n'était plus en mesure d'assumer les responsabilités contractées envers autrui, il pouvait être condamné à « payer » de sa personne, par son corps et son comportement, l'incapacité de ses systèmes de pensée à faire face à la réalité. (**Bergeret, J., 1991**).

Selon le dictionnaire de la psychologie, « le terme anglais addiction se répond comme synonyme de toxicomanie, assuétude ou accoutumance. Il désigne, avec une connotation plus active que ses équivalents français, toute conduite de consommation d'une drogue

provoquant la dépendance physique et/ ou psychologique ». (**Daron, R. & Parot, F., 2013, p. 13.**)

Selon le dictionnaire de Larousse, l'addiction est une : « Dépendance à une substance ou à une activité, entraînant une perte de contrôle et des effets négatifs sur la santé physique, mentale ou sociale». (**Larousse, 2021**).

De plus, Goodman (1990) a donné une définition opératoire de l'addiction qu'il décrit comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de se procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». (**Goodman, A., 1990, cité par, Varescon, I., 2005, p. 13**).

L'addiction est l'interaction de plusieurs dimensions : la substance (quantité absorbée, durée et fréquence d'utilisation, disponibilité du produit, teneur de l'agent actif, interaction entre les molécules), la personnalité (héritage, génétique, plasticité neuronale, facteurs de personnalité, antécédents des troubles mentaux, conflits intrapsychiques, capacités d'adaptation), et le contexte (culture, ethnie, lois pénales, milieu familiale, éducation). (**Acier, D., 2016, p. 17**).

L'addiction peut être définie comme une quête incessante de satisfaction qui conduit l'individu à concentrer de plus en plus son attention sur une substance psychoactive. Il s'agit d'une pathologie marquée par une consommation compulsive de ces substances. Ainsi, l'addiction devient un réel danger pour la santé publique, car la consommation de ces substances, initialement utilisées pour soulager un mal-être, devient progressivement incontrôlable et est poursuivie malgré les effets négatifs qu'elle entraîne sur la personne.

1.3. Définition des concepts liés à l'addiction :

1.3.1. L'usage récréatif : consommation d'une substance psychoactive, licite ou illicite (alcool, drogue, etc.), à des fins euphorisantes et désinhibantes. (On parle aussi de consommation récréative). Ce terme est employé notamment dans le cadre de la réflexion sur la légalisation du cannabis, où l'on distingue l'usage récréatif de l'usage thérapeutique. (**Richard, D. & Senon, J.L., 1999**).

1.3.2. La perte de liberté : la perte de liberté à s'abstenir de consommer une SPA est sans doute l'indicateur le plus significatif de l'installation d'une addiction. Lorsqu'une

personne constate une perte d'autonomie par rapport à sa relation avec une SPA, par exemple une difficulté à s'empêcher de boire pendant quelques jours, une étape s'est amorcée. Cette perte de liberté peut se traduire de nombreuses manières, comme un « désir persistant ou à des efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter l'utilisation de SPA ». (Acier, D., 2016, p. 20).

1.3.3. La tolérance : c'est un « besoin de quantités notamment plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; effet notamment diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ». (karila, L. & Levy, R., 2013, p. 144).

1.3.4. Le sevrage : le sevrage est une Option thérapeutique proposée aux sujets physiquement dépendant aux substances psychoactives. IL doit être organisé afin de limiter le malaise physique et psychique lié au syndrome de manque. Il constitue un outil parmi d'autres de traitement de la dépendance. (Algalarondo, J.P., 2014).

1.3.5. Le craving : le craving fait référence à une envie impérieuse et irrésistible de consommer un produit, dans une grande intensité et impulsivité. (Acier, D., 2016, p. 23).

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

1.3.7. La dépendance : c'est l'état psychique 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. (Laidli, A., 2008).

1.3.8. Psychotrope : c'est une « substance dont l'effet principal est de modifier le psychisme ». (Varescon, I., 2005, p. 21).

1.4. Les types de l'addiction :

La notion d'addiction implique à la fois l'usage de substances psychoactives et certains comportements répétitifs. Elle englobe les troubles addictifs liés à la consommation de substances, tels que l'abus ou le mésusage de drogues, notamment l'alcool, les opiacés ou la

cocaïne. Elle inclut également les comportements addictifs sans substance, relevant des troubles du contrôle des impulsions, comme la pyromanie, la kleptomanie ou encore le jeu pathologique.

1.4.1. L'addiction avec substance :

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la définition de la toxicomanie correspond à :

- Une envie irrépressible de consommer le produit ;
- Une tendance à augmenter les doses ;
- Une dépendance psychologique et parfois physique ;
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (physiques, émotives, sociales, économiques).

Le chemin menant à une certaine dépendance peut se graduer de cette manière :

-L'usage simple : il s'agit d'une consommation ponctuelle adéquate d'une substance, sans conséquence délétère pour le sujet. Il est considéré comme non pathologique et seules des conséquences pénales sont à craindre.

-L'usage à risque : la consommation est susceptible d'entraîner des dommages, on se situe alors dans un usage à risque, sans toutefois être dans un usage pathologique. Par exemple, la grossesse ou une activité professionnelle, nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice, est une situation à risque, même pour une consommation faible.

-L'usage nocif (CIM-10) ou abus (DSM-IV) : il s'agit d'une consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain. Il introduit alors la notion de risque.

-La dépendance : ou la perte de contrôle par le sujet de sa consommation d'une substance, l'OMS la définit de la manière suivante : « 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 ». (Bredel, S., 2012).

1.4.1.1. Critères de l'addiction à une substance du DSM IV-TR :

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

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

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'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

A/Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.

B/La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

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

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

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

6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sait qu'elle un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaissse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool). (**Bredel, S., 2012**).

1.4.2. L'addiction sans substance : « l'addiction comportementale » :

Le phénomène d'addiction serait basé sur la répétition d'un comportement et l'incapacité à y renoncer. Griffiths, distingue la dépendance comportementale passive (par exemple regarder la télé) et la dépendance comportementale active (par exemple jouer aux jeux vidéo). Dans son article présenté en 1997, il rapporte six critères pour définir un comportement associé à la dépendance de façon générale.

1.4.2.1. Les critères de dépendance comportementale selon Griffiths :

1. Prépondérance : L'activité particulière devient l'activité la plus importante dans la vie de la personne. Elle domine ses pensées (préoccupations et distorsions cognitives), ses sentiments (ex : sentiment de manque) et ses comportements (détérioration des comportements socialisés).

2. Modification de l'humeur : Est une conséquence de l'adoption de l'activité et peut être une stratégie de coping (excitation, surexcitation, sentiment d'évasion).

3. Tolérance : La durée de l'activité doit augmenter pour obtenir une satisfaction.

4. Symptômes de sevrage : État de sensations déplaisantes (ex. : humeur dépressive, irritabilité) et/ou des effets physiques déplaisants (ex. : tremblements).

5. Conflits : Conflits interpersonnels (entre le dépendant et l'entourage de celui-ci) ou conflits intrapsychiques (entre la volonté de ne pas céder aux tensions causées par la dépendance à l'activité et le besoin psychologique de s'adonner à l'activité).

6. Rechute : La tendance à retourner aux habitudes liées à l'activité après une période d'abstinence ou de contrôle de la dépendance comportementale. (**Bredel, S., 2012**).

1.5. Les critères de diagnostic de l'addiction :**1.5.1. Les critères de diagnostic du trouble de l'usage d'une substance selon le DSM 5 :**

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.

2. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.
3. Une grande partie du temps consacrée à des activités nécessaires pour obtenir la substance, consommer cette substance, ou récupérer de ses effets.
4. « Craving », ou un désir / besoin de consommer.
5. La consommation de la substance de façon récurrente amène des manquements à des obligations au travail, à l'école, ou à la maison.
6. La consommation de la substance continue, malgré la persistance ou la récurrence de troubles sociaux ou interpersonnels.
7. Une réduction ou abandon d'activités importantes, d'activités sociales à cause de la consommation de substances.
8. La consommation de substances dans des situations où il est physiquement dangereux.
9. L'utilisation de substances est poursuivie malgré la réalisation d'avoir un problème physique ou psychologique susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par ces substances.
10. La tolérance telle que définie par l'une des conditions suivantes :
 - A. Un besoin d'une plus grande quantité de substances pour obtenir le niveau d'intoxication désiré.
 - B. Un effet diminué lors de l'utilisation de la même quantité de substances.
11. Retrait qui se manifeste par l'une des conditions suivantes :
 - A. Le syndrome de sevrage caractéristique de la substance consommée.
 - B. La substance (ou un analogue) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. (**DSM-V, 2015**).

1.5.2. Critères de dépendance selon la CIM 10 :

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

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
5. Abandon progressif des autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ces effets.
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. (**CIM-10, 2012**).

1.7. L'épidémiologie de l'usage des substances psychoactives :

1.7.1. Dans le monde :

Selon le World Drug Report 2023 publié par l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), environ 296 millions de personnes dans le monde ont consommé une substance psychoactive en 2021, soit une augmentation de 23 % en dix ans. Le cannabis demeure la drogue la plus utilisée, avec 219 millions de consommateurs, suivi des opioïdes, responsables de 70 % des décès liés aux troubles de consommation de drogues. La consommation de méthamphétamine et de cocaïne est également en hausse, notamment en Afrique et en Asie. En parallèle, l'augmentation des nouvelles substances psychoactives (NSP) pose un défi majeur aux systèmes de santé publique. L'ONUDC souligne la nécessité d'une approche globale combinant prévention, traitement et politiques de réduction des risques afin d'atténuer l'impact sanitaire et social de ces substances. (**ONUDC, 2023**).

Dans la même date, le rapport européen sur les drogues (2023) publié par European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies) (EMCDDA) met en lumière une situation préoccupante au sein de l'union européenne. Environ 83,4 millions d'adultes (15-64 ans) y ont consommé une drogue illicite au moins une fois dans leur vie. Le cannabis reste la substance la plus consommée, avec 22,8 millions d'usagers en 2022, suivi de la cocaïne (3,7 millions), de la MDMA (ecstasy) (2,6

millions) et des amphétamines (2 millions). L'usage de drogues demeure plus répandu chez les hommes que chez les femmes. En outre, on observe une augmentation de la disponibilité des drogues de synthèse et des nouveaux opioïdes de synthèse, contribuant à un nombre croissant d'intoxications et de décès. En 2021, on estimait à 5 800 le nombre de décès par surdose dans l'UE, principalement liés aux opioïdes. Le rapport souligne également la montée des nouvelles substances psychoactives (NSP) et l'importance des mesures de réduction des risques pour répondre à ces défis. (**EMCDDA, 2023**).

1.7.2. En Algérie :

En Algérie, selon les dernières données publiées par l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (ONLDT) dans son rapport annuel 2023, l'usage des substances psychoactives continue de représenter un défi majeur de santé publique. En 2022, environ 2,2 millions d'Algériens auraient consommé au moins une fois une substance psychoactive, avec une prévalence plus élevée chez les jeunes de 15 à 35 ans. Le cannabis reste la drogue la plus consommée, représentant 60 % des saisies effectuées par les forces de sécurité. La consommation des psychotropes, en particulier les benzodiazépines détournées de leur usage médical, est en forte augmentation, représentant 35 % des cas de toxicomanie recensés. Par ailleurs, l'usage de la cocaïne et de l'héroïne, bien que moins répandu, connaît une progression inquiétante, notamment dans les grandes villes. En 2022, les autorités ont signalé plus de 120 000 affaires liées aux drogues, avec une hausse des interpellations et des saisies de substances illicites. L'ONLDT insiste sur la nécessité de renforcer les programmes de prévention et de prise en charge des personnes dépendantes. (**ONLDT, 2023**).

Année	Résine de cannabis(tonnes)	Cocaïne (kg)	Héroïne (kg)	Psychotropes (unités)
2020	36.6	167	2.7	4481197
2021	58.8	211	3.2	5200000
2022	61.2	304	4.5	6500000
2023	52.4	280	3.9	6900000

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

Source : Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie (ONLCDT).

1.8. Les facteurs de risque et de vulnérabilité :

L'addiction à une substance psychoactive ou à un comportement est définie comme un trouble caractérisé par un processus récurrent, comprenant une intoxication répétée, puis l'installation progressive d'une dépendance physiologique s'accompagnant de signes de tolérance et de sevrage, d'un craving, d'une perte de contrôle, d'un déni et de la recherche de produit(s)/comportement(s) malgré les risques médicaux, psychologiques et sociaux encourus et connus. Le caractère chronique ainsi que l'évolution par rechutes sont caractéristiques de ce trouble.

1.8.1. Modalités d'usage à risque :

Certaines modalités de consommation sont fortement corrélées à un risque d'installation de dépendance ou de trouble lié à l'usage d'une substance et à l'apparition de dommages somatiques, psychiatriques et sociaux. (**Reynaud, M. & al., 2016, p. 100**).

1.8.1.1. Précocité des consommations :

Plus une consommation de substance psychoactive (drogues, alcool) débute tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'un trouble additif augmente.

Plus le nombre de consommations, quel que soit le produit psychoactif, est important, plus le temps d'exposition aux effets du produit est grand au cours de la vie, plus le risque de survenue de complications augmente. (**Reynaud, M. & al., 2016, p. 100**).

1.8.1.2. Cumul des consommations :

Les polyconsommations sont un facteur d'aggravation du risque d'intoxication pour toutes les substances. Par exemple, les consommations fréquentes de cannabis sont en général associées et ont été précédées par la consommation de tabac et d'alcool. Les consommations de cocaïne sous forme de poudre ou de cailloux sont fréquemment associées aux consommations d'alcool. Le risque du cumul des consommations est à la fois pharmacologique et psychosocial. (**Reynaud, M. & al., 2016, p.100**).

1.8.1.3. Répétition de l'usage :

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

habituelles de consommation d'un produit est l'expression d'un risque important, la répétition des consommations traduisant l'installation d'une conduite additive. (**Morel & Reynaud, 2002, Cité par, Reynaud, M. & al., 2016, p. 100**).

1.8.1.4. Usage autothérapeutique :

Il est important de connaître les moments, les temps, les durées de consommation d'une substance psychoactive, de savoir si l'usage a lieu seul ou en groupe et de rechercher des éléments psychopathologiques sous-jacents.

Différents types de consommation peuvent être individualisés comme étant à visée anxiolytique, hypnotique, antidépressive ; comme étant à heure fixe (début matinal par exemple) traduisant un comportement addictif ; comme étant régulières, continues et massives (recherche de «défoncé») pour lutter contre l'ennui ou d'autres émotions négatives, à l'origine de troubles du comportement.

L'usage solitaire d'une drogue ou de l'alcool indique le plus souvent une augmentation de la consommation. Enfin, l'usage autothérapeutique est révélateur de troubles psychopathologiques sous-jacents chez un certain nombre de sujets. Cette dernière modalité de consommation doit attirer l'attention des professionnels de santé. (**Reynaud, M. & al., 2016, p. 100**).

1.8.2. Facteurs de risque :

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

1.8.2.1. Facteurs génétiques :

D'autres facteurs de vulnérabilité comme les facteurs génétiques auraient une influence sur le métabolisme, et les effets des drogues contribuent au développement de l'addiction. (Hiroi & Agatsuma, 2005, p.10, cité par, Raynaud, M., 2016). Aussi, les interactions gènes/environnement participent de manière indissociable à l'expression de la vulnérabilité aux drogues. Les facteurs génétiques expliquent moins de 50 % du problème addictologique, mais ils doivent être pris en compte dans l'équation clinique. (Reynaud, M &

al., 2016, p. 101). En ce sens, le trouble addictif est dit génétique quand sa survenue est provoquée uniquement par la mutation d'un ou plusieurs gènes.

1.8.2.2. Facteurs psychologiques et comportementaux :

Les différents traits de personnalité pouvant être des facteurs de risque individuels d'installation d'une conduite addictive sont la faible estime de soi, la timidité, l'autodépréciation, les réactions émotionnelles excessives (ou l'inverse), les difficultés à réagir ou non face à certains événements, les difficultés à avoir des relations stables et à résoudre les problèmes interpersonnels.

De plus, les troubles du comportement précoces sont fortement corrélés à un abus, voire à l'installation d'une dépendance à des SPAs chez l'adolescent et l'adulte jeune. (Reynaud, 2002, cité par, Reynaud, M., 2016, p. 101).

1.8.3. Facteurs environnementaux :

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

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

1.8.3.1. Facteurs familiaux :

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

1.8.3.1.1. Habitudes de consommation familiale :

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

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

1.8.3.1.2. Habitudes de fonctionnement familial :

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

1. Une ambiance familiale délétère avec des éléments de discorde et de tension relationnelle importante.
2. Des relations parents -enfants insatisfaisantes et conflictuelles en lien avec un faible niveau d'encadrement et d'autorité.
3. Des attitudes parentales coercitives injustes ou incohérentes, avec un manque d'implication et de supervision parentale.
4. Des violences intrafamiliales qui ont un rôle plus indirect, par le biais de la survenue de troubles psychopathologiques chez l'enfant (troubles affectifs, du comportement et de la personnalité).
5. Des troubles mentaux chez les parents (conduites d'alcoolisation et usage de drogues, troubles de la personnalité antisociale, troubles dépressifs et anxieux).
6. Des antécédents de deuils familiaux non résolus. (**Reynaud, M., 2005, p. 40**).

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

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

1.8.3.2. Facteurs liés aux pairs :

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

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

1.8.3.3. Facteurs liés aux événements de vie :

Ces facteurs, jouent un rôle important, eux aussi, dans la vulnérabilité individuelle à consommer des produits de manière addictive. Il peut s'agir d'un deuil, de rupture, de séparation, de maltraitance, d'abus sexuels (viol,inceste...). Ou de situations sociales précaires ou défavorisées et de pathologies somatiques graves. (**Laqueille, X. & Chassagnaux, E., 2017**).

1.8.3.3.1. Evénements de vies familiales :

Plus que ces différents facteurs pris individuellement, c'est l'enchevêtrement des liens à l'intérieur de la famille ou la dimension transgressive du fonctionnement familial,

s'articulant avec la dimension psychique individuelle, qui contribue le plus souvent à l'abus de SPAs.

Dans ce contexte familial, certaines constatations sont fréquentes, comme :

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

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

1.8.3.3.2. Événements de vie individuels :

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

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

1.9. Les approches psychopathologiques des addictions :

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

1.9.1. L'approche neurobiologique :

Rappelons que la revue science, la plus prestigieuse des revues scientifiques, titrait déjà en 1997 : Addiction is a brain disease. L'addiction est une maladie du cerveau : position un peu extrême, voire provocatrice pour qui connaît la complexité des interactions entre le produit, le sujet et l'environnement (Reynaud, 2005, p.17). Par conséquent, cette notion désigne l'énorme avantage d'objectiver le fait que le cerveau ne fonctionne pas selon la norme, lorsqu'on est addict (cette notion a été reprise dans de nombreux éditoriaux de revues médicales). Puis cette altération des mécanismes cérébraux explique le comportement des

sujets en général, et la difficulté qu'ils ont à contrôler leurs comportements de consommation en particulier. Pour cela, et selon cette approche les sujets addicts nécessitent d'être traités : leurs mécanismes de régulations intimes, neurobiologiques sont clairement réorganisés de façon pathologique (Reynaud, 2005). Donc, pour les neurobiologistes, ce qu'il faut retenir c'est que l'addiction est une maladie du cerveau.

1.9.1.1. Les altérations neurobiologiques des addictions :

1.9.1.1.1. Emprunt du circuit du plaisir et de gestion des émotions :

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

1.9.1.2. Le système de récompense :

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

Ce système (ou circuit) connecte les entrées sensorielles avec des structures profondes du cerveau impliquées dans les émotions et dans la mémoire (l'Aire Tegmentale Ventrale, le Noyau Accumbens, l'Amygdale), ainsi qu'avec le cortex préfrontal, lieu d'associations neuronales particulièrement riches chez l'homme où se fabrique la pensée. Ces particularités permettent de comprendre pourquoi le système de récompense joue un rôle central dans les dimensions affectives du plaisir et du déplaisir, dans la mémorisation de l'expérience, l'apprentissage et la motivation à réitérer les comportements qui apportent de la satisfaction. (**Morel, A., 2019**).

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

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

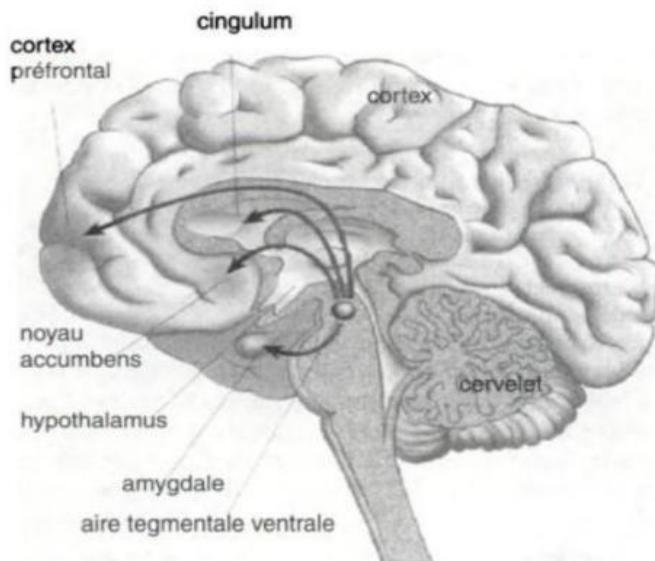


Figure N°1 : circuit récompense / punition (Reynaud, M., 2005).

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

1.9.1.2.1. La dopamine : neurotransmetteur

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

1. Il augmente dans l'anticipation, l'attente de la récompense, du plaisir ;
2. Il augmente encore lors de la récompense ;

3. Le taux de la dopamine ne retourne à son état basal qu'à l'obtention de celle-ci ;
4. Absence malgré le signal annoncé fait que l'activité dopaminergique sera en dessous de ce seuil, ce qui entraînera sur le plan clinique une sensation de mal-être, d'anxiété, d'irritabilité. (**Reynaud, M., 2005, p. 19-20**).

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

1.9.1.2.2. Activation anormale et répétée du système dopaminergique :

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

1.9.2. L'approche systémique :

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

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

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

La théorie des systèmes familiaux s'impose ; elle avance que chaque membre de la famille affecte et est affecté par les autres. Ainsi l'addiction est interprétée comme un symptôme d'un dysfonctionnement familial. La mère est décrite comme surprotectrice et trop

permissive, le père quant à lui, est passif, indifférent, voire totalement absent de la dynamique familiale. C'est d'une manière globale une famille défaillante, désunie...L'addiction vient souvent masquer les autres problèmes. Toutes les difficultés sont projetées sur la substance psychoactive. On se trouve assez souvent devant des systèmes complètement déstabilisés : les addicts étant les garants de l'équilibre du système. (**Angel, P. & al., 2000, p. 145**).

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

1.9.3. L'approche comportementale et cognitive :

Dans ce type d'approche, la formule de C. Olievenstein conserve tout son sens. Si l'on se place sous l'angle de l'individu, on retient l'influence de sa personnalité, de ses capacités d'affirmation, de son sentiment d'efficacité personnelle. Si l'on se place sous l'angle du produit, ses effets psychotropes, son potentiel addictogène, les fonctions que lui attribue le sujet seront à prendre en compte. Si l'on se place, enfin, sous l'angle de l'environnement et de ses composantes familiales, sociales, sociétales et culturelles, les circonstances associées à la consommation, l'image du produit véhiculée par l'imaginaire collectif, interviennent. (**Lejoyeux, M., 2009, p. 60**).

À partir de ce triple perspectif, on peut mieux comprendre le processus d'initiation à la conduite de dépendance, souvent ancré dans un apprentissage social.

Ce dernier, appelé aussi apprentissage vicariant, ou par observation se veut la synthèse des théories de l'apprentissage développées au cours de la première moitié du XXe siècle (jusqu'aux travaux de Skinner au début des années 1950), et de la psychologie cognitive. Il s'agit d'un apprentissage par les conséquences (observées ou attendues) et par modelage (imitation d'un modèle), mettant en jeu :

- l'attention ;
- la rétention mnésique ;
- la reproduction motrice ;

-la motivation interne et externe.

La première rencontre entre l'individu et le produit est souvent déterminée par l'influence de modèles, qu'il s'agisse des parents durant l'enfance, ou plus tard des pairs.

L'apprentissage du comportement sera renforcé par l'anticipation de ses conséquences, plus ou moins différées, conséquences que le sujet aura pu observer chez son modèle. Le caractère différé des conséquences attendues explique que le comportement se répète, alors même que les conséquences immédiates sont parfois désagréables et devraient être aversives. (Lejoyeux, M., 2009, p. 39).

1.9.4. L'approche psychodynamique :

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

Selon, Freud, et Ferenczi, et al, l'approche psychodynamique des addictions est passée du versant objectal distinguant les différentes figures sur les plans cliniques et psychopathologiques à leur versant narcissique commun déterminé par un trouble des processus de séparation-individuation lié à une faillite traumatique de l'environnement précoce compromettant les processus transitionnels et d'introjection jusqu'à fragiliser les assises narcissiques, l'estime de soi et le sentiment de sécurité intérieure. Dans cette configuration, le recours à l'objet addictif supporte une fonction de protection contre la menace d'effondrement psychique ou d'annihilation lié à l'insuffisante différenciation de l'objet maternel : « il permet au moi de l'addict d'obtenir un changement d'état immédiat, de retrouver un autre état, subjectif, (...), celui-là même des origines de l'appareil psychique » (Ocampo, 2007), cet état psychique de toute puissance créatrice et d'indépendance que Rado qualifiait de « dimension narcissique originelle » du Moi. Cet état prend aussi bien la forme de cette élation que procure « l'orgasme pharmacogénique » ivresse, transport, ravisement, extase, ... que celui apparemment plus ordinaire qui lui restaure suffisamment de sécurité intérieure et d'estime de soi pour permettre au sujet de « se sentir normal », « comme tout le monde » et de parvenir à vivre. (Benyamina, A., 2016).

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

la genèse du trouble addictif, notamment, l'attachement de type insécuré. (**Franjoux, W., 2011**).

Dans le même ordre d'idées, on peut parler d'attachement insécuré ambivalent ou résistant, lorsque l'enfant manifeste de la détresse à la séparation et qu'il cherche le contact de manière ambivalente, le souhaitant et le repoussant par une réaction colérique : il n'accepte pas vraiment d'être réconforté, il exprime de cette manière sa préoccupation vis-à-vis de son monde interne. Sa capacité de régulation émotionnelle est faible. Il est en quelque sorte débordé par ses émotions et ne sait pas de quelle manière y faire face, son ou ses parents ne sachant pas non plus comment réagir à son égard. (**Franjoux, W., 2011**).

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

1.9.5. Approche multidimensionnelle :

L'approche multidimensionnelle découle d'une conception plurifactorielle des troubles. Il s'agit notamment de prendre en compte le mode particulier d'expression de la souffrance des patients addictifs, au niveau du corps et du comportement, à travers des approches spécifiques, corporelles et comportementales, tout en ayant comme perspective de leur permettre à terme d'en trouver d'autres grâce au travail cognitif et psychanalytique.

Parallèlement, les enjeux développementaux de séparation-individuation justifient qu'un travail thérapeutique spécifique soit mené avec la famille qui pourra prendre différentes formes avec des objectifs plus ou moins ambitieux suivant les possibilités et le contexte.

Dès lors que diverses modalités thérapeutiques et plusieurs intervenants sont inscrits dans le projet de soins, leur articulation est essentielle pour renforcer chez les patients un sentiment de sécurité personnelle particulièrement fragile.

Cette articulation, en particulier entre les différentes approches – individuelles, groupales et familiales –, vise aussi à éviter que pluralité ne rime avec cacophonie dans une indifférenciation des places et des fonctions qui renvoie en règle à celle qui règne dans la famille du patient lui-même. (**Lejoyeux, M., 2009, p. 41-43**).

1.10. Grands principes de traitement des addictions :

La prise en charge des addictions nécessite une approche globale et pluridisciplinaire. Elle combine généralement un traitement médicamenteux, un accompagnement psychologique — individuel ou en groupe — ainsi qu'un soutien social adapté. Il n'existe pas de solution unique : chaque parcours est souvent long, jalonné d'obstacles et marqué par d'éventuelles rechutes. La réussite du processus repose en grande partie sur l'engagement et la motivation personnelle du patient à s'inscrire dans une dynamique de changement.

1.10.1. Hospitalisation :

Lors d'une hospitalisation de sevrage, la motivation du patient a été mise en avant comme un facteur déterminant de la réussite de la cure. Dès l'admission, le patient a été informé de l'importance de s'engager dans une démarche volontaire et de respecter le règlement intérieur du service. Ce règlement, considéré comme un véritable contrat moral entre le patient et l'équipe médicale, précisait les modalités d'entrée et de sortie, les horaires des activités thérapeutiques (ateliers, consultations médicales, séances de groupe), les jours autorisés pour les visites familiales, ainsi que l'interdiction stricte d'introduire toute substance psychoactive, des armes ou tout objet dangereux à l'intérieur du service. L'objectif principal était de garantir un environnement sécurisé, propice à la désintoxication et au travail psychothérapeutique. Ce cadre, a permis d'instaurer une relation de confiance et d'encourager le patient à devenir acteur de son propre processus de soins. (**ONLCDT, 2018**).

1.10.1.1. L'hospitalisation psychiatrique en Algérie :

Parmi les structures spécialisées dans la prise en charge des addictions en Algérie, le Centre Intermédiaire de Soins en Addictologie (CISA) de Chéraga, situé à Alger, se distingue par son approche multidisciplinaire et ses résultats probants. Ce centre accueille des patients souffrant de diverses formes de dépendance, notamment aux opiacés, au cannabis, à l'alcool et à d'autres substances psychoactives. En 2023, le CISA de Chéraga a pris en charge 783 patients, dont une majorité présentait des comorbidités psychiatriques telles que des troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.

L'hospitalisation au sein du centre repose sur un engagement volontaire du patient, lequel accepte d'adhérer à un protocole thérapeutique structuré. Ce protocole prévoit des séances de psychothérapie individuelle et de groupe, l'administration de traitements médicamenteux adaptés, ainsi que la participation à des activités de réhabilitation

psychosociale. Le respect du règlement intérieur, assimilé à un contrat moral entre le patient et l'équipe soignante, constitue une condition essentielle pour assurer l'efficacité de la prise en charge. Ce règlement précise notamment les modalités d'admission et de sortie, les horaires des activités thérapeutiques, les jours réservés aux visites familiales, ainsi que l'interdiction formelle d'introduire des substances illicites ou des objets dangereux dans l'enceinte du centre.

L'approche développée par le Centre Intermédiaire de Soins en Addictologie (CISA) de Chéraga s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les addictions en Algérie. Elle met particulièrement l'accent sur la réinsertion sociale des patients et la prévention des rechutes, conformément aux orientations actuelles en matière de santé publique. (**Bourayou, F. & Aizel, F., 2024**).

1.10.1.2. Les centres de prise en charge des sujets addicts en Algérie :

En Algérie, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) assurent la prise en charge médico-sociale des addictions grâce à une approche pluridisciplinaire. Depuis 2022, le pays a renforcé son réseau avec plus de 20 centres spécialisés implantés dans les principaux CHU. Le Centre de Désintoxication de Blida, créé en 1996, reste une référence nationale. Parallèlement, des cliniques privées se développent à Alger et Oran, et des projets d'unités mobiles visent à améliorer l'accès aux soins pour les zones éloignées.

Par ailleurs, des projets pilotes sont en cours pour développer des unités mobiles de désintoxication et des centres de jour, facilitant l'accès aux soins pour les populations éloignées des grandes villes.

1.10.2. Des soins à médiation corporelle :

La prise en charge des jeunes addicts intègre la psychothérapie corporelle pour reconstruire le "Moi-peau", concept défini par Anzieu (1985) comme une enveloppe psychique essentielle au sentiment d'exister. Chez ces patients, le "Moi-peau" est souvent défaillant, remplacé par des manifestations corporelles rigides ou violentes.

Les thérapies à médiation corporelle, notamment la psychomotricité, la relaxation et le toucher thérapeutique, visent à restaurer la conscience du corps, à redécouvrir le plaisir du mouvement et à favoriser le passage d'une perception du corps comme simple image ("corps-objet") vers une expérience intérieure et vécue ("corps-sujet"). Ces approches permettent aux

jeunes de se réapproprier leur corps de manière plus saine et intégrée. (**Anzieu, D. & Dodin, V., 2017, p. 133-134.**)

1.10.3. Le sevrage :

Le sevrage consiste à accompagner médicalement l'arrêt ou la diminution d'une substance psychoactive (SPA), pour prévenir l'apparition de symptômes physiques et psychologiques désagréables.

Le processus comporte deux phases principales : Phase physique (5 à 10 jours) : Élimination de la substance de l'organisme, avec gestion des symptômes aigus (troubles du sommeil, anxiété, irritabilité), particulièrement surveillée pour les produits à sevrage dangereux (alcool, opiacés, benzodiazépines).

Phase psychologique (mois ou années) : Travail sur la dépendance psychologique persistante et prévention des rechutes.

Un encadrement médical et une évaluation spécialisée sont nécessaires pour adapter le protocole aux risques liés à l'état de santé, au type de substance, et au mode de consommation.

L'hospitalisation est recommandée pour les sevrages présentant un danger vital. (**Acier, D., 2016, p. 22-23.**)

1.10.4. La prise en charge psychologique :

1.10.4.1. L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel (EM) est aujourd'hui un outil incontournable dans la prise en charge des troubles addictifs. Il est considéré comme une approche essentielle pour accompagner les patients vers le changement de leurs conduites problématiques. (**Llançon, C., 2013).**

Selon Miller et Rollnick (2012), l'EM est une méthode directive, centrée sur la personne, visant à renforcer la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Il s'agit d'une approche de communication destinée à favoriser l'émergence du changement naturel, sans imposer de directives extérieures.

L'entretien motivationnel ne se substitue pas à une psychothérapie classique. Tous les patients présentant une conduite addictive ne nécessitent pas forcément un traitement

psychothérapeutique intensif. L'EM propose plutôt un soutien psychologique de base pour aider à initier et à accompagner le changement de comportement.

L'EM représente un style relationnel original, qui remet en question certains aspects traditionnels de la relation thérapeutique, notamment dans le contexte médical. Ses limites exactes restent encore à définir. Toutefois, il est particulièrement adapté aux patients dits « résistants » et son utilisation s'étend à divers professionnels de la santé, du secteur social et du milieu judiciaire, à condition de respecter l'esprit de la méthode et de suivre une formation appropriée. (**Fortini, C. & Daepen, J.B., 2016**).

L'objectif principal de l'EM est d'aider le patient à identifier ses propres motivations au changement et à prendre une décision face à un comportement problématique, en respectant son autonomie et son rythme. (**Miller, W. & Rollnick, S., 2012**).

1.10.4.2. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :

L'approche cognitivo-comportementale en addiction, repose avant tout sur une évaluation approfondie de la situation de la personne consommatrice. Cette évaluation permet d'établir un profil détaillé de ses habitudes de consommation et de ses caractéristiques individuelles. Sur cette base, un plan de traitement personnalisé est élaboré, incluant la définition d'objectifs thérapeutiques précis et concrets. L'intervention vise notamment l'apprentissage d'habiletés d'autocontrôle, ainsi que le développement de stratégies efficaces de gestion des problèmes pour aider la personne à faire face aux stressés du quotidien et aux événements difficiles. (**Martin, B. & al., 2016, p. 297-320**).

Au cours de cette évaluation, le patient est invité à réfléchir sur sa propre situation, à identifier les facteurs déclencheurs de sa consommation et à observer ses pensées ainsi que ses comportements inadéquats. Cette auto-observation permet de repérer les situations à risque et d'encourager l'adoption de nouvelles activités de loisir et d'occupation plus saines. (**Martin, B. & al., 2016**).

La motivation au changement constitue un élément clé du traitement de la toxicomanie. L'un des premiers objectifs est d'amener la personne à reconnaître l'existence de son problème et à renforcer son désir de changement, ce qui peut représenter un défi majeur. L'approche thérapeutique cherche ainsi à conscientiser l'individu aux conséquences négatives de sa consommation afin de faire pencher la balance décisionnelle en faveur de l'abstinence et de la réhabilitation. (**Miller, W. & Rollnick, S., 2002**).

1.10.4.3 La thérapie psychodynamique :

Selon Joyce McDougall (2007), dans le cadre analytique, les patients qui évoquent leurs addictions expriment souvent l'espoir de rendre supportables les souffrances psychiques qu'ils tentent aujourd'hui de réprimer, mais qui leur ont autrefois permis de survivre psychiquement. Le travail psychothérapeutique consiste ainsi à accueillir ces récits comme des stratégies défensives et à accompagner l'analyse des motivations inconscientes sous-jacentes. Ce processus vise à rendre obsolète la fonction protectrice de l'addiction, permettant ainsi au patient de s'en libérer.

Par ailleurs, Catherine Audibert (2008) souligne que le recours aux sensations fortes, à travers des comportements addictifs à dimension auto-sensuelle, permet d'éviter une rupture de la continuité du sentiment d'exister. Face aux épisodes de déréliction, ces stratégies cherchent à rétablir une sensation de vitalité par l'intensité des expériences vécues. La clinique met également en évidence une difficulté majeure : l'incapacité d'être seul. L'anamnèse révèle fréquemment des patients ayant dû se conformer aux attentes et aux projections de leur entourage, entraînant un vécu d'inexistence personnelle, où l'individu n'est perçu que comme une image ou une représentation. Dans ce contexte, il devient tentant d'adopter une identité d'emprunt, au risque de s'y perdre. Le travail analytique vise alors à restaurer une capacité à être seul en présence de l'autre, dans un espace relationnel libéré des dynamiques de dépendance, de projection et d'aliénation. (**Cité par Contat, T. & Couterond, J.P., 2019**).

1.10.5. Traitement pharmacologique :

Les traitements pharmacologiques des addictions ont été largement étudiés, mais il est essentiel de noter qu'aucun médicament psychotrope n'a d'effet direct sur ces troubles. Aucun traitement n'a montré une efficacité supérieure à celle du placebo pour réduire la consommation problématique de substances. Seuls l'acamprostate et la naltrexone démontrent des preuves suffisantes pour soutenir le maintien de l'abstinence, mais ne doivent pas être considérés comme traitements principaux.

L'acamprostate, peu connu, agit en réduisant l'hyperexcitabilité neuronale liée à une consommation excessive d'alcool. Il modère les effets de renforcement négatif lors du sevrage. Des études indiquent qu'il peut améliorer les taux d'abstinence sur des périodes allant jusqu'à un an. La naltrexone, quant à elle, bloque les récepteurs opioïdes et atténue les

effets positifs associés à la consommation d'alcool, ce qui peut réduire les rechutes. Bien que son efficacité soit significative par rapport à un placebo sur des périodes de traitement allant jusqu'à trois mois, elle n'apporte pas de bénéfice notable au-delà.

Le disulfirame, un médicament aversif, provoque des réactions désagréables en cas de consommation d'alcool, utilisant un conditionnement classique. Toutefois, son efficacité par rapport à un placebo n'est pas clairement établie, et son utilisation nécessite une surveillance médicale rigoureuse en raison des risques physiques associés. En raison d'un rapport bénéfices/risques souvent défavorable, son utilisation est controversée et doit être envisagée avec précaution. (**Acier, D., 2016, p .86-87).**

Dans ce qui va suite, on va s'intéresser et présenter un peu plus sur la substance qui est la prégabaline "Lyrica", en explorant sa définition, son historique, l'épidémiologie, son usage thérapeutique, son mésusage, les critères d'abus, ainsi que les symptômes de sevrage, pour conclure à la fin par une synthèse récapitulative.

2.1. Définition de la prégabaline :

La prégabaline est un nouvel agent médicamenteux ayant des propriétés anticonvulsivants, analgésiques et anxiolytiques. Elle s'est avérée efficace en réduisant la douleur provoquée dans plusieurs modèles animaux de douleur neuropathique : allodynie mécanique (statistique et dynamique) induite par la streptozocine, ou hyperalgésie mécanique et thermique induite par des lésions chirurgicales, inflammatoires ou nerveuses. Les propriétés analgésiques de la prégabaline ont été mises en évidence chez l'homme dans le cadre de douleurs neuropathiques postzostériennes. (**Dworkin, R.H. & al., 2003).**

2.2. Aperçu historique :

Les données de la littérature, l'augmentation de la consommation de la prégabaline en Europe et en France et la notification en Addictovigilance d'un premier cas d'abus de prégabaline en 2011, ont conduit à la mise en place d'une enquête officielle sur le potentiel d'abus de la prégabaline en France en 2012.

En 2013, le bilan du suivi national d'addictovigilance française, suggérait de maintenir la surveillance du potentiel d'abus de la prégabaline, au regard des premières données décrivant les effets euphorisants des gabapentinoïdes, et particulièrement de la prégabaline, de l'augmentation de l'exposition en France et en Europe et des usages hors-AMM (dans un contexte de forte pression pour réduire le recours aux benzodiazépines). En

2014, le bilan du suivi national d'Addictovigilance mettait en évidence un détournement des prescriptions avec falsification d'ordonnance et un nomadisme médical et/ou pharmaceutique, ainsi qu'une augmentation de l'utilisation de la prégabalin au sein de populations à risque (sujets traités par des médicaments de substitution aux opiacés ou présentant des antécédents d'abus) avec une évolution vers un mésusage (obtention illégale, finalité non thérapeutique). Suite à ce bilan, un point d'information sur les risques d'abus, de mésusage et de pharmacodépendance liés à l'utilisation de la prégabalin, en particulier chez les patients ayant des antécédents de toxicomanie, a été publié par l'ANSM le 30 juin 2016. (ANSM, 2020).

L'enquête Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible (OSIAP) 2020, dont les données sont alimentées par le réseau sentinelle des pharmaciens d'officine, a confirmé que la prégabalin était le premier médicament cité cette année-là devant les opioïdes, les benzodiazépines et les hypnotiques. Le rapport d'expertise de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) sorti en 2020 a montré que Grenoble était la troisième ville où les OSIAP enregistrées concernant la prégabalin étaient les plus nombreuses, après Marseille et Nantes. Face à l'émergence de ce potentiel d'abus, la prégabalin a été classée en liste 1 depuis le 24 Mai 2021, limitant ainsi ses modalités de prescriptions. (ANSM, 2020).

Salima Tlemçani, dans son article pur au quotidien El Watan, les psychotropes tendent à occuper la première place des drogues consommées en Algérie. Longtemps détourné de sa vocation de puissant neuroanalgésique et anxiolytique, le «Lyrica» réputé être le plus recherché par les jeunes, pour ses effets euphoriques, commence à être délaissé au profit de la molécule mère, la «prégalbinaline», appelée «la rouge et blanche», en référence aux couleurs de ses gélules, à leur forme mais aussi à leurs effets immédiats sur son consommateur.

En quelques années, elle a inondé le marché et multiplié le nombre de ses adeptes. Le trafic des ordonnances a chuté avec la mise sur le marché de ce médicament destiné au traitement de l'épilepsie et des troubles du fonctionnement du système nerveux et détourné de sa vocation médicale.

Avec des boîtes de 56 comprimés de 300 mg, un prix en pharmacie de 6700 DA et un prix de 600 à 700 DA la gélule, les dealers ont vite trouvé leur bonheur et les consommateurs raffolent de cette «friandise» qui leur donne «des sensations fortes».

Rapidement, la «prégabaline» concurrence toutes les drogues : cannabis, ecstasy, le «Tramadol», et même l'héroïne de mauvaise qualité, plus connue sous le nom de «Tchoutchna», ou encore la cocaïne coupée avec d'autres produits.

Mélangée à d'autres produits chimiques, sa consommation transforme nos jeunes en toxicomanes, toujours à la recherche de cette euphorie qui résulte des dangereux effets de cette drogue sur la santé mentale. La «prégabaline» n'est en réalité qu'un voyage vers une mort à petit feu.

Elle n'est pourtant pas fabriquée en Algérie. Elle provient principalement de la Libye où des laboratoires l'importent de l'Inde, mais aussi du Niger, où elle est fabriquée clandestinement. (**Tlemçani, S., 2023**).

2.3. Épidémiologie :

La présente étude observationnelle rétrospective a été réalisée dans la région d'Ouargla. Une analyse statistique descriptive et une visualisation des données ont été effectuées à l'aide du logiciel R.

Au cours des années (2017-2023), 152 cas de mésusage et d'empoisonnement au PGB ont été enregistrés, représentant 10,8% des cas d'empoisonnement aigu. Une augmentation significative de l'incidence des cas d'empoisonnement au PGB a été observée, allant de 0,8% en 2017, à 15,5% et 21,5% en 2022 et 2023 respectivement. L'âge moyen des patients était de 24 ± 8 ans, et 90,8% étaient des hommes. Les analyses d'urine sont restées positives pour le seul PGB dans 35,5 % des cas, et pour le PGB associé à d'autres substances psychoactives (64,5 %), notamment le cannabis (50,7 %), les benzodiazépines (23. 7%), méthylène dioxytétraméthylamphétamines (15,1%), amphétamines (12,5%), tramadol (4,6%), cocaïne (3,9%), opioïdes (2,6%), antidépresseurs tricycliques (2%), barbituriques (2%), buprénorphine (1,3%), et alcool (1,3%). Les patients enregistrés présentaient divers signes neurologiques dont : troubles de la conscience (46,7%), somnolence (30,9%), agitation psychomotrice (11,2%), coma (3,9%), myosis (3,9%), anxiété (3,9%), convulsions (3,3%), obnubilation (2,6%). L'évolution a été favorable dans 96,7 % des cas. Le taux de létalité a été calculé à 3,3 %. (**Zergui, A. & al., 2024, p. 361-368**).

2.4. Indications thérapeutiques :**2.4.1. Douleurs neuropathiques :**

Lyrica est indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques et centrales chez l'adulte. La posologie varie de 150 à 600 mg (7,5 à 30 ml) par jour, en deux ou en trois prises. Le traitement par prégabalin peut être instauré à la dose de 150 mg (7,5 ml) par jour administrée en deux ou en trois prises. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg (15 ml) par jour après un intervalle de 3 à 7 jours, et peut si nécessaire être augmentée à la dose maximale de 600 mg (30 ml) par jour après un intervalle supplémentaire de 7 jours. (**Nicholls, G. & Coll., 2019, p. 474.**)

2.4.2. Épilepsie :

Lyrica est indiqué chez l'adulte en association dans le traitement des crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation secondaire. Le traitement par prégabalin peut être instauré à la dose de 150 mg (7,5 ml) par jour administrée en deux ou trois prises. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg (15 ml) par jour après 1 semaine. La dose maximale de 600 mg (30 ml) par jour peut être atteinte après un délai supplémentaire d'une semaine. (**Nicholls, G. & Coll., 2019, p. 474.**)

2.4.3. Trouble Anxieux Généralisé :

Lyrica est indiqué dans le traitement du Trouble Anxieux Généralisé (TAG) chez l'adulte.

La posologie varie de 150 à 600 mg (7,5 à 30 ml) par jour, en deux ou trois prises. La nécessité de poursuivre le traitement doit être réévaluée régulièrement. Le traitement par prégabalin peut être instauré à la dose de 150 mg (7,5 ml) par jour. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg (15 ml) par jour après 1 semaine. Après un délai supplémentaire d'une semaine, la dose peut être augmentée à 450 mg (22,5 ml) par jour. La dose maximale de 600 mg (30 ml) par jour peut être atteinte après un délai supplémentaire d'une semaine. (**Nicholls, G. & Coll., 2019, p. 475.**)

2.5. Mésusage de la prégabalin :

Le mésusage de la prégabalin est une préoccupation croissante en raison de son potentiel d'abus, en particulier chez les patients ayant des antécédents de toxicomanie. La

pré gabaline est détournée à des fins récréatives pour ses effets anxiolytiques, euphorisants et sédatifs. Son utilisation inappropriée, souvent à des doses supérieures aux recommandations médicales, peut entraîner une tolérance, une dépendance et un syndrome de sevrage lors de l'arrêt du traitement. De plus, l'association de la pré gabaline avec d'autres dépresseurs du système nerveux central, tels que les opioïdes ou l'alcool, augmente considérablement le risque de dépression respiratoire et de surdose. Ainsi, il est essentiel de surveiller attentivement les patients traités par pré gabaline afin de limiter les risques de mésusage et de dépendance. (**Drug and Alcohol Dependence, 2023**).

2.6. Critères de l'abus d'une substance :

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement Ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)
 2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)
 3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (p. Ex., arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
 4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)
- B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance. (**DSM-IV-TR, 2005, p. 230**).

2.7. Symptômes de sevrage :

Après l'arrêt d'un traitement à court ou à long terme par la pré gabaline, des symptômes de sevrage ont été observés. Les symptômes suivants ont été rapportés: insomnie, céphalées, nausées, anxiété, diarrhée, syndrome grippal, nervosité, dépression, douleurs, convulsions, hyperhidrose et étourdissements.

L'apparition de symptômes de sevrage après l'arrêt de la prégabalin peut indiquer une dépendance au médicament. Le patient doit en être informé au début du traitement.

Lyrica peut potentialiser ces effets et pourrait entraîner une insuffisance respiratoire, le coma et le décès. L'intensité des étourdissements, de la somnolence et de la diminution de la concentration peut être augmentée si Lyrica est pris en même temps que des médicaments contenant : de l'oxycodone – (utilisé pour traiter la douleur) du lorazépam – (utilisé pour traiter l'anxiété) de l'alcool. (**Denis, V.D. & Coll., 2020**).

Synthèse :

L'usage des substances psychoactives est un enjeu majeur de santé publique, avec des impacts médicaux, sociaux, économiques et psychologiques significatifs. Parmi elles, la prégabalin fait l'objet d'un mésusage croissant, notamment chez les personnes souffrant de toxicomanie. Son potentiel addictif soulève des inquiétudes, en raison des risques de dépendance, de surdosage et d'effets secondaires graves. Face à cette problématique, il est essentiel de renforcer la vigilance des professionnels de santé en améliorant les pratiques de prescription et de délivrance. Un suivi adapté des patients à risque et la mise en place de recommandations de bonnes pratiques permettraient de mieux encadrer l'utilisation de cette molécule et de limiter ses abus.



Figure 2 : Capsule de Lyrica 300mg.



Figure 3 : Capsule de Lyrica 150mg.

CHAPITRE II :
LA RÉSILIENCE

Préambule :

La résilience peut être comprise à la fois comme une capacité d'adaptation positive et d'intégration dans un environnement social et psychoaffectif, mais aussi comme un processus ancré dans le fonctionnement psychodynamique de l'individu. Elle s'applique principalement à deux types de situations : d'une part, à des personnes dites « à risque » qui, malgré un contexte familial et social défavorable ou pathogène, parviennent à se développer psychiquement de manière équilibrée et à s'intégrer socialement ; d'autre part, à des enfants ou adultes qui réussissent à se reconstruire après avoir traversé des épreuves ou vécu des événements traumatisques.

1. Origine et histoire du concept résilience :

Le terme « résilience » trouve son origine dans le verbe latin resilire, composé du préfixe « re- » signifiant « en arrière » et de « salire » signifiant « sauter », traduisant littéralement l'idée de « rebondir » ou « sauter en arrière ». Ce mot a été adopté en anglais sous la forme « resilience » dès 1626, notamment par le philosophe Francis Bacon, pour décrire la capacité d'un matériau à retrouver sa forme initiale après une déformation. En français, le terme a été emprunté à l'anglais et utilisé initialement dans le domaine de la physique pour désigner la capacité d'un matériau à résister aux chocs et à reprendre sa forme originale. Par la suite, le concept de résilience a été étendu à d'autres domaines, notamment la psychologie, où il décrit la capacité d'un individu à surmonter des traumatismes et à se reconstruire. (**Ionescu, S., 2012, p. 19**).

Il y a environ deux mille ans, à Rome, une vestale condamnée pour avoir rompu ses vœux de chasteté est jetée du haut de la roche Tarpeienne. Contre toute attente, elle survit à sa chute, ce qui pousse les autorités à débattre de son sort. Durant ce procès, le terme « résilience » est utilisé par Julius Bassus pour désigner son rebond miraculeux. D'autres auteurs de l'Antiquité, comme Cicéron, Ovide ou Pline l'Ancien, emploient aussi ce mot pour évoquer l'idée de rebond ou de reprise. Ce sens de « rebondir » est à l'origine de l'usage moderne du mot, repris en anglais par Francis Bacon en 1626, puis introduit en français au début du XXe siècle. (**Ionescu, S., 2016, p. 16**).

Pendant très longtemps, la souffrance psychique n'était pas comprise comme un phénomène mental. On l'attribuait à des causes comme la possession démoniaque ou la dégénérescence. Ce n'est qu'à la fin du XIXe siècle que le traumatisme commence à être

étudié, et l'idée de résilience – la capacité à se reconstruire après un choc psychique ou des conditions difficiles – n'émerge réellement qu'à partir des années 1980. (**Cyrulnik, B., 2014, p. 7**).

À l'origine, le mot « résilience » vient de la physique, où il désignait la résistance d'un matériau aux chocs, mesurée en joules par centimètre carré. Cette propriété était considérée comme stable et propre à chaque matériau. (**Vermeiren, L., 2012, p. 15**).

Le mot « résilience » apparaît en anglais dès 1626, dérivé du latin *resilientia*. Francis Bacon l'emploie pour la première fois dans son ouvrage *Sylva Sylvarum* pour désigner le rebond d'un écho. Ensuite, d'autres penseurs comme Henry More en 1668 et Samuel Johnson en 1751 utilisent ce mot pour parler de la capacité de l'esprit humain à surmonter la souffrance ou la misère. L'Oxford English Dictionary recense des usages du terme à partir de 1830 avec le sens de « retrouver sa joie après une épreuve ». En 1857, un médecin américain évoque même la résilience des Japonais face aux tremblements de terre.

En anglais, le mot « résilience » a d'abord conservé le sens de rebond. Au XVIIe siècle, l'adjectif « resilient » signifie « rebondissant » ou « rejaillissant », tandis que pour les physiciens, « résilience » désigne la capacité d'un matériau à encaisser un choc sans se briser. Au XIXe siècle, le terme prend aussi un sens psychologique, désignant la souplesse de caractère d'une personne. En 1893, l'Oxford Dictionary illustre cette idée par l'expression : *the resilience and the elasticity of spirit which I had eventen years ago*. À partir des années 1950, la résilience commence à être utilisée pour parler de qualité humaine, comme dans le roman *Lélia ou la vie de George Sand* d'André Maurois, publié en 1952, où l'auteur décrit la capacité de Sand à se relever rapidement d'un deuil. Ce n'est toutefois qu'à partir des années 1990 que le mot est réellement adopté par les chercheurs francophones en sciences humaines. (**Josse, E., 2019, p. 102–103**).

Le terme « résilience » a été utilisé dans un contexte scientifique aux États-Unis à partir des années 1950, bien qu'il ait été précédé par une longue tradition littéraire. Au XIXe siècle, ce concept était déjà présent dans les romans d'un écrivain populaire, *Alger*, qui a largement contribué à sa diffusion. (**Tisseron, S., 2021, p. 19**).

Le concept de résilience, bien que désormais largement répandu, n'est pas une notion nouvelle. Ce terme a émergé aux États-Unis il y a plusieurs décennies, où il a rapidement été adopté comme un symbole culturel d'optimisme, illustrant la capacité à se développer et à s'adapter même dans des environnements extrêmement hostiles. Cependant, à cette époque,

ce concept peinait à s'imposer en Europe, qui restait encore fortement influencée par un cadre culturel axé sur la vulnérabilité et le misérabilisme. Roberton (2005) souligne ce contraste en notant que l'Europe, à cette époque, n'était pas encore prête à accueillir l'idée de résilience comme une norme culturelle positive. (**Roberton, J., 2005, p. 3.**)

La psychologue américaine Emmy Werner est souvent considérée comme la "mère" du concept de résilience. Cependant, ce concept a également deux "pères", les chercheurs américains Michael Rutter et Norman Garmezy, qui sont fréquemment cités aux côtés de Werner dans les travaux sur la résilience. (**Tisseron, S., 2021, p. 21.**)

Pour finir, on peut dire qu'en physique, la résilience désigne la capacité des matériaux à résister aux chocs et à retrouver leur forme initiale après une compression. Ce terme est également utilisé dans divers domaines comme l'informatique, l'économie, l'écologie et la gouvernance. En psychologie, il fait référence à l'aptitude d'un individu à maintenir ou restaurer son équilibre mental après avoir vécu un événement traumatisque. Bien qu'il ait d'abord été utilisé aux États-Unis, ce concept a pris une ampleur importante en France et en Europe dans les années 1990.

2. Définitions de la résilience :

La résilience est un concept multidisciplinaire, utilisé dans de nombreux domaines tels que la biologie, la physique, l'écologie, la sociologie ou encore la psychologie. Ce concept, bien que relativement récent en psychologie, suscite un intérêt croissant en raison de sa pertinence pour comprendre les mécanismes d'adaptation humaine face à l'adversité. Ainsi, plusieurs définitions ont émergé selon les auteurs et les perspectives adoptées.

Dans le champ des sciences humaines et sociales, Anaut (2015) considère la résilience comme un concept polysémique qui désigne les compétences mobilisées — voire créées — par les individus pour faire face à des situations délétères telles que les traumatismes, les maladies, les handicaps, les carences affectives ou encore la grande précarité. Cette approche met l'accent sur les ressources internes et externes qui permettent à l'individu de surmonter les épreuves de manière constructive tout en poursuivant son développement personnel ou social. (**Anaut, M., 2015, p. 28.**)

Dans la même optique, Manciaux et ses collaborateurs (2001) définissent la résilience comme « la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de

traumatismes parfois sévères », soulignant ainsi la dimension projective et constructive de ce processus. (**Manciaux, M. & al., 2001, p. 17**).

Cette idée est reprise dans une approche plus actuelle, où la résilience est décrite comme une capacité humaine multidimensionnelle, impliquant à la fois l'adaptation et le développement en dépit de l'adversité, intégrant les facteurs individuels, sociaux et contextuels. (**Cité dans Cahua, J. & al., 2023, p. 425**).

Sous un angle clinique, Hjemdal, Friberg et al. (2006) la conçoivent comme un processus soutenu par des facteurs de protection, lesquels permettent le maintien d'un bon équilibre psychologique malgré une exposition prolongée au stress, et réduisent par conséquent le risque de développer des troubles psychologiques. (**Hjemdal. O. & al., 2006**).

De plus, selon Rossi, Meurs et Perrewé (2013), la résilience peut être comprise comme une force positive qui aide l'individu à préserver un fonctionnement stable face aux situations stressantes. Cette stabilité se manifeste par des comportements adaptatifs qui permettent de gérer efficacement les difficultés, tout en maintenant un bon niveau de performance et de bien-être. (**Rossi, M.A. & al., 2013, p. 67**).

Dans cette continuité, l'Association Américaine de Psychologie (APA) définit la résilience comme un processus d'adaptation réussie face à l'adversité, au traumatisme ou à d'autres sources de stress importantes. Ce processus repose sur la capacité de l'individu à mobiliser, coordonner et ajuster ses ressources internes et externes pour faire face aux pressions ou aux traumatismes. Wu et Yin (2022) précisent que la résilience dépend de facteurs de protection spécifiques, qui atténuent la relation entre le stress et le risque de déséquilibre psychologique. (**Wu, Y., 2022, p. 1-7**).

Par ailleurs, une approche plus dynamique est proposée par Fletcher et Sarkar (2016), pour qui la résilience est le résultat d'interactions constantes entre des facteurs personnels et environnementaux. Cette conception, déjà présente chez Masten et Reed (2002), met en évidence l'influence des facteurs de risque, qui freinent le développement de la résilience, et des atouts, qui au contraire la renforcent. (**Fletcher, J. & Sarker, A., 2016 ; cité dans Nixdor & al., 2023, p. 78**).

Windle (2011) et Bonanno (2004) apportent également leur contribution à cette réflexion en définissant la résilience comme une capacité interne permettant de maintenir un fonctionnement psychologique stable avant, pendant et après une exposition au stress. Elle

s'exprime à travers des stratégies adaptatives telles que la modification de la perception du stress, l'action proactive face aux obstacles, ou encore le maintien d'une bonne santé mentale. (Rossi, M. & Perrewé, P., 2013, p. 67).

Enfin, d'un point de vue développemental, Michael Rutter considère la résilience comme un phénomène observable chez les jeunes qui parviennent à se développer favorablement, malgré une exposition à des formes de stress connues pour engendrer des conséquences négatives dans la population générale. Il souligne également que la résilience est en grande partie acquise et résulte de l'interaction entre des facteurs internes et externes. Sur un plan plus global, Manciaux, cité par Vouche (2009), affirme que « la résilience est à la fois résistance à la destruction et capacité à se construire une vie riche et une intégration socialement acceptable en dépit de circonstances difficiles, d'un environnement défavorable, voire hostile ». (Vouche, P.J., 2009, p. 83- 84).

3. Concepts associés à la résilience

Il est essentiel de bien différencier la résilience d'autres notions qui lui sont souvent associées, mais qui ne recouvrent pas exactement la même réalité psychologique. Parmi ces concepts, on retrouve la résistance, les mécanismes de défense, l'invulnérabilité, sublimation et l'empowerment, le coping et la pseudorésilience.

3.1. La résistance : peut prêter à confusion en raison de ses fortes connotations psychanalytiques. Elle fait généralement référence à une opposition à un changement ou à un processus psychique, sans intégrer une dynamique constructive tournée vers l'avenir, comme le propose la résilience. (Cyrulnik, B. & Elkaïm, M., 2010, p. 86-87).

3.2. Les mécanismes de défense : renvoient à des processus souvent inconscients visant à préserver l'intégrité du Moi face à des menaces internes ou externes. Si la résilience peut parfois en inclure certains aspects, elle se distingue par une dimension plus consciente, évolutive et tournée vers le développement personnel, dépassant la simple protection du psychisme. (Cyrulnik, B. & Elkaïm, M., 2010).

3.3. Pseudorésilience : nommé aussi résilience de façade, utilisé pour la première fois, en 1987, par le psychanalyste américain Anthony. Contrairement à la vraie résilience, présente chez les personnes dont le fonctionnement intrapsychique témoigne de flexibilité, d'une intégration des processus psychiques et de maturité, la pseudorésilience s'associe à une organisation rigide de la personnalité, à la présence d'une illusion de puissance, d'immunité

au stress et de bien-être. Pour Anthony, le personnage de l'étranger de Camus, Meursault, constitue le prototype de la pseudorésilience. (**Anthony, E.J., 2012, p. 23**).

3.4. L'invulnérabilité/Invincibilité : selon Joubert (2003), elle ne renvoie pas automatiquement à la résilience, car pour pouvoir parler de la résilience, la personne doit avoir été auparavant exposé à des événements déstabilisants et aversifs ressentis comme étant intenses. En ce sens, dans un premier temps, la personne se trouve vulnérable, puis arrive à les surmonter, à s'adapter et à continuer à se développer favorablement malgré l'impact négatif de ces événements (cité dans Michallet, 2009). Le concept d'invulnérabilité apparaît dans les travaux d'Anthony, où il décrit en 1974 le « syndrome de l'enfant psychologiquement invulnérable ». Dans la métaphore des trois poupées de Jacques May, cet enfant correspond à la poupée en acier qui reste intacte lorsqu'elle reçoit un fort coup de marteau. Le concept d'invulnérabilité est de moins en moins utilisé en raison de son caractère plutôt statique (qui l'éloigne de la réalité clinique) et du risque de valoriser les plus forts. (**Ionescu, S., 2012**).

3.5. Empowerment, habilitation et capacitation :

Parmi les concepts associés à la résilience, on trouve également dans la littérature anglo-saxonne celui « d'empowerment ». C'est ce que de plus en plus, on désigne sous le nom de capacitation, traduction incomplète de la notion anglo-saxonne « d'empowerment » (Manciaux, 2006). Ce concept désigne : la capacité de maîtrise et le sentiment d'avoir du pouvoir sur l'environnement, lié à la reconnaissance par l'individu de ses propres compétences dans ce domaine. (**Anaut, M., 2008, p. 58**).

Les indicateurs de l'Empowerment personnel seraient fondés sur la capacité de contrôle personnel et l'autonomie. Ils renvoient également à l'auto appréciation des compétences et à l'estime de soi et jusqu'à un certain point au sentiment d'auto-efficacité. Les chercheurs canadiens francophones utilisent le terme « d'habilitation » pour traduire « l'empowerment ». Par ailleurs, des auteurs tels que Manciaux (1999) et Theis (2001) proposent le néologisme de « capacitation » qui pourrait s'appliquer pour relater le travail des professionnels de la petite enfance auprès des enfants et des familles en difficulté consistant à les aider à prendre conscience de leurs ressources. Ce concept a donné lieu à des stratégies d'action qui visent à développer les habiletés et l'autonomie des personnes. L'accompagnement de l'Empowerment peut ainsi s'appliquer au domaine social, à la santé et à l'éducation. Il peut concerner les individus ou les familles.

Le concept d'empowerment trouve des articulations avec celui de la résilience, dans la mesure où il s'agit de prendre en considération les habiletés des individus qui peuvent participer au processus de résilience, mais il n'en est qu'un des aspects possibles. (**Anaut, M., 2008**).

3.6. Le coping : issu de la psychologie cognitive et comportementale, désigne l'ensemble des stratégies mobilisées par un individu pour faire face à une situation stressante et tenter de la contrôler. Bien que ce concept insiste sur l'aspect adaptatif, il reste davantage ancré dans l'immédiateté de la gestion du stress. En revanche, la résilience s'inscrit dans une perspective à long terme : elle représente un véritable parcours de reconstruction, incluant une transformation positive issue de l'adversité. (**Cyrulnik, B. & Elkaïm, M., 2010**).

4. De la vulnérabilité à la résilience :

La vulnérabilité de latin *vulnus* «blessure», *vulnerare*, vulnérabilité renvoie à l'idée d'une personne susceptible d'être blessée et par extension, se dit d'un sujet qui peut être atteint physiquement ou psychiquement. Les causes de la vulnérabilité sont personnelles, familiales ou environnementales. (**Morenon, O., Anaut, M. & Michallet, B., 2017, p. 4**).

Le terme de vulnérabilité (qui vient du latin *vulnera* signifiant blesser) est employé généralement pour désigner des individus ou des groupes considérés comme vulnérables du fait de prédispositions génétiques, biologiques ou psychosociales conduisant à la maladie (physique ou mentale), à un dommage ou à une issue comportementale négative.

L'approche de la vulnérabilité peut se concevoir selon deux axes principaux, le premier concerne la vulnérabilité personnelle, liée aux caractéristiques propres de l'individu (comme sa constitution, sa personnalité, son développement ou ses prédispositions génétiques). La seconde porte sur la vulnérabilité environnementale, résultant d'un entourage défaillant, de relations perturbées ou de conditions socio-économiques et culturelles difficiles.

L'évaluation des risques environnementaux repose sur plusieurs critères : le statut socioprofessionnel et les conditions économiques de la famille (comme la pauvreté), la qualité des relations sociales (comme l'isolement), les relations familiales (comme la négligence ou la maltraitance), et la structure familiale (comme le divorce ou les conflits).

Une première approche de la vulnérabilité peut donc s'appréhender selon deux dimensions : – la vulnérabilité centrée sur le sujet : avec l'analyse des terrains ou des

prédispositions constitutionnelles ou génétiques, des éléments de la personnalité, des ressources cognitives, etc. ;

– la vulnérabilité liée aux défaillances de l'environnement : liée à la structure familiale et/ou sociale inadéquate, la pauvreté, l'isolement social, la violence, la maltraitance, etc. Différents courants de pensée ont pris en compte ces variables pour tenter de comprendre les réactions des sujets vivant dans des conditions très difficiles et la variabilité de leurs adaptations aux contextes à risque. (**Anaut, M., 2015, p. 15-16**).

5. Les modèles théoriques de la vulnérabilité :

5.1. Le modèle psychiatrique :

L'étude de l'enfant et de l'adolescent s'inscrit traditionnellement dans une approche centrée sur l'identification des facteurs de vulnérabilité liés à un environnement potentiellement pathogène. Cette démarche, héritée du modèle psychiatrique classique, privilégie l'analyse des troubles et des fragilités à travers des dispositifs d'observation et de recherche visant à comprendre comment les caractéristiques individuelles, relationnelles et biographiques peuvent contribuer à une moindre résistance face aux agressions psychiques. Ainsi, la pratique clinique s'est longtemps construite autour de l'évaluation des risques et des inadaptations, orientant majoritairement son regard vers la psychopathologie.

Selon Werner et Smith (1992), la vulnérabilité désigne une prédisposition chez l'enfant à développer des troubles psychologiques ou comportementaux pouvant nuire à son adaptation. Elle dépend de ses caractéristiques individuelles, comme sa sensibilité, ses fragilités, ses ressources cognitives et sa capacité à faire face au stress et aux facteurs de risque.

D'un point de vue clinique, on peut considérer que la notion de vulnérabilité s'inscrit initialement dans une perspective freudienne, elle souligne la fragilité de l'enfant et notamment du nouveau-né.

Selon Jean-Louis Pedinielli (2009), la psychopathologie est l'étude psychologique des formes de souffrance, quelles qu'en soient les causes. Elle comprend la description des symptômes, l'analyse des mécanismes intrapsychiques, ainsi que l'exploration des causes internes et externes. En pratique clinique, cette démarche explicative s'accompagne souvent d'une interprétation des origines des troubles.

En psychiatrie, la théorie de la vulnérabilité et du traumatisme psychique s'est imposée comme une alternative majeure au modèle biomédical centré sur les causes génétiques des troubles mentaux. Influencée par la psychanalyse, cette approche met l'accent sur l'origine traumatique de la souffrance psychique et a largement contribué à renouveler les perspectives en psychiatrie, en psychologie clinique et dans le secteur social. (**Anaut, M., 2015, p. 16-17.**)

5.2. Approche clinico-pathologique :

En pédopsychiatrie, selon Daniel Marcelli (1996), la démarche clinico-pathologique consiste à étudier les situations pouvant provoquer des troubles chez l'enfant. Elle se concentre sur le développement de l'enfant en lien avec sa vulnérabilité psychique et les facteurs de risque, mais peut aussi s'appliquer aux adultes et aux personnes âgées.

Un autre psychanalyste, Lemay (1999) souligne que la plupart des conceptions théoriques insistent essentiellement sur la fragilité du petit être humain et non sur ses ressources et ses compétences.

Le pédopsychiatre Michel Lemay (1999) critique les approches théoriques qui mettent principalement l'accent sur la fragilité de l'enfant, en négligeant ses ressources et compétences. Il déplore la tendance des cliniciens à décrire le développement de l'enfant de manière dramatique, souvent à travers des prismes pathologiques comme l'autisme ou la psychose. Toutefois, il souligne aussi que le symptôme peut être à la fois un signe d'alerte et un moment important dans l'évolution de l'enfant.

Cette approche théorique s'appuie sur les notions de traumatisme psychique et de troubles réactionnels, en lien avec la psychanalyse freudienne, notamment l'idée d'un noyau traumatique infantile. Toutefois, des psychanalystes comme Daniel Stern, influencés par la théorie de l'attachement et les travaux d'Anna Freud, proposent une vision du développement psychique comme un processus continu. Ainsi, les troubles peuvent apparaître à tout âge, car la vie psychique se construit en permanence, et les traumatismes ne se limitent pas à la petite enfance.

L'approche clinico-pathologique actuelle vise à analyser les causes internes et externes de la vulnérabilité des individus. Elle prend en compte à la fois les processus psychiques internes et les contextes ou événements pathogènes, qu'ils soient d'ordre relationnel, affectif, familial ou socio-environnemental. L'objectif est d'identifier et de comprendre les facteurs de fragilité afin de mettre en place des interventions adaptées pour accompagner les personnes

vulnérables et prévenir les risques. C'est dans cette perspective que Michel Manciaux (1999) a souligné que l'étude de la vulnérabilité a progressivement conduit aux notions de résilience et de bientraitance. (**Anaut, M., 2015, p. 20-21**).

6. Les critères de la résilience :

Pour être défini comme résilient, deux critères clés sont nécessaires : une adversité ou une menace significative pour l'adaptation s'est produite, et le fonctionnement ou le développement de l'individu est satisfaisant malgré l'adversité (Goldstein & Brooks, 2005 ; Masten & Powell, 2002 ; Wright et Masten, 2005). La résilience ne peut être déduite que lorsque le risque ou l'adversité est suffisamment élevé pour constituer une menace importante pour un développement sain, mais des résultats positifs sont néanmoins observés (Goldstein et Brooks, 2005, Riley et Masten, 2005). Par conséquent, les définitions de la résilience prennent toujours en compte les menaces à une bonne adaptation conceptualisées en termes de risque, d'adversité et d'événements de vie négatifs (Alvord & Grados, 2005 ; Wright & Masten, 2005). Ces facteurs de stress sont attribués à des caractéristiques individuelles (p. ex., faible estime de soi, faible niveau d'intelligence), à la famille (divorce, pauvreté) ou à certains autres facteurs environnementaux (p. ex. guerre, violence) (Camfield, 2011 ; Gorman- Smith, Henry et Tolan, 2004 ; La Framboise, Hoyt, Oliver et Whitbeck, 2006). En étudiant les facteurs de stress, les chercheurs peuvent évaluer les stress quotidiens normatifs (à la maison, à l'école ou au travail), événements de stress aigu (décès ou divorce) et stress chronique (exposition à la pauvreté), Les facteurs de stress font également référence à l'adversité chronique de l'environnement. (**Dzulkili, A.M. & Mahudin, M.D., 2021, p. 103-104**).

Les résultats positifs se réfèrent à un ajustement positif (Masten, Cutuli, Herbers, & Reed, 2009) qui reflète à quel point une personne se porte bien dans la vie, ou en référence à la qualité de son adaptation malgré la présence de facteurs de stress (Wright et Masten, 2005). Cette qualité d'adaptation ou de résultat développemental est généralement évaluée ou évaluée comme bonne ou bonne (Masten, 2001). Dans la littérature sur la résilience, les résultats positifs sont synonymes de compétence, de bons résultats, d'épanouissement ou de bien-être. (**Alvord & Grados, 2005; Masten & Reed, 2002; Masten & Wright, 2009**), (**Dzulkili, A.M. & Mahudin, M.D., 2021, p. 103-104**).

Nous déduisons donc que les deux critères principaux de la résilience sont : l'adversité, et le résultat positif. À partir de ce que a été mentionné dans ce titre on apprend qu'on ne peut

pas parler de la résilience sans qu'il ait un événement traumatisant marquant dans la vie de l'être humain il nous faut deux critères pour parler de résilience, l'événement traumatisant, et la capacité de surmonter l'événement et retrouver l'équilibre.

7. Les mécanismes de la résilience :

La résilience, dans le courant de la psychologie, est définie comme un processus dynamique et évolutif qui permet à une personne ou à un groupe, ayant vécu un traumatisme, de se reconstruire et de retrouver une vie considérée comme satisfaisante. Il est essentiel de souligner que ce processus n'est jamais définitivement acquis : même s'il s'amorce souvent dès l'enfance, il reste une capacité fondamentale que chaque individu possède et peut développer tout au long de sa vie.

Selon Boris Cyrulnik, huit mécanismes participent à ce processus de reconstruction :

- La défense-protection.
- L'équilibre face aux tensions.
- L'engagement-défi, c'est-à-dire le refus de se laisser abattre, la volonté de faire face à la souffrance.
- La relance, qui consiste à ne plus subir son histoire douloureuse, mais à redevenir acteur de sa propre vie.
- L'évaluation, ou la prise de conscience du traumatisme.
- La signification, soit le sens que l'on donne à l'épreuve.
- La positivité de soi.
- Et enfin, la création, qui marque un changement de perspective et la construction de quelque chose de nouveau, voire de plus fort. (**Anaut, M., 2005, p. 8**).

Par ailleurs, Vaimant (1993, 2000) met en lumière le rôle des mécanismes de défense dans le processus de résilience. Ces mécanismes, souvent activés de manière involontaire, altèrent la perception des réalités internes et externes, ce qui permet de réduire l'anxiété et la dépression, atténuant ainsi les manifestations psychiques. On distingue les mécanismes de défense matures (comme la sublimation, l'humour, l'altruisme ou l'anticipation) des mécanismes immatures (comme la projection, le passage à l'acte ou le comportement passif-agressif). Les premiers sont généralement associés à une bonne santé mentale et davantage utilisés à l'âge adulte, tandis que les seconds sont plus fréquents chez les jeunes. Au fil du développement, les individus tendent à délaisser les défenses immatures au profit des

défenses matures, même si les deux peuvent coexister chez une même personne. (**Anaut, M., 2005, p. 8**).

8. Les facteurs de protection vs les facteurs de risque :

8.1. Facteurs de protection :

Dès lors, la résilience est un processus multifonctionnel issu de l'interaction entre l'individu et son environnement composant des variables internes au sujet (structure psychique, personnalité, mécanismes défensifs ...) et des variables externes (caractéristiques de l'environnement socio affectif). (**Anaut, M., 2005, p. 7**).

Examinons ce que l'on entend par facteurs de protection, dans le cadre de la résilience.

Généralement on considère que les facteurs de protection atténuent l'impact négatif de l'adversité sur l'adaptation. Ils peuvent concerter les processus qui contribuent à la stabilité fonctionnelle ou qui permettent un changement positif. Selon Michael Rutter (1990), les facteurs de protection modifient la réaction à la situation présentant un risque en réduisant l'effet négatif du risque et ses éventuelles réactions en chaîne. Les facteurs de protection opérants vont donc contribuer à atténuer l'impact de l'adversité sur l'adaptation des sujets, un peu comme un airbag protège lors d'un accident. (**Anaut, M., 2015, p. 65**).

De nombreux chercheurs ont étudié les facteurs de protection favorisant la résilience chez les individus. En premier lieu nous pouvons citer Emmy Werner qui a indiqué parmi les ressources protectrices internes : la capacité à résoudre des problèmes, la connaissance de soi, l'autonomie, l'estime de soi, la confiance, l'altruisme, la sociabilité et enfin l'habileté à trouver un (des) soutien(s) dans l'entourage (familial ou extra- familial). Alors que parmi les ressources venant du milieu on trouve : des relations familiales chaleureuses, un soutien familial solide, une bonne communication parents-enfants ; ainsi que des soutiens extra-familiaux, comme par exemple, avec des enseignants, des amis. De son côté Norman Garmezy (1991), à partir d'observations de familles défavorisées, conclut que la résilience repose sur trois domaines de facteurs de protection. Selon cet auteur, la triade qui soutient le ressort psychologique de la résilience est composée par : *les facteurs individuels* (le tempérament, la réflexion et les aptitudes cognitives), *les facteurs familiaux* (la chaleur humaine, la cohésion et l'intérêt de la part des parents ou du principal dispensateur de soins)

et *les facteurs de soutien sociaux* (le professeur bienveillant, le travailleur social ou l'organisme de services sociaux). Selon Michael Rutter, ces trois pôles de protection favorisent la résilience, car ils contribuent notamment à l'amélioration de l'estime de soi et au sentiment d'auto-efficacité, et ouvrent de nouvelles possibilités pour l'individu. (**Anaut, M., 2015, p. 65- 66.**)

Garmezy et Masten (1991), ont identifié les principales variables qui favorisent la protection chez les sujets résilients :

8.1.1. Facteurs individuels :

Il s'agit du fonctionnement intellectuel (QI élevé, capacité à planifier et à résoudre les problèmes) ; de l'estime de soi (amour de soi, « vision positive », confiance en soi) ; des compétences relationnelles ; d'un tempérament facile associé à un sentiment de sécurité ; de l'existence d'un système de croyances (foi, éthique) ; et enfin de la capacité à utiliser de façon adéquate les mécanismes de défense disponibles (déni, clivage, sublimation, intellectualisation, humour...) ;

8.1.2. Facteurs de protection familiaux :

Il s'agit de la « bonne éducation » ; de l'existence de relations chaleureuses avec des parents structurants, soutenant et compétents ; de l'existence d'une bonne entente parentale ; de relations de soutien émanant d'autres membres de la famille étendue ; et de relations proches avec des tuteurs de développement ;

8.1.3. Facteurs de protection extrafamiliaux :

Liés à la société et à la culture. Il s'agit des bonnes relations avec des adultes à l'extérieur de la famille (tels qu'amis, pairs, thérapeutes, voisins et, bien entendu, enseignants) ; de l'existence de rapports avec diverses organisations sociales et de la fréquentation d'une école dans laquelle l'enseignement donné est ouvert et chaleureux, avec succès scolaires. (**Tisseron, S., 2017, p. 38).**

8.1.4. Facteurs sociaux et/ou communautaires :

Parmi les niveaux de résilience sociale, on peut citer :

- Les pairs
- Communauté sociale : école, quartier...

- La communauté religieuse ou idéologique
- La société et la culture

Parmi les formes de résilience sociale, on peut retenir :

- Solidarités.
- Attentes élevées.
- La tolérance sociale. (**Anaut, M., 2005, p. 7**).

8.1.5. Facteurs de soutien :

-La présence des personnes aidantes comme des enseignants, des soignants, des membres de la famille étendue.

-Présence de milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, la responsabilité et le contrôle (milieu judiciaire, éducatif, professionnel). (**Virginie, D. & al., 2003**).

8.2. Facteurs de risque :

Les facteurs de risque sont : “*des caractéristiques mesurables dans un groupe d’individus ou dans leur situation qui prédit un résultat négatif sur un critère de résultat spécifique*” (Wright & al., 2013, p. 17). En psychologie, ils impliquent des variables qui émergent ultérieurement des pathologies ou d'inadaptations (Anaut, 2008). Selon Boisvert (2010), ils peuvent se définir comme un élément qui appartient à l'individu ou qui provient de l'environnement susceptible de participer à provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de l'organisme.

Quant au risque cumulatif : “c'est risque accru en raison de : (a) la présence de multiples facteurs de risque ; (b) plusieurs occurrences du même facteur de risque ; ou (c) les effets cumulatifs de l'adversité en cours”. (**Wright, E.O. & al., 2013, p. 17**).

Les facteurs de risques peuvent être regroupés selon trois catégories principales :

- **Les facteurs centrés sur l'enfant** : la prématurité, la souffrance néo-natale, la pathologie somatique précoce (faible poids de naissance, atteintes cérébrales, handicaps...), les déficits cognitifs, les séparations maternelles précoces ;
- **Les facteurs liés à la configuration familiale** : la séparation parentale, les conflits parentaux, la violence, l'alcoolisme, la toxicomanie, la maladie chronique d'un parent

(somatique ou psychique), le couple incomplet (mère célibataire), la mère adolescente et/ou immature, le décès brusque d'un proche ;

- **Les facteurs sociaux environnementaux :** la pauvreté et la faiblesse socioéconomique, l'absence d'emploi, le logement surpeuplé, la situation de migrant, l'isolement relationnel et social de la famille, le placement de l'enfant. (**Anaut, M., 2015, p.34**).

En effet, le parcours de vie d'une personne rencontre nécessairement le croisement de facteurs de risque et de facteurs de protection. Cette interaction donnera des résultats singuliers pour chacun, ce qui rend compte et explique les orientations variées et les différences interindividuelles face à des contextes aversifs apparemment semblables. Ainsi, un risque pourra être soit atténué soit augmenté par d'autres facteurs relatifs au contexte de vie. (**Anaut, M., 2006**).

9. Les différentes approches de la résilience :

9.1. L'approche cognitive et comportementale :

Cette approche souligne, à la fois, l'importance des mécanismes ou processus de nature essentiellement cognitive et des stratégies comportementales observables afin de justifier l'état de résilience. Elle se réfère à deux concepts fondamentaux : le stress et l'adaptation (coping).

En effet, il ne s'agit pas de traumatisme, mais de situations stressantes dans lesquelles le sujet est amené à vivre en développant des stratégies de coping, qui sont de nature cognitive et donc consciente. (**Lighezzolo, J. & Tyche, C., 2004, p. 34**).

Les différentes stratégies de coping :

Serban Ionescu et al. (2012) ont repéré dans la littérature scientifique différentes approches ou types de stratégies de coping qui se déclinent et se différencient selon quatre dimensions principales :

Le coping centré sur l'émotion, qui vise la régulation de la détresse émotionnelle ;

Le coping centré sur le problème, qui vise à gérer le problème qui se trouve à l'origine de la détresse du sujet ;

Le coping évitant, qui permet au sujet, par des stratégies passives (évitement, fuite, déni, résignation, etc.), de réduire la tension émotionnelle ;

Le coping vigilant, qui permet, par des stratégies actives (recherche d'informations, de soutien social, de moyens, etc.) d'affronter la situation pour la résoudre.

Afin de rendre compte des stratégies de coping des individus, des échelles d'évaluation ont été mises au point comme par exemple : The Ways of coping Scale (Folkman et Lazarus (1981) ; le Coping Strategies Inventory (Tobin, 1984 ; 2001) ; ou bien encore l'échelle des comportements de coping (Chipp et Scherer, 1992). Ces méthodes d'évaluation sont composées de questions destinées à mettre en évidence les stratégies d'ajustement choisies par les individus pour faire face à des situations problèmes.

Les études actuelles sur le coping vont donc concerner l'identification des stratégies d'adaptation des personnes et tenter d'évaluer leur efficacité dans un contexte environnemental donné, en prenant en compte éventuellement d'autres variables pouvant interagir entre les stratégies utilisées et le bien-être ressenti ou attendu. Dans cette perspective, ce concept cherche à rendre compte des moyens utilisés par les individus pour faire face à des situations problématiques en intégrant les aspects du contexte (environnement social et relationnel) et les éventuelles dispositions internes de l'individu. Ce qui rend ces recherches très proches de celles de certaines conceptions de la résilience. (**Anaut, M., 2015, p. 89-90**).

9.2. L'approche médicale en santé publique :

En ce qui concerne le modèle théorique qui se dégage en santé publique, il privilégie une approche compensatoire « où la résilience serait fonction de l'équilibre entre un certain nombre de facteurs de risque et la balance structurée par la présence de facteur simultané de protection ». La résilience est ici définie comme un processus dynamique qui n'est jamais totalement acquis et construit dans l'interaction sujet-environnement. (**Lighezzolo, J. & Tyche, C., 2004, p. 34**).

La majeure partie des travaux scientifiques portant sur la résilience font référence à ces deux approches. Ce n'est que récemment que des cliniciens d'orientation psychanalytique se sont intéressés à cette nouvelle notion qui recouvre en fait des phénomènes qui ont été repérés et étudiés depuis longtemps par la psychanalyse. (**Korff-Sausse, S., 2002, p. 53, cité dans Theis, A., 2006, p. 3**).

10. Les phases du processus psychique de la résilience :

L'étude clinique des personnes ayant surmonté des événements traumatisques met en évidence l'existence de mécanismes psychiques leur permettant de transformer favorablement l'expérience douloureuse. Ces individus parviennent à éviter l'enfermement dans la répétition traumatisante et les troubles psychotraumatiques. L'observation du fonctionnement psychique de ces sujets résilients révèle un processus évolutif structuré en plusieurs temps. Deux grandes étapes peuvent ainsi être distinguées dans l'élaboration de la résilience : une première, orientée vers l'atténuation des impacts du traumatisme, et une seconde, qui amorce et consolide véritablement le processus de résilience. Cette dynamique psychique, complexe et progressive, mérite une analyse approfondie à travers ces deux phases fondamentales.

10.1. La première phase : est celle de la résistance ou protection psychique, qui constitue une réponse immédiate au choc traumatisant et à l'effraction du psychisme. Elle se manifeste principalement par l'activation de mécanismes de défense visant à diminuer l'impact émotionnel du traumatisme. Dans cette phase, l'individu mobilise l'ensemble de ses ressources internes afin de protéger le Moi contre une surcharge psychique potentiellement délétère. Ce processus se traduit par une forme d'anesthésie de la blessure psychique, prenant la forme d'un retrait émotionnel ou d'autres dispositifs de protection destinés à prévenir l'envahissement et la désorganisation des défenses habituelles du sujet. (**Anaut, M., 2012**).

10.2. La deuxième phase : du processus psychique de résilience correspond à un moment d'élaboration et de reconstruction qui intervient après le choc traumatisant. Durant cette étape, l'individu commence à travailler psychiquement l'événement traumatisant en cherchant à l'intégrer dans le récit de sa vie. Il peut mobiliser des ressources psychiques telles que la créativité, la sublimation ou l'humour, considérées comme des mécanismes de défense plus adaptés. Ce travail de mise en sens favorise une reconstruction psychique et permet à l'individu de reprendre son développement personnel, marquant ainsi l'amorce d'un processus de résilience. Cette dynamique peut être soutenue, mais pas nécessairement, par une implication sociale active. Chez la personne qualifiée de résiliente, cette phase mène à une reconstruction identitaire intégrant à la fois l'événement passé et la réalité présente. (**Anaut, M., 2020, p. 340**).

11. Méthode d'évaluation de la résilience :

L'évaluation de la résilience repose sur une approche plurielle, prenant en compte la complexité de ce processus psychique. Plutôt que de mesurer directement un concept aussi dynamique, les méthodes s'appuient sur l'identification de critères ou facteurs dits de résilience, à travers des outils psychométriques, des questionnaires spécifiques, ou des échelles déjà existantes. Ces évaluations peuvent concerter divers aspects du fonctionnement individuel, comme les comportements adaptatifs, les traits de personnalité, les compétences cognitives ou encore les manifestations psychologiques. Ainsi, la résilience est appréhendée à travers une constellation d'indicateurs, reflétant la capacité d'un individu à faire face, s'adapter et se reconstruire après un traumatisme.

Au fil des années, plusieurs outils ont été développés pour évaluer la résilience, notamment sous forme d'échelles adaptées à différents publics. Ces instruments permettent d'appréhender la résilience à travers divers critères psychologiques, comportementaux ou contextuels.

Les évaluations et les médiations choisies reposent sur les critères de fonctionnement jugés résilients, bien que ces critères varient selon les chercheurs. Voici néanmoins quelques repères sur les principales méthodes utilisées pour étudier la résilience.

Nous pouvons classer les principaux outils par catégories permettant d'évaluer :

- le niveau d'anxiété et de dépression,
- le niveau de compétence sociale,
- l'estime de soi,
- la personnalité,
- la réussite scolaire, professionnelle,
- le niveau intellectuel (Q.I.),
- la symptomatologie clinique. (**Anaut, M., 2015, p. 142-143**).

De nombreux outils destinés à évaluer la résilience ont été construits au cours des décennies, surtout dans les pays anglo-saxons. Les échelles auto-administrées sont les plus nombreuses avec des adaptations pour des sujets enfants, adolescents ou adultes, et

quelquefois en prenant en compte des aspects spécifiques à une population donnée ou un groupe (famille, communauté).

12. Applications cliniques de la résilience ;

L'une des questions fondamentales que tout chercheur clinicien peut se poser porte sur les implications pratiques de sa recherche sur les terrains cliniques.

Il est essentiel de s'interroger sur les implications pratiques des théories de la résilience en clinique, en prenant en compte à la fois les apports de la pratique et les limites des applications du modèle. Cela soulève également des questions éthiques et déontologiques liées à son utilisation.

L'un des objectifs des recherches dites appliquées concernant le modèle de la résilience consiste non seulement à étudier les processus résilients, mais à tenter de proposer des modes d'activation de ces processus.

Le modèle de la résilience suppose une perspective nouvelle de prises en charges des jeunes et de familles dites pudiquement en difficultés. Il encourage les intervenants, psychologues, travailleurs sociaux, mais aussi soignants, éducateurs et enseignants, à mobiliser les capacités des jeunes ou des familles. Cela donne lieu à diverses tentatives d'utilisation de techniques et de dispositifs empiriques visant à développer la résilience chez les sujets. Les applications cliniques des théories de la résilience concernent :

- Les prises en charges individuelles ou groupales des sujets en souffrance (familles-communautés).
- L'utilisation du modèle de la résilience dans le champ de la prévention. Les pratiques de prévention visant à modérer les effets délétères dans le cadre d'une anticipation des conséquences négatives des risques encourus par les sujets. Les interventions s'appuient sur des méthodes ou des techniques spécifiques destinées à aider les sujets à développer leurs capacités de résilience.

Les méthodes et pratiques d'accompagnement de la résilience concernent les trois domaines :

1-l'individu dans ses composantes intrapsychiques.

2- sa personnalité.

3- les comportements et l'environnement relationnel familial et social.

Ces méthodes visent principalement à travailler sur les processus individuels défensifs et l'estime de soi, et notamment à encourager la réussite dans des domaines qui sont importants pour le sujet. De plus l'investigation peut porter également sur les ressources et soutiens familiaux, afin de travailler sur les potentiels familiaux susceptibles d'aider à la résilience individuelle.

Enfin, l'investigation va aussi s'intéresser aux soutiens sociaux, communautaires, religieux ou socioculturels sur lesquels l'individu pourra s'étayer.

Notons que selon Ann Masten (2014) les ressorts de la résilience ne sont pas forcément extraordinaires, le processus de résilience ne s'appuie pas sur des caractéristiques rares ou spéciales, mais sur des aspects ordinaires ce qu'elle appelle la « magie ordinaire ». (**Anaut, M., 2015, p. 145-148**).

13. Limite de la résilience :

Le modèle de la résilience offre l'avantage de concilier différentes approches et différents domaines qui concernent à mettre en évidence les potentiels et les modes de protection, d'un individu face à l'adversité.

Cyrulnik et al, (1998) considèrent que le concept de résilience permettrait d'harmoniser différentes disciplines connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, pédiatrie... L'intérêt de cette approche est donc également de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers l'approche des facteurs protectifs des individus. Ces chercheurs considèrent que la qualité de la résilience s'appuie sur les expériences relationnelles et les possibilités de nouer les liens, ce qui lui confère un caractère variable selon les individus et chez un individu. Boris Cyrulnik (1999) s'inscrit, quant à lui, dans la prise en compte de l'histoire du sujet en affirmant : « ce qui détermine la qualité de la résilience est la qualité de lien qui a pu se tisser avant le trauma et tout de suite après ». (**Cité par Anaut, M., 2005, p. 78**).

Michael Rutter (1994) précise deux aspects de la résilience. Tout abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi, peut-on être résilient dans certaines situations et très fragile dans d'autres. Ensuite la résilience n'est pas une force innée il s'agit d'un processus dynamique nettement

sous-tendu par la présence de facteurs de protection permettant au sujet de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale.

Michael Rutter et Norman Garmezy (1996) soulignent que l'accumulation des facteurs de stress peut avoir un effet multiplicateur, et non pas seulement additionnel et que cela peut se traduire par des états de stress important pouvant conduire à des ruptures de résilience, lorsque la résilience avait été constatée dans un premier temps. (**Cité par Bouteyre, É., 2004, p. 103.**)

Synthèse :

La résilience est la capacité d'une personne à faire face aux épreuves de la vie, comme un traumatisme, une perte ou une difficulté, et à se reconstruire malgré la souffrance. Elle ne signifie pas oublier ou ignorer la douleur, mais apprendre à vivre avec et à en tirer une force pour avancer.

Cette capacité repose sur plusieurs éléments : l'estime de soi, le soutien des proches, la capacité à donner du sens à ce qu'on vit, et la volonté de se relever. La résilience est donc un processus de transformation, qui permet non seulement de survivre à l'épreuve, mais parfois même de grandir grâce à elle.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Préambule :

La recherche scientifique, c'est avant tout un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances.

La recherche se distingue donc d'un simple tâtonnement ou de l'essai circonstanciel du praticien, elle suit une démarche rigoureuse pour trouver des réponses à des questions qui nécessitent des investigations dans le réel chaque chercheur doit maîtriser l'ensemble de techniques, méthodes, outils d'investigations les plus adéquates, adaptés à sa propre recherche, afin de réaliser ses objectifs souhaitées de la recherche.

Ce chapitre, présente l'ensemble de méthodes, techniques et outils utilisés afin de réaliser cette étude actuelle. Dont, nous avons opté pour la méthode clinique, ainsi que l'entretien clinique de recherche semi-directif et une échelle qui mesure le niveau de la résilience individuelle comme outils d'investigations, dans le but d'avoir des données, informations sur le sujet étudié.

Dans un premier temps, nous avons entamé cette recherche avec une pré-enquête, qui est considérée comme un élément nécessaire dans toute recherche scientifique, car elle éclaire et facilite la voie de chercheur vers la collecte de données et d'informations sur les participants à la recherche. Dans un deuxième temps, nous sommes passées à l'enquête exploratoire pour avoir les sujets à étudiés et effectuer les entretiens, ainsi que l'échelle de la résilience

1. Le déroulement de la recherche :

Dans toute recherche, deux étapes sont indispensables dans le contexte de la pratique et l'exploitation de terrain, qui sont : le pré-enquête et l'enquête, c'est ce qu'on va aborder, dans ce qui suit :

1.1. La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche, elle peut être considérée comme une étape préparatoire de l'enquête, elle se révèle très utile pour enrichir notre problématique et construire notre guide d'entretien comme elle nous permet aussi de

recueillir des informations sur le thème de recherche , pour pouvoir le limiter et le cerner, ainsi que sur le groupe visé.

La pré-enquête joue un rôle fondamental dans la démarche de recherche. Elle permet de tester des hypothèses initiales, de se familiariser avec le terrain, de s'exercer à l'écoute et à l'interrogation, tout en servant à construire, ajuster et valider le guide d'entretien. Cette étape est essentielle à la formulation de la problématique, à l'élaboration des hypothèses et au choix des méthodes les plus appropriées à l'objet d'étude. (**Sauvayre, R., 2013, p. 48**).

Notre pré-enquête s'est déroulée à partir du mois de février au niveau de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie (EHS) d'Oued Ghir à Bejaïa, en parallèle avec la revue de la littérature. Cette double démarche nous a permis de constituer un bagage théorique solide sur notre thème de recherche, de préciser notre problématique, et d'élaborer progressivement un guide d'entretien adapté. Ce travail préparatoire a été déterminant pour affiner notre hypothèse et choisir les outils méthodologiques les plus pertinents, et ceci nous a permis de :

- Déterminer la substance la plus consommée qui est la prégabaline (Lyrica);
- De cibler principalement la tranche d'âge la plus impactée par cette consommation;
- Sélectionner notre groupe de recherche;
- Vérifier nos outils de recherche (le guide d'entretien et l'échelle de Wagnild et Young);
- Elaborer une hypothèse pour notre recherche.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes d'abord présentées au niveau de l'EHS en psychiatrie d'Oued Ghir (Bejaïa), en tant qu'étudiantes en psychologie clinique en fin de cycle. Nous avons été reçues par le psychologue qui s'occupe des étudiants stagiaires, et après avoir présenté notre thème de recherche portant sur la résilience chez les personnes addictes à la prégabaline, nous avons constaté un réel intérêt de la part du psychologue qui nous a apporté des éléments précieux concernant la prise en charge, les profils des patients, et l'évolution de cette addiction encore peu explorée sur le plan local.

Avec l'accord écrit du chef de service, nous avons pu entamer notre pré-enquête au cours du mois de février. Celle-ci a consisté à mener des entretiens semi-directifs exploratoires avec plusieurs patients dépendants à la prégabaline, afin de mieux cerner les caractéristiques psychosociales de cette population et de repérer les éléments de parcours

pouvant relever de dynamiques de résilience. Ces échanges ont été fondamentaux pour affiner notre problématique de recherche, adapter notre guide d'entretien et confirmer la pertinence des outils de mesure que nous avions envisagés.

Cette étape nous a également permis d'évaluer la faisabilité de notre étude sur le terrain, notamment en ce qui concerne la disponibilité des patients, les conditions de réalisation des entretiens, ainsi que la possibilité d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Par ailleurs, les retours cliniques obtenus lors des premiers entretiens nous ont permis d'ajuster notre démarche méthodologique en intégrant deux outils complémentaires : l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993), utilisée pour évaluer les capacités de résilience souvent mobilisées dans les parcours de vie des personnes dépendantes, ainsi qu'un guide d'entretien semi-directif, enrichi à partir des premières observations, permettant d'approfondir les dimensions subjectives et narratives du vécu des participants.

En somme, cette pré-enquête a joué un rôle central dans la structuration de notre travail. Elle nous a permis d'approcher au plus près le vécu des personnes concernées, de renforcer la validité de notre hypothèse de recherche, et de nous préparer aux réalités cliniques du terrain.

1.2. L'enquête :

L'enquête, c'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, A. & Gotman, A., 2014, p.35**).

Notre enquête s'est déroulée au sein de l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, nous avons commencé à rencontrer les hommes addicts à la prégabaline. Lorsque nous nous sommes retrouvées en présence des patients, certains se montraient coopératifs dès le début, d'autres restaient méfiants jusqu'au bout, mais nous avons quand même constitué un groupe de recherche. Nous respections la volonté des concernés à prendre part ou pas à la recherche, garantissant par là le consentement éclairé des participants. Nous expliquions notre travail et notre objectif avec le plus de clarté possible à ceux qui avaient accepté d'y participer ; tous étaient informés. Nous ne leur soumettions cependant pas notre hypothèse afin d'éviter tout biais dans leurs réponses. Nous avons également insisté sur le fait que les informations qu'ils nous fourniraient resteraient confidentielles et demeureraient anonymes ; qu'ils ne serviraient

que dans le but d'une recherche scientifique. Finalement, nous avons réussi à illustrer notre recherche avec sept (07) cas qui répondait clairement à nos critères d'inclusion.

Pour recueillir les informations nécessaires à notre travail, nous avons commencé par la passation de l'entretien semi-directif que nous avons préparé au préalable sous forme d'un guide d'entretien au sujet de recherche, nous avons formulé la consigne comme suit « nous allons vous poser des questions sur votre addiction, on aimerait bien que vous répondiez en toute spontanéité, et si une question vous déplait ou que vous la trouvez indiscrete, vous avez toute la liberté de refuser d'y répondre ». Les sujets de recherche étaient très coopératifs, ils faisaient de leur mieux pour nous apporter les informations souhaitées.

Concernant la récolte de toutes les informations transmises par nos sujets, nous avons eu recours à la prise de notes sur un bloc-notes.

En ce qui concerne la langue, nos entretiens se sont déroulés en langue kabyle, à l'exception des patients qui s'expriment en langue française.

Pour ce qui est de l'autre outil de recherche, l'échelle de résilience de Wagnild et Young nous avons choisi de l'utiliser dans un deuxième temps, après l'entretien semi-directif.

2. Présentation du lieu de stage :

L'hôpital psychiatrique d'une capacité de 120 lits, situé à Oued Ghir dans la wilaya de Bejaïa, s'étend sur un terrain d'environ quatre (04) hectares.

Cet établissement de santé psychiatrique est dédié à la prise en charge, à la surveillance, à l'assistance et à la fourniture de soins et d'attention nécessaires à une catégorie de patients présentant des besoins spécifiques.

L'hôpital est équipé de plusieurs services et compte un personnel médical et paramédical conséquent. Parmi eux, on dénombre 05 psychologues cliniciens, 04 orthophonistes, 09 médecins généralistes, un dentiste, un diététicien, 04 pharmaciens et 19 infirmières. Actuellement, l'établissement accueille 73 patients hospitalisés.

Le bloc de pédopsychiatrie est spécialement dédié aux enfants, de la naissance jusqu'à 18 ans, sans hospitalisation.

En termes de capacité, l'établissement dispose de 38 lits pour les hommes en soins libres, 12 lits pour les femmes en soins libres, 32 lits pour les hommes sous contrainte, 08 lits

pour les femmes sous contrainte, 10 lits pour l'urgence en hôpital de jour et 20 lits en pédopsychiatrie, totalisant ainsi 120 lits.

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

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

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

3. Le groupe de recherche :

Notre recherche s'est effectuée auprès des personnes addictes à la prégabaline. Notre groupe de recherche se compose de sept (07) cas, sélectionnés à partir des critères de sélection présentés ci-après :

3.1. Critères d'inclusion :

Nous nous sommes basés sur quelques critères pour sélectionner les sujets constituant notre groupe de recherche, ces critères sont les suivants :

- La dépendance à la prégabaline.
- La consommation de ce produit daté d'au moins un 1 an.
- Adulte.
- De sexe masculin.

3.2. Critères d'exclusion :

- Polyconsommation par exemple : la prégabaline associée à une autre drogue.
- L'adolescence, c'est une période considérée comme instable sur le plan psychologique.
- Le sexe féminin.

Les prénoms	L'âge	La situation familiale	La profession	Début de la prise de la pré gabaline	Durée de la consommation de la pré gabaline
Mounir	24 ans	Célibataire	Étudiant	À l'âge de 21 ans	Pendant 03 ans
Nacer	43 ans	Célibataire	Manœuvre	À l'âge de 19 ans	Pendant 24 ans
Mouloud	26 ans	Célibataire	Mécanicien	À l'âge de 14 ans	Pendant 12 ans
Karim	27 ans	Célibataire	Chômeur	À l'âge de 17 ans	Pendant 10 ans
Fares	51 ans	Marié	Vendeur	À l'âge de 47 ans	Pendant 04 ans
Mahdi	18 ans	Célibataire	Boucher	À l'âge de 12 ans	Pendant 06 ans
Amine	20 ans	Célibataire	Chômeur	À l'âge de 13 ans	Pendant 07 ans

Tableau N°1 : Présentation du groupe de recherche.

➤ **Remarque :** Nous avons évidemment changé les prénoms de ces participants, afin de préserver l'anonymat des sujets dans le respect des règles, de l'éthique et de la déontologie de la recherche en psychologie clinique.

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. Il s'agit d'un « dispositif par lequel une personne A interroge une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B ». (**Chahraoui, Kh., 2013, p. 64).**

Dans notre travail de recherche, on a opté pour l'entretien clinique qui est une méthode de recherche privilégiée. « L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. Par exemple, les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont restituées dans leur cadre de référence: l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité». (**Bénony, H. & Chahraoui,Kh., 2025 , p. 13).**

4.2. L'entretien semi-directif :

Est une méthode d'enquête qualitative où le chercheur utilise un guide d'entretien souple composé de thèmes ou de questions ouvertes, permettant d'explorer librement les perceptions, expériences ou représentations du participant tout en maintenant une certaine structure. (**Claude, G., 2019**).

Cet entretien nous permet d'aborder plusieurs thèmes, et avoir une première idée sur un processus de résilience chez les personnes addictes à la pré-gabaline (Lyrica).

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions correspondant à des thèmes qu'il souhaite explorer. Ces questions ne sont ni hiérarchisées ni posées dans un ordre rigide, mais introduites au moment opportun de l'entretien, par exemple à la suite d'une association du sujet. (**Chahraoui, Kh., 2013, p. 16**).

L'entretien est dit semi-directif dans la mesure où il n'est ni totalement libre ni strictement structuré autour de nombreuses questions précises. Il s'agit d'un format fréquemment utilisé en recherche sociale. Le chercheur utilise généralement un guide d'entretien relativement ouvert, permettant de recueillir des informations pertinentes sans nécessairement suivre l'ordre ou la formulation exacte des questions. Il adopte une posture souple afin de favoriser l'expression libre du participant, tout en recentrant l'échange sur les objectifs de recherche lorsque cela est nécessaire. Il peut également introduire des questions de clarification au moment le plus opportun, de manière naturelle. (**N'da, A., 2015, p. 144**).

4.3. Le guide d'entretien :

Selon A. Blanchet, l'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré. Celui-ci est défini comme « un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (**Chahraoui, Kh., 2013, p. 68**).

Le guide d'entretien comprend également les axes thématiques à explorer. Le clinicien-chercheur prépare ainsi quelques questions à l'avance, non pas dans une visée directive, mais comme des repères pour aborder certains thèmes. Il s'agit davantage de sujets que le chercheur connaît bien et qu'il souhaite approfondir dans une logique d'exploration souple. (**Chahraoui, Kh., 2013, p. 69**).

Axes	Objectifs de l'axe
Axe 01 : Informations personnelles.	Il vise à recueillir des données générales sur l'identité, le parcours de vie et le contexte socio-familial du participant afin de mieux situer son vécu.
Axe 02 : Histoire personnelle.	C'est de Comprendre le parcours individuel.
Axe 03 : Anamnèse sur les addictions.	C'est pour comprendre le parcours addictif antérieur.
Axe 04 : La relation à la substance (prégabaline).	C'est pour comprendre l'usage, le vécu, la dépendance, l'impact lié à la consommation.
Axe 05 : La relation avec la famille et fratrie.	C'est pour comprendre les dynamiques familiales.
Axe 06 : À propos des motivations de changements.	C'est pour comprendre les raisons du changement.
Axe 07 : La résilience chez le sujet.	C'est pour comprendre les mécanismes de résilience individuelle.

Tableau N°2 : Les objectifs des axes du guide d'entretien clinique semi directif.

4.3. Définition et application de l'échelle de résilience de Wagnild & Young:

Elle est utilisée lorsque ce qui est mesuré est ordonnable en une suite de niveaux. Les relations entre classes successives peuvent être très basées seulement sur un ordre, mais aussi sur des relations de distance (échelle d'intervalle) ou même de rapport (Wagnild & Young, 1993).

L'échelle de résilience, développée par Wagnild et Young en (1993), est un questionnaire d'auto-évaluation à 25 items pour identifier le degré de résilience individuelle. Cette échelle s'est révélé être un outil fiable et valable pour mesurer la résilience. Elle a été utilisé avec un large éventail de populations étudiées et a été considéré comme la meilleure

méthode d'évaluation de résilience chez les adolescents, grâce à de bonnes propriétés psychométriques et à ses applications dans la variété de groupes. Les items de l'échelle de résilience ont été tirés des entretiens avec des personnes qui ont caractérisé les définitions généralement acceptées de la résilience. Ainsi, l'échelle de résilience a été a priori prétendue avoir une validité de contenu. Selon des études précédentes, la résilience mesurée par cette échelle, a une corrélation positive avec la satisfaction de la vie, l'estime de soi, la santé auto-évaluée, la réalisation de soi, la gestion du stress et le soutien social, ainsi qu'une corrélation négative entre symptômes dépressifs et anxiété.

La structure factorielle de l'échelle de résilience n'a pas été cohérente dans les études précédentes.

Selon Wagnild et Young, les problèmes ont été choisis pour refléter cinq composantes interdépendantes de la résilience:

- l'équanimité (perspective de sa vie et de ses expériences) la persévérance (l'acte de persistance malgré l'adversité ou le découragement);
- l'autonomie (une croyance en soi et ses capacités);
- la signification (la prise de conscience que la vie à un but);
- solitude existentielle (prise de conscience que le chemin de vie de chaque personne est unique).

Les données de cette étude reposaient sur un échantillon de commodité rassemblé par des chercheurs et des étudiants en psychologie principalement des départements de leurs lieux de travail et de leurs universités, où le questionnaire a été administré. La collecte de données a été réalisée de manière anonyme afin de protéger la confidentialité des participants. Le groupe d'étude était composé de 243 participants (182 [75%] femmes et 61 [25%] hommes). Il n'y avait pas de critère pour l'âge des participants, et variait de 17 à 92. Il n'y avait pas de différence significative d'âge entre les hommes et les femmes. L'échelle de résilience de Wagnild et Young comprend 25 items. Les répondants sont invités à indiquer dans quelle mesure ils sont d'accord ou non, avec un écart de 7 points allant de 1 (totalement en désaccord) à 7 (tout à fait d'accord). Tous les items sont positivement marqués. Les scores totaux possibles vont donc de 25 à 175, les scores les plus élevés traduisant une plus grande résilience.

Wagnild a présenté la notation suivante pour le score total:

- 25-100 = Très faible;
- 101-115 = Faible;
- 116-130 = Limite faible;
- 131-145 = Modéré;
- 146-160 = Modérément élevé;
- 161-175 = Elevé. (**Losoi, Turunen, Wäljas & al., 2013**).

5. La méthode utilisée dans la recherche :

La sélection de la méthode de recherche dépend de la nature spécifique de l'étude. Il est essentiel d'utiliser une méthode et des techniques appropriées au thème et au contexte de la recherche pour répondre efficacement à la problématique posée et vérifier les hypothèses formulées. Pour notre étude, nous avons opté pour la méthode clinique, qui est particulièrement adaptée pour traiter des situations concrètes rencontrées par des sujets souffrants et se concentre sur l'étude de cas.

5.1. La méthode clinique :

La méthode clinique consiste à appréhender le sujet dans sa singularité et /ou sa globalité au sein d'une situation problématique ou d'un domaine de développement. Elle est de nature mi-concrète, mi-verbale et s'applique au développement de la pensée. Il s'agit d'amener le sujet à verbaliser sa démarche afin de mieux comprendre comment il raisonne que ses réponses soient justes ou non. (**Bernard-Tanguy, L., 2021, p. 87**).

Ainsi pour Marquet c'est : «envisager une conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits». (**Marquet, J., 2011, p. 5**).

La méthode clinique « vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la

méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes et à la prédictivité en sont nécessairement réduites, elle suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. (**Pedinielli, J., 2005**).

5.2. L'étude de cas :

L'étude de cas est généralement utilisée par les cliniciens pour élaborer une étude approfondie, ainsi que tenter de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte des différentes circonstances des survenues actuelles et passées.

Pour les psychologues, l'étude de cas est utilisée afin de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification passée et présente...etc. l'étude de cas enrichit la connaissance en science humaine dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. Rappelons pour cela subjectivité ne signifie pas absence de rigueur. (**Chahraoui, Kh. & Benony, H., 1999, p. 11**).

Parler d'étude de cas implique que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles même, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode, pour les faire apparaître: étudier un cas c'est bien le découler parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse. On mesure alors les points de convergence avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyser, transformer, faire apparaître...), l'étude de cas est un récit qui raconte de manière approfondie la vie de quelqu'un ou son parcours avec le clinicien. (**Colin, A., 2015**).

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle de travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la deuxième étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux. (**Pedinielli, J., 2005**).

6. Limites de la recherche :

Chaque recherche se porte sur un contexte délimité, en ce qui concerne la nôtre, ses caractéristiques fondamentales sont :

-La limite spatiale : l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie (EHS) Oued Ghir Bejaia.

-La limite temporelle : du 25 Février au 10 Avril 2025.

-La limite du groupe : l'étude s'est portée sur 07 cas.

-Les outils de la recherche : l'entretien clinique de recherche et l'échelle de résilience de Wagnild et Young.

-L'approche adoptée : nous avons opté pour l'approche cognitivo-comportementale.

Synthèse :

Ce chapitre a été consacré à la présentation de la méthodologie, étape indispensable à toute recherche scientifique. Il nous a permis d'organiser et de structurer notre travail en détaillant le déroulement de la démarche descriptive clinique adoptée à travers l'étude de cas. Nous y avons également exposé les techniques utilisées, telles que le guide d'entretien semi-directif et l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993), choisie pour évaluer le niveau de résilience chez nos participants, en vue de vérifier notre hypothèse de recherche.

**CHAPITRE IV : PRÉSENTATION,
ANALYSE DES RÉSULTATS
ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE**

Préambule :

Afin d'évaluer la résilience chez les personnes addictes à la prégabaline, nous avons procédé à une interprétation des données et des résultats obtenus, à partir de cela nous avons pu analyser et vérifier notre hypothèse.

I. Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle de résilience de Wagnild et Young :**I.1. Présentation du cas N° 01 : (Mounir)**

Mounir, jeune homme âgé de 24 ans, célibataire, est fils unique. Il est étudiant en licence de droit. Il a commencé à consommer de la prégabaline à l'âge de 21 ans. Il s'est présenté à l'hôpital psychiatrique dans le but d'arrêter sa consommation.

Lors de l'entretien, Mounir était instable sur le plan comportemental : on a remarqué qu'il était anxieux, qu'il bougeait ses pieds de façon répétitive et qu'il touchait souvent ses cheveux. Au début, il répondait aux questions par des phrases courtes. Une fois qu'il s'est senti à l'aise, il a commencé à répondre plus facilement, en évoquant sa consommation de prégabaline.

Mounir a grandi dans un environnement difficile. Son père est décédé quand il avait 20 ans. C'est à ce moment-là qu'il a commencé à fumer du cannabis : « ... j'ai commencé à fumer le cannabis progressivement, mais après je ne pouvais plus passer une journée sans fumer, et j'étais alcoolique à un certain moment quand je suis rentré à la fac ».

En effet, il a ensuite commencé à consommer une autre substance, la prégabaline (Lyrica) : «... j'ai commencé le SAROUKH, qui est la prégabaline, à l'âge de 21 ans avec mes amies, dans le but d'oublier la mort de mon père ». Au début, c'était par curiosité : « ... j'ai pris 300 mg et j'ai aimé l'effet que cela me faisait. Je me sentais plus léger et très tendre envers les filles ».

Mounir nous a dit que son comportement avait changé : il était devenu très calme et dynamique. Mais en période de manque, il se sentait très lourd et fatigué tout le temps. Il nous a également confié qu'il était conscient du risque lié à cette consommation. D'ailleurs, cela l'a fortement touché financièrement, la prégabaline qui coûte cher (800 DA le comprimé). Il a aussi abandonné ses études : « ... oui, je savais qu'il y avait un risque lié à

cette consommation, mais c'est l'état de vie qui m'a poussé ». Il a évoqué qu'il avait consulté un psychiatre, mais aucun résultat n'est apparu.

La dépendance de Mounir à la prégabaline a eu des effets dévastateurs : il a commencé à éviter son entourage et à rester isolé : « ... je suis resté presque une année à la maison sans sortir. » Il a également développé un comportement de vol pour satisfaire son besoin de consommation. Il a ajouté qu'avant son hospitalisation, il pouvait rester 15 jours sans consommer, mais actuellement, il pense pouvoir arrêter définitivement. D'ailleurs, sur une échelle de 0 à 10, il évalue sa chance d'arrêter à 10/10.

Mounir affirme que sa mère l'a aidé à arrêter cette substance, ainsi que sa forte volonté intérieure, nourrie par sa foi. Il déclare que certains jours, lorsqu'il se sent plus stable émotionnellement, il ressent une grande motivation à continuer son combat, notamment lorsqu'il repense aux paroles de sa mère. Lorsqu'il ressent la tentation de rechuter, il a mis en place des stratégies comme la lecture du Coran, l'écriture dans un journal ou encore la pratique du sport pour gérer ses émotions.

Son passé, marqué par un contexte familial éprouvant et la perte prématurée de son père, lui a appris à développer une grande capacité d'adaptation face aux épreuves. Ce sont surtout la culpabilité envers sa famille et l'espoir d'une vie meilleure qui le poussent à continuer sa démarche. Il admet ressentir parfois de la honte à cause de son addiction, mais tente de la dépasser en se rappelant que chaque progrès compte.

Sa mère a joué un rôle crucial, en l'accompagnant à ses rendez-vous médicaux et en l'encourageant sans le juger. L'addiction a profondément changé sa perception de la vie : il dit que « ... il n'y a pas d'avenir dans la vie ». Il rêve de réaliser son projet, qui est d'atteindre la liberté et d'avoir une vie propre et développée. Pour l'accompagner, il souhaiterait que les professionnels de santé lui proposent des activités physiques et mentales afin de l'aider à oublier cette addiction.

Avec un visage exprimant le regret et la tristesse, il nous a dit qu'il devait arrêter sa consommation : « ... c'est difficile d'arrêter. Mon corps s'est habitué. Je suis obligé d'arrêter, mais j'ai juste peur de rechuter, c'est tout ».

Synthèse de l'entretien :

Mounir fait preuve de beaucoup de courage face à ce qu'il a vécu. Il sait qu'il a un problème avec la prégabaline et a eu la force de demander de l'aide, ce qui montre qu'il veut vraiment s'en sortir. Il peut compter sur sa mère, qui est toujours là pour lui, sans le juger, et cela l'aide énormément. Pour ne pas retourner vers la consommation, il a trouvé ses propres façons de tenir bon : lire le Coran, écrire ce qu'il ressent, faire du sport... autant de moyens qui lui permettent de mieux gérer ce qu'il traverse. Il n'a pas peur de parler de la honte ou de la culpabilité qu'il ressent, mais au lieu de se laisser décourager, il essaie d'en faire une force pour avancer. Même s'il a des moments de doute, il garde en lui l'espoir d'une vie plus stable et plus saine. Cette envie de s'en sortir et de croire en un avenir meilleur montre qu'il est vraiment sur le chemin du changement.

I.1.2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young :

Compétences personnelles	La cote	Acceptation de soi	La cote	Total
1	4	7	2	
2	4	8	1	
3	7	10	7	
4	7	11	7	
5	7	12	1	
6	7	16	1	
9	5	21	7	
13	7	25	7	
14	1			
15	1			
17	7			
18	7			
19	1			
20	1			
22	7			
23	7			
24	7			
Total des dimensions	87	//////////	33	120

Tableau N ° 1 : Score obtenu par Mounir.

I.1.3. Analyse des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993) :

Le tableau ci-dessus, présente les résultats de Mounir sur l'échelle de résilience de Wagnild et Young, nous constatons qu'il a obtenu un score total qui est de 120, ce qui suggère un niveau de résilience limite faible.

Dans la première sous échelle (compétences personnelles), notre sujet a obtenu un sous score de 87 en répondant par la dimension totalement en accord aux items : (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13, 17, 18, 22, 23, 24) cela signifie qu'il possède des compétences personnelles, notamment à l'item 1 « lorsque je fais des projets, je les mènes à terme », à l'item 2 « en général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre », à l'item 3 « je peux compter sur moi plus que sur les autres », à l'item 4 « l'importance pour moi est de garder l'intérêt pour certaines choses», à l'item 5 « s'il le faut, je peux me débrouiller seul », à l'item 6 « je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie », à l'item 9 « je pense que je peux faire beaucoup de choses à la fois », à l'item 13 « je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés », à l'item 17 « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles », à l'item 18 « en cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi », à l'item 22 « je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle », à l'item 23 « lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir », et à l'item 24 « j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire ».

Nous remarquons que notre sujet présente un bon niveau de confiance en soi, ainsi qu'une capacité à faire face aux difficultés.

En ce qui concerne la dimension très en désaccord, il a coché les items : 14, 15, 19, 20. Donc nous déduisons que Mounir a des compétences personnelles très faibles notamment à l'item 14 « je sais m'auto-discipliner », à l'item 15 « je m'intéresse à diverses choses », à l'item 19 « d'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles », et l'item 20 « parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non ».

Nous remarquons que notre sujet a eu un sous score de 4 dans la dimension très en désaccord où il a perdu confiance en ces capacités de s'ouvrir à de nouvelles choses et qu'il n'est pas prêt à organiser sa vie.

Dans la deuxième sous échelle (l'acceptation de soi), notre sujet a obtenu un sous score de 33, Mounir a coché sur la dimension totalement en accord les items : 10, 11, 21, 25 en particulier à l'item 10 « je suis une personne déterminée », à l'item 11 « je me demande rarement quel est le sens des choses », à l'item 21 « ma vie à un sens », et l'item 25 « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas ».

Pour la dimension très en désaccord il a coché les items (7, 8, 12, 16) en particulier à l'item 7 « habituellement, j'arrive à m'adapter facilement », à l'item 8 « je m'aime bien », à l'item 12 « je prends les choses comme elles viennent », et à l'item 16 « je trouve toujours quelque chose qui me fait rire ». Ce qu'il indique que Mounir se déteste, ne prend pas les choses comme elles viennent, et trouve pas des choses qui le font rire, de plus, il n'arrive pas à s'adapter facilement.

Synthèse de l'échelle :

À la lumière de ces résultats, Mounir a obtenu un score total de 120, ce qui suggère un caractère de résilience limite faible.

D'après ses réponses aux sous échelles (compétences personnelles, acceptation de soi), nous récapitulons que dans certains items, notre sujet se montre comme ayant des capacités et des compétences pour traverser les aléas de la vie, comme l'illustre l'item suivant « lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir », toutefois ses réponses sur d'autres items (12, 14, 15, 16) indiquent que il n'a pas de ressources, qui vont lui permettre de dépasser les circonstances difficiles.

I.2. Présentation du cas N° 02 : (Nacer)

Nacer, âgé de 43 ans, célibataire, est le cadet d'une fratrie de cinq frères et deux sœurs. Son niveau d'étude est de 3ème année secondaire. Il travaille comme manœuvre. Il a commencé à consommer de la prégabaline à l'âge de 19 ans. Il s'est présenté à l'hôpital dans le but d'arrêter sa consommation.

Lors de l'entretien, Nacer était stable sur le plan comportemental, calme et souriant. Son discours était clair et cohérent.

Nacer a grandi dans un environnement difficile : son père est décédé lorsqu'il avait 8 ans. Sa famille a perdu son équilibre, et il a vécu des problèmes familiaux qui ont eu un impact significatif sur sa vie.

Nacer nous affirme qu'il a commencé à consommer de l'alcool, puis à fumer du cannabis avec ses amis : « ... j'ai commencé par la consommation de l'alcool, puis j'ai fréquenté des gens qui m'ont amené vers le cannabis ».

De même, il a rapidement commencé à consommer une autre substance, la prégalabine, à l'âge de 19 ans : « ... au lycée, j'ai rapidement commencé à consommer de la prégalabine, dans le but d'oublier les problèmes... ». Cela a commencé par plaisir et curiosité : « ... j'ai pris la 150 mg (grenadine) et j'ai aimé son effet, je me sens d'une grande fraîcheur et plus léger... ». Quelques jours après, il a consommé la 300 mg en mélange avec du kif : « ... j'ai pris la 300 mg et j'ai aimé son effet, surtout en mélange avec d'autres substances (kif), et cela pour réduire les douleurs par rapport au cerveau. Une pilule me suffisait pour la journée, et son effet pouvait durer de 6 à 8 heures, voire presque toute la journée ».

Nacer nous a dit qu'il a des difficultés émotionnelles et qu'il souffre d'épilepsie, et c'est la prégalabine qui l'aide à les réduire.

Très vite, sa consommation est devenue régulière et compulsive, atteignant jusqu'à 4 comprimés par jour. Il ressent un soulagement après la consommation : « ... la prégalabine aide l'oxygène à entrer plus rapidement dans le cerveau » mais à l'inverse elle l'affect pour réduit ses capacités sexuelles. Cependant, il ressent aussi de la culpabilité et des symptômes de manque intense lorsqu'il tente d'arrêter (tremblements, irritabilité, insomnie, stress, fatigue et lourdeur).

Il nous a dit qu'il était conscient des risques liés à cette consommation, et c'est à cause de cela qu'il a abandonné ses études. Il a aussi développé un comportement de vol pour satisfaire ses besoins de consommation : « ... je travaille comme manœuvre, et le salaire mensuel ne suffit pas pour l'acheter, mais moi, je ne peux pas résister plus d'une semaine sans consommer, c'est ce qui m'a poussé à voler».

Il ajoute qu'avant son hospitalisation, il pouvait rester 4 jours sans consommer, mais actuellement, il peut rester jusqu'à 10 jours. Mais, sur une échelle de 0 à 10, il déclare que sa chance d'arrêter est de 2/10.

Même s'il est dépendant à la prégabaline depuis longtemps, Nacer montre quelques signes de résilience, même s'ils restent fragiles. Quand il traverse des moments difficiles liés à sa consommation, il dit que c'est surtout le soutien des autres qui l'aide à tenir, parfois même plus que ses propres forces. Il confie qu'il y a des instants où il se sent un peu plus solide, surtout quand il réussit à passer plus de temps sans consommer, ça lui redonne un peu d'espoir, même si ce n'est que temporaire. Mais ces efforts restent limités par le manque de soutien autour de lui et une estime de soi très fragile.

Lorsqu'il se sent découragé, il s'isole, essaie de dormir. Il en parle très franchement : «...j'ai envie de fumer. J'aime bien fumer, surtout les drogues. ». Il ajoute qu'aucune raison ne le pousse à arrêter de fumer et que selon lui « la consommation est une bonne chose ». Allant même jusqu'à dire : «...je m'en fous des autres » et affirme que, pour lui, « la consommation va rendre son avenir très bien ».

En même temps, il reconnaît qu'il y a des choses qui l'inquiètent dans sa consommation notamment les mauvaises fréquentations et la mauvaise qualité de ce qu'il consomme. Il dit même : « Je veux devenir Maréchal pour acheter la drogue facilement. » Tout cela montre à quel point Nacer est partagé entre une forte attirance pour la consommation et une certaine conscience des risques qu'elle comporte.

Son passé difficile, notamment la perte de son père à un jeune âge, l'a confronté très tôt à la souffrance. Il éprouve régulièrement des sentiments de honte et de culpabilité, surtout lorsqu'il vole ou ment pour obtenir la substance, ce qui renforce à la fois son mal-être et sa volonté timide de s'en sortir. Il dit ne pas pouvoir compter sur ses proches et se sent très souvent seul dans ce qu'il traverse. L'addiction a changé son regard sur les autres, il se sent à part, exclu, parfois même inférieur. Et aujourd'hui, il a du mal à imaginer ce que pourrait être son avenir.

Malgré tout, Nacer dit qu'il aimeraient avoir une vie plus stable une fois guéri, avec un travail correct, une relation stable, et aussi une nouvelle image auprès de sa famille. Il aimeraient que les professionnels de santé l'accompagnent avec écoute et bienveillance, et qu'un suivi soit assuré même après sa sortie de l'hôpital pour renforcer ses chances de rétablissement.

Synthèse de l'entretien :

Nacer a vécu beaucoup de choses difficiles, mais il a eu la force de venir chercher de l'aide malgré une longue histoire de dépendance à la prégabaline. Il est conscient de son problème et reconnaît les effets négatifs de la consommation sur sa santé et sa vie sociale. Même s'il se sent souvent seul et dit avoir peu de soutien, il tient parfois grâce à la présence des autres et garde en lui un petit espoir. Il parle sans détour de sa culpabilité, de sa honte, et de ses difficultés à résister, mais il montre aussi qu'il a envie de s'en sortir. Il rêve d'une vie plus stable, avec un travail, une relation saine et une meilleure image de lui-même auprès de sa famille. Malgré ses doutes et ses contradictions, cette envie de changement est bien présente.

I.2.1. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young :

Compétences personnelles	La cote	Acceptation de soi	La cote	Total
1	7	7	7	
2	7	8	7	
3	7	10	7	
4	7	11	6	
5	6	12	7	
6	7	16	6	
9	6	21	7	
13	7	25	7	
14	7			
15	7			
17	7			
18	7			
19	7			
20	6			
22	7			
23	6			
24	6			
Total des dimensions	114	//////////	54	168

Tableau N° 2 : Score obtenu par Nacer.

I.2.2. Analyse des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993) :

Le tableau ci-dessus, présente les résultats de Nacer sur l'échelle de résilience de Wagnild et Young, nous constatons qu'il a obtenu un score total qui est de 168, ce qui suggère un niveau de résilience élevé.

Dans la première sous échelle (compétences personnelles), notre sujet a obtenu un sous score de 114 en répondant par la dimension totalement en accord aux items : (1, 2, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 22) cela signifie qu'il possède des compétences personnelles, notamment à l'item 1 « lorsque je fais des projets, je les mène à terme », à l'item 2 « en général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre », à l'item 3 « je peux compter sur moi plus que sur les autres », à l'item 4 « l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses», à l'item 5 « s'il faut, je peux me débrouiller seul », à l'item 6 « je suis fier d'avoir réalisé des choses dans ma vie », à l'item 9 « je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois », à l'item 13 « je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés », à l'item 14 « je sais m'auto-discipliner , à l'item 15 « je m'intéresse à diverses choses » , à l'item 17 « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles », à l'item 18 « en cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi », à l'item 19 « d'habitude j'examine une situation sous tous ses angles », à l'item 20 « parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non », à l'item 22 « je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle », à l'item 23 « lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir » et à l'item 24 « j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire ».

Ces résultats montrent que notre sujet sait compter sur lui-même, garder confiance même dans les moments difficiles, et aller jusqu'au bout de ce qu'il entreprend. Il reste lucide face aux situations, et apprend de ses expériences.

Dans la deuxième sous échelle (l'acceptation de soi), notre sujet a obtenu un sous score de 54, il a coché sur la dimension totalement en accord aux items : 7, 8, 10, 12, 21, 25 en particulier à l'item 7 « habituellement, j'arrive à m'adapter facilement », à l'item 8 « je m'aime bien », à l'item 10 « je suis une personne déterminée », à l'item 11 « je me demande rarement quel est le sens des choses », à l'item 12 « je prends les choses comme elles viennent », à l'item 16 « je trouve toujours quelque chose qui me fait rire », à l'item 21 « ma

vie à un sens », et l'item 25 « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas».

Ces réponses indiquent une bonne acceptation de soi, une vision positive de sa personne, une capacité d'adaptation, ainsi qu'un certain recul face aux jugements extérieurs.

Synthèse de l'échelle :

À la lumière de ces résultats, Nacer a obtenu un score total de 168, ce qui suggère un niveau de résilience élevé.

D'après ses réponses aux sous échelles (compétences personnelles, acceptation de soi), il se montre comme une personne qui possède des ressources personnelles solides, capables de l'aider à traverser les aléas de la vie. Cela ressort par exemple dans des items comme : « lorsque je fais des projets, je les mène à terme » ou encore « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles ». Il sait s'appuyer sur lui-même, rester déterminé, et faire face aux imprévus avec recul et clarté.

Il déclare également s'aimer comme il est, donner du sens à sa vie, et ne pas se laisser atteindre par le regard des autres. Ces éléments traduisent une bonne estime de soi et une capacité à prendre les choses comme elles viennent.

Dans l'ensemble, les réponses de Nacer montrent un fonctionnement psychologique stable, avec une bonne capacité d'adaptation, une attitude positive, et une volonté d'avancer malgré les obstacles.

I.3. Présentation du cas N° 03 : (Mouloud)

Mouloud jeune homme âgé de 26 ans, célibataire, il est fils unique, son niveau d'étude 3ème année CEM, travaille comme mécanicien. Il s'est présenté à l'hôpital psychiatrique afin de mettre fin à sa consommation.

Lors de l'entretien, Mouloud était stable sur le plan comportemental, de bonne humeur, calme, et montrait un fort caractère. Son discours était clair et cohérent.

Mouloud a grandi dans un environnement difficile, ses parents sont divorcés quand il avait deux (02) mois. Il vivait avec sa mère et sa grande mère.

Quand il avait 14 ans son père est décédé. C'est à ce moment-là qu'il a commencé la consommation des produits psychoactifs (cannabis), «... j'ai commencé à fumer du cannabis avec mes amis au CEM et j'ai aimé son effet ».

Mouloud nous a informés qu'à la même année il a commencé à consommer la pré gabaline, «...j'ai fréquenté des gens qui m'ont amené vers Lyrica ». Au début c'était par curiosité, «... j'ai consommé une comprimé de 300mg par curiosité pour savoir la différence entre le cannabis et la pré gabaline et j'ai trop aimé l'effet qu'elle me fait, je me sens dynamique et heureux ».

Mouloud nous a dit que sa mère s'est remariée quand il avait 23 ans. C'est à ce moment-là qu'il est devenu vraiment addict, il prend de deux à trois comprimés par jour, et il ne pourrait pas rester plus d'un jour sans consommer. Aussi, il a dit que son comportement a changé, il est devenu calme et dynamique. Mais quand il est en manque il se sent très lourd et il fait des problèmes avec sa famille. Il nous a dit aussi qu'il est conscient du risque de cette consommation, d'ailleurs c'est à cause de ça qu'il a abandonné ses études, «...oui je savais, qu'il y a un risque lié à cette consommation, mais ce sont les mauvaises fréquentations qui m'ont conduit à cette situation».

La dépendance de Mouloud à la pré gabaline a eu des effets dévastateurs, il a commencé à éviter son entourage et rester isolé «... cette consommation a diminué mes relations avec ma famille, mes amis et même mon entourage », comme il a développé un comportement de vol pour satisfaire son besoin de consommation «...je vole l'argent de ma mère, et je vends les meubles de la maison pour acheter de la pré gabaline ». Il ajoute, qu'actuellement il ressent souvent de la honte et de la culpabilité. Sur une échelle de 0 à 10, il évalue sa chance d'arrêter à 8/10 ce qui montre une vraie envie de s'en sortir.

Lorsque Mouloud est confronté à des difficultés liées à sa consommation, ce qui l'aide à tenir bon est avant tout sa motivation personnelle à s'en sortir et le soutien de sa grand-mère, qui est la seule personne de son entourage qui garde encore un lien de confiance avec lui.

Il nous a confié que certains jours, lorsqu'il pense à son avenir ou voit ses anciens amis avancer dans la vie, il se sent plus fort et déterminé à changer. Ces moments sont rares, mais ils sont précieux et lui redonnent de l'espoir.

Quand il se sent faible ou qu'il a peur de rechuter, il essaie de s'occuper avec son travail de mécanicien ou en écoutant de la musique, même si ce n'est pas toujours suffisant.

Un événement qui l'a beaucoup marqué, c'est lorsqu'il s'est disputé violemment avec sa mère à cause d'un vol. Elle l'a mis dehors, et il a dû dormir deux nuits dans l'atelier où il travaille. Ce moment difficile l'a profondément fait réfléchir sérieusement à son mode de vie.

Les sentiments qui le poussent à vouloir changer sont d'abord la honte et la culpabilité envers sa mère, mais aussi le désir de retrouver sa dignité. Il aimerait un jour fonder une famille, devenir un père respectable et donner le bon exemple à ses enfants. C'est ce rêve qui lui donne la force de continuer.

Il dit que la honte est souvent très présente, surtout quand il repense à ce qu'il a fait, comme vendre des objets importants de la maison. Pour fuir cette culpabilité, il s'isole, mais aujourd'hui, il veut apprendre à parler, à s'ouvrir, à demander de l'aide. Il insiste sur le rôle essentiel de sa grand-mère, qui est toujours là pour lui et ne l'a jamais abandonné. Grâce à elle, il garde une certaine force.

Son regard sur les autres a changé à cause de l'addiction : il se sent jugé, rejeté, exclu. Il a peur de ne jamais retrouver une vie « normale ». Pourtant, il continue d'imaginer un futur meilleur, où il aurait un travail stable, où il réparerait ses liens familiaux, et vivrait enfin en paix.

Pour l'accompagner, il espère que les services de santé mentale puissent l'accompagner sans jugement, en lui offrant une prise en charge adaptée avec un vrai suivi psychologique.

Avec une voix brisée reflétant la douleur de sa culpabilité, il nous a informés qu'il se sent coupable de sa consommation. Il s'exprime en disant : «...je suis regretté pour le chemin que j'ai suivi, je me sens comme je suis dans une chambre noire ».

Synthèse de l'entretien :

Mouloud fait preuve de lucidité et de courage face à son parcours marqué par la douleur et la dépendance. Il est pleinement conscient de sa dépendance à la pré gabaline et a pris la décision de demander de l'aide, ce qui reflète une vraie volonté de changement. Il s'appuie sur le soutien constant de sa grand-mère, une figure importante et rassurante dans sa vie. Lorsqu'il se sent en danger de rechuter, il essaie de s'occuper avec son travail ou en écoutant de la musique, même si cela reste parfois difficile. Il parle avec sincérité de la honte

et de la culpabilité qu'il ressent, notamment envers sa mère, et souhaite réparer ses erreurs. Ce qui le pousse à avancer, c'est son désir de retrouver une vie digne, de fonder une famille et de devenir un exemple pour ses futurs enfants. Sa capacité à se projeter dans un avenir meilleur lui donne la force de continuer sur le chemin du changement.

I.3.1. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young :

Compétences Personnelles	La cote	Acceptation de soi	La cote	Total
1	4	7	2	
2	7	8	5	
3	6	10	5	
4	7	11	7	
5	6	12	5	
6	7	16	5	
9	2	21	2	
13	7	25	7	
14	7			
15	7			
17	4			
18	7			
19	6			
20	5			
22	6			
23	6			
24	6			
Total des dimensions	100	//////////	38	138

Tableau N° 3 : Score obtenu par Mouloud.

I.3.2. Analyse des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993) :

Le tableau ci-dessus, présente les résultats de Mouloud sur l'échelle de résilience de Wagnild et Young, nous constatons qu'il a obtenu un score total qui est de 138, ce qui suggère un niveau de résilience modéré.

Dans la première sous échelle (compétences personnelles), notre sujet a obtenu un sous score de 100 en répondant par la dimension totalement en accord aux items : (1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24) cela signifie qu'il possède des compétences personnelles, notamment à l'item 1 « lorsque je fais des projets, je les mènes à terme », à

l’item 2 « en général, je me débrouille d’une manière ou d’une autre », à l’item 3 « je peux compter sur moi plus que sur les autres », à l’item 4 « l’important pour moi est de garder de l’intérêt pour certaines choses », à l’item 5 « s’il le faut, je peux me débrouiller seul », à l’item 6 « je suis fier d’avoir réalisé des choses dans ma vie », à l’item 13 « je peux traverser des périodes difficiles parce que j’ai déjà vécu des difficultés », à l’item 14 « je sais m’auto-discipliner, à l’item 15 « je m’intéresse à diverses choses », à l’item 17 « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles », à l’item 18 « en cas d’urgence, on peut généralement compter sur moi », à l’item 19 « d’habitude j’examine une situation sous tous ses angles », à l’item 20 « parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non », à l’item 22 « je ne m’attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle », à l’item 23 « lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m’en sortir », et à l’item 24 « j’ai assez d’énergie pour faire ce que j’ai à faire», il a coché la dimension totalement en accord.

Pour la dimension très en désaccord il a coché à l’item (9) « je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois ».

Ces réponses montrent que notre sujet possède de bonnes compétences personnelles, qu’il sait mobiliser ses ressources en cas de besoin, faire preuve de discipline, de motivation, et qu’il a confiance en sa capacité à affronter les difficultés. La réponse à l’item 9 peut indiquer qu’il préfère se concentrer sur une chose à la fois, ou qu’il peut se sentir limité face à la gestion de plusieurs tâches simultanées.

Dans la deuxième sous échelle (l’acceptation de soi), notre sujet a obtenu un sous score de 38, il a coché sur la dimension totalement en accord aux items : 11, 25 en particulier à l’item 11 « je me demande rarement quel est le sens des choses », et à l’item 25 « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m’aiment pas ».

Pour les items (8, 10, 11, 12, 16, 25) « je m’aime bien », « je suis une personne déterminée », « je me demande rarement quel est le sens des choses », « je prends les choses comme elles viennent », « je trouve toujours quelque chose qui me fait rire», « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m’aiment pas » il a coché la dimension totalement en accord.

Pour la dimension très en désaccord, il a coché aux items (7, 21) « habituellement, j’arrive à m’adapter facilement », « ma vie à un sens ».

Ces réponses montrent que la personne s'accepte un peu, qu'elle a confiance en elle et qu'elle est déterminée. Elle arrive aussi à voir les choses de façon un peu plus légère. Mais en même temps, elle a du mal à s'adapter quand la vie change, et elle ne se sent pas toujours bien dans ce qu'elle vit. Ça peut vouloir dire qu'elle se sent parfois un peu perdue ou fragile quand elle doit faire face à des difficultés ou réfléchir au sens de sa vie.

Synthèse de l'échelle :

À la lumière de ces résultats, notre sujet a obtenu un score total de 138, ce qui suggère un niveau de résilience modéré.

D'après ses réponses aux sous échelles (compétences personnelles, acceptation de soi), il paraît comme une personne qui possède de bonnes ressources personnelles, capables de l'aider à traverser les difficultés de la vie. Cela ressort par exemple dans des items comme : « en général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre » ou encore « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles ». Il sait s'appuyer sur lui-même, faire preuve de discipline, rester motivé et mobiliser son énergie lorsque c'est nécessaire.

Il déclare aussi s'aimer tel qu'il est, et ne pas se laisser atteindre par le regard des autres. Ces éléments traduisent une bonne estime de soi.

Cependant, il montre aussi des difficultés à s'adapter facilement et à trouver du sens dans ce qu'il vit, ce qui peut laisser penser qu'il se sent parfois un peu perdu ou moins ancré lorsque les choses changent ou deviennent floues.

Dans l'ensemble, les réponses indiquent un équilibre personnel plutôt solide, avec une bonne base de confiance en soi, mais qui pourrait bénéficier d'un soutien ou d'un accompagnement dans les moments de transition ou de remise en question.

I.4. Présentation du cas N° 04 : (Karim)

Karim jeune homme âgé de 27 ans, célibataire, il est le benjamin d'une fratrie de deux frères et trois sœurs, son niveau d'étude 3ème année secondaire et est actuellement sans emploi (chômeur). Il a commencé à consommer de la pré gabaline à l'âge de 17 ans. Il s'est présenté à l'hôpital psychiatrique dans le but d'arrêter sa consommation.

Lors de l'entretien, Karim était instable sur le plan comportemental : il n'arrêtait pas de bouger ses pieds et touchait souvent ses cheveux. Son discours était clair et cohérent.

Karim a grandi dans un climat familial conflictuel, marqué par la violence verbale entre ses parents et un sentiment d'abandon affectif.

Karim nous affirme qu'il a fumé sa première cigarette avec ses amis, «...keyfehg tikkelt tamezwarut zzettla nekk d yemduka-iw mi gharegh di lycée, yerna i3ejviyi lhal », « la première fois j'ai fumé le cannabis avec mes amis au lycée, et j'ai aimé son effet ».

En effet, à l'âge de 17 ans il a commencé à consommer une autre substance qui est la pré gabaline (Lyrica), et ça c'était par curiosité «... ccigh la 300mg, i3ejviyi l'effet ynes, husegh-d s3igh atas l'énergie (teddugh atas), xfifegh, hninegh daghen », «...j'ai pris la 300mg et j'ai aimé l'effet qu'elle me fait, je me sens très énergique (je marche beaucoup), léger et tendre aussi ».

Karim nous a confié qu'il avait vécu des évènements marquants dans sa vie qui l'ont poussé à augmenter sa consommation de la pré gabaline, et de prendre jusqu'à 3 comprimés par jour. Il exprime avec un petit sourire sur son visage en disant : «...s3eddagh bezzaf lehwayej, mm hemlegh yiwit nwigh-tt i lehlal mi tejjayi, tennay-id uttkemmilegh ara dunnit-iw wahi d yiwen ittzetil », «...j'ai vécu beaucoup de choses, même j'ai aimé une fille, je voulais être avec elle, mais elle m'a quitté, et m'a dit je ne vais pas continuer ma vie avec un consommateur ».

Karim nous a dit que son comportement a changé, il est devenu très calme, dynamique, les choses bizarres et difficiles deviennent normales et faciles, mais quand il est en manque il ne se sent pas bien, stressé, ne parle pas avec les autres et il s'isole. Il a développé un comportement de vol et de vente des anciens meubles pour satisfaire son besoin de consommation, «...snuzuyegh lehwayej (negh les meubles) tiqdimin akken ad aghegh Lyrica agi », «... je vendais les anciens objets (ou meubles) pour pouvoir acheter cette Lyrica ».

D'après lui, au début de cette consommation c'était juste l'envie d'essayer et il n'était pas conscient de son risque. Il l'a considérée comme sa source de bonheur et la chose qui le rendait heureux, «...tikkelt tamezwarut juste thusayid envie nni att-seyyigh, après thughal d lhaja rthahegh mlih ghures », «...au début j'avais juste envie d'essayer mais ensuite c'est devenu quelque chose qui me procurait du bien-être ». Il ajoute qu'avant son hospitalisation il ne pouvait pas rester plus de deux jours sans consommer, mais actuellement sur une échelle de 0 à 10, il évaluer sa chance d'arrêter à 5/10.

Malgré son parcours difficile, Karim semble aujourd’hui engagé dans une démarche de changement, motivé par le désir d’arrêter sa consommation. Lorsqu’il fait face à des difficultés liées à sa dépendance, il semble puiser dans certaines ressources internes comme la volonté de ne pas rester dans son isolement, et l’envie de retrouver une vie plus stable. Le souvenir de son rejet amoureux a aussi agi comme un déclencheur de prise de conscience, le poussant à réfléchir à son image et à ses choix. Il reconnaît se sentir parfois plus fort lorsqu’il pense à son avenir sans drogue, bien qu’il admette que ces moments restent fragiles.

Quand Karim traverse des moments de découragement ou de manque, son premier réflexe, c’est souvent de s’isoler. Mais peu à peu, il commence à prendre conscience de l’importance de dire ce qu’il ressent et de demander de l’aide.

Ce qui donne à Karim la force de continuer, c’est surtout l’envie de ne plus être rejeté, de ne plus être vu simplement comme « un consommateur ». Il aspire à une vie plus digne, quelque chose de plus juste pour lui.

Il ressentir parfois de la honte vis-à-vis de ses actes, notamment le vol de meubles familiaux, ce qui renforce son envie de changer.

Karim dit clairement qu’il n’a aucun soutien autour de lui. Pas de vraie présence sur qui compter. Il n’a jamais vraiment eu un soutien familial solide sur lequel s’appuyer. L’addiction a profondément changé sa manière de voir les autres : il les perçoit souvent comme des personnes qui le jugent ou qui finissent par l’abandonner. Malgré tout ça, il garde l’espoir qu’après le sevrage, sa vie sera plus libre, stable, et qu’il pourra enfin reprendre une activité ou lancer un projet personnel.

Pour l’accompagner, il souhaite que les services de santé l’accompagnent de manière bienveillante, sans le juger, en l’aidant à comprendre ses émotions, à structurer ses journées.

Avec un visage exprimant le regret et la tristesse, il nous a informés qu’il est coupable de sa consommation de la prégabaline. Il exprime en disant : «...neddmegh mlih mi tev3egh avrid-ayi, neddmegh mi khultegh l3ivad n diri », «...je regrette beaucoup d’avoir emprunté ce chemin, je regrette d’avoir fréquenté de mauvaises personnes ».

Synthèse de l'entretien :

Karim traverse une période très difficile, mais il montre une volonté réelle de changer. Il sait que sa consommation de prégabaline lui a causé beaucoup de problèmes, et même s'il a du mal à gérer ses émotions, il commence à comprendre l'importance de demander de l'aide. Karim porte en lui beaucoup de honte et de regrets, surtout à cause de ce qu'il a volé dans sa famille, mais il veut vraiment s'en sortir. Il se sent souvent seul, sans soutien autour de lui, et ça le touche profondément. Pourtant, malgré ses moments de découragement et son isolement, il garde au fond de lui l'espoir d'une vie meilleure, sans drogue, où il pourra enfin se sentir libre, stable, et trouver sa place. Ce désir de dignité et de respect pour lui-même lui donne la force de continuer à avancer, même si le chemin reste compliqué.

I.4.1. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young :

Compétences personnelles	La cote	Acceptation de soi	La cote	Total
1	3	7	2	
2	5	8	4	
3	4	10	2	
4	3	11	1	
5	2	12	3	
6	5	16	6	
9	6	21	5	
13	4	25	6	
14	3			
15	5			
17	5			
18	3			
19	2			
20	1			
22	6			
23	4			
24	4			
Total des dimensions	65	//////////	29	94

Tableau N° 4 : Score obtenu par Karim.

I.4.2. Analyse des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993) :

Le tableau ci-dessus, présente les résultats de Karim sur l'échelle de résilience de Wagnild et Young, nous constatons qu'il a obtenu un score total qui est de 94, ce qui suggère un niveau de résilience très faible.

Dans la première sous échelle (compétences personnelles), notre sujet a obtenu un sous score de 65 aux items : (2, 3, 6, 9, 13, 15, 17, 22, 23, 24) cela notamment à l'item 2 « en général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre », à l'item 3 « je peux compter sur moi plus que sur les autres », à l'item 6 « je suis fier d'avoir réalisé des choses dans ma vie », à l'item 9 « je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois », à l'item 13 « je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés », à l'item 15 « je m'intéresse à diverses choses », à l'item 17 « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles », à l'item 22 « je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle », à l'item 23 « lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir », et à l'item 24 « j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire », il a coché la dimension totalement en accord .

Pour la dimension très en désaccord il a coché aux items (1, 4, 5, 14, 18, 19, 20 notamment à l'item 1 « lorsque je fais des projets, je les mène à terme », à l'item 4 « l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses », à l'item 5 « s'il le faut, je peux me débrouiller seul », à l'item 14 « je sais m'auto-discipliner », à l'item 18 « en cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi », à l'item 19 « d'habitude j'examine une situation sous tous ses angles », et à l'item 20 « parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non ».

Ces résultats indiquent que notre sujet sait compter sur lui-même dans plusieurs situations, fait preuve d'une certaine confiance en ses capacités et peut traverser des périodes difficiles. Cependant, il rencontre des difficultés à s'organiser, à maintenir sa motivation sur le long terme, et à être pleinement autonome face aux défis.

Dans la deuxième sous échelle (l'acceptation de soi), notre sujet a obtenu un sous score de 29, il a coché aux items (8, 16, 21, 25) en particulier à l'item 8 « je m'aime bien », à l'item 16 « je trouve toujours quelque chose qui me fait rire », à l'item 21 « ma vie à un sens », et à

l'item 25 « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas », il a coché la dimension totalement en accord.

Pour la dimension très en désaccord il a coché aux items (7, 10, 11, 12) « habituellement, j'arrive à m'adapter facilement », « je suis une personne déterminée », « je me demande rarement quel est le sens des choses », « je prends les choses comme elles viennent ».

Ces résultats montrent que notre sujet à une image positive de lui-même, trouve encore des raisons de rire et perçoit un sens à sa vie. Cependant, il rencontre des difficultés à s'adapter facilement aux situations, à faire preuve de détermination, et à adopter une attitude plus détendue face aux événements. Cela peut refléter une certaine fragilité dans son rapport à lui-même et aux changements.

Synthèse de l'échelle :

D'après les résultats obtenus, Karim a obtenu un score total de 94, ce qui suggère un niveau de résilience très faible, avec à la fois des forces solides et quelques fragilités.

À travers ses réponses aux sous échelles (compétences personnelles, acceptation de soi), il montre qu'il possède des ressources personnelles importantes : il sait se débrouiller seul, garder son calme, et mobiliser ses forces intérieures quand la situation devient difficile. Il se décrit aussi comme capable de traverser les périodes compliquées grâce à ce qu'il a déjà vécu, ce qui témoigne d'un certain apprentissage par l'expérience.

Il affirme également s'aimer comme il est, trouver de la légèreté au quotidien, et ne pas se laisser atteindre par le regard des autres, ce qui reflète une bonne estime de soi et une certaine stabilité dans sa manière de se percevoir.

Cependant, d'autres réponses mettent en lumière des zones plus vulnérables : il peut avoir du mal à s'adapter facilement, à donner du sens à ce qu'il vit, ou encore à rester constant dans ses efforts sur le long terme. Cela peut indiquer qu'il se sent parfois un peu déstabilisé par le changement, ou qu'il traverse des moments de doute sur sa direction ou sa motivation.

Dans l'ensemble, ses réponses reflètent une personne avec des bases solides, qui a appris à faire face à la vie, mais qui gagnerait à renforcer certains appuis intérieurs, notamment pour mieux s'adapter aux périodes un peu floues ou déstabilisantes.

I.5. Présentation du cas N° 5 : (Fares)

Fares est un homme âgé de 51 ans, marié et père de 3 garçons. Son niveau d'étude s'est arrêté à la première année du cycle moyen.

Pendant l'entretien, il avait l'air triste, le regard vide, comme s'il était ailleurs. Au début, il était réservé, mais au cours de notre échange, il a commencé à parler de sa vie.

Fares a grandi dans une famille dysfonctionnelle, avec beaucoup de tensions et de conflits : « *ymmaakk d baba uytehibin ara tehibin derya nsen niden* ». Depuis qu'il est adolescent, il travaille dans un petit kiosque et vend des cigarettes et d'autres petites choses. Même après son mariage, ses conflits ont continué, avec sa femme, en raison du fait qu'il n'avait pas un travail stable : « *gema dekragh tmaghagh d tmettuthiw gukham* ».

Ces conflits et problèmes rencontrés dans la vie de Fares, et les conditions défavorables et sa responsabilité précoce, tous ces défis combinés à des conflits familiaux graves ont mené à un terrible drame, où il a tué son frère, un acte lié à sa consommation de prégabaline : « *seba i yijjan adenghagh gma d sarukh ni i chigh* ». À cause de ce crime, il a fait six ans de prison.

Fares raconte que sa consommation de prégabaline a commencé régulièrement en 2022. Il dit que cela le rend plus actif et à l'aise, sentant de la paix : « *asma adechagh yiweth ar snath deg wass tehusugh slhna delfarh, tehusugh imaniw khfifagh* », mais il affirme également que cela lui permet de fuir la réalité, comme s'il vivait dans un autre monde : « *asma adechagh sarukh ayi serwaliyi gdunith it3ichigh* ». Maintenant, il en prend tous les jours, il ne peut plus s'en arrêter.

Il sait que cela le détruit, il s'isole, se dispute avec ses proches, et il a même volé pour pouvoir en acheter : « *tarayi tghamagh kn wahdi di bara ngh dakhel wekham, tmaghegh atas dlghachi, même takreghd akin adeghagh* ». Quand on lui a demandé s'il était motivé pour s'en sortir, il s'est donné une note de 4 sur 10, ce qui veut dire : pas beaucoup.

À la fin de l'entretien, Fares nous a dit : « Ce n'est pas aujourd'hui ni demain que j'arriverai à arrêter. Quand je la prends, je me sens trop bien... mais au fond, ça me fait tellement de mal dans ma tête et dans mon corps. »

Et il a fini par dire : « Si Dieu le veut, un jour j'y arriverai. », « *asma yebghou Rebbi adehvsagh* ».

Synthèse de l'entretien :

D'après l'entretien que nous avons effectué avec Fares, nous constatons que ce dernier est un homme brisé enfermé dans une addiction lourde, il est conscient de sa situation, mais il n'a presque plus la force d'en sortir. Dans ce qu'il a raconté, il n'y a pas vraiment de signe de résilience ,juste de la douleur, du regret et une dépendance profonde qui l'empêche de rebondir au raison de son climat familiale difficile dont les conditions sont totalement défavorables comme le manque de travail stable, le manque de soutien social, tous cela entraîne chez lui un malaise intense et une incapacité à satisfaire les besoins de sa famille, ces résultats mettent aussi en lumière les défis significatifs auxquels il fait face aux difficultés liées à sa situation.

I.5.1. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young :

Compétences personnelles	La cote	Acceptation de soi	La cote	Total
1	7	7	7	
2	1	8	7	
3	1	10	5	
4	1	11	5	
5	7	12	7	
6	7	16	7	
9	6	21	1	
13	6	25	7	
14	5			
15	5			
17	3			
18	7			
19	1			
20	7			
22	7			
23	6			
24	1			
Total des dimensions	78	//////////	46	124

Tableau N° 5 : Score obtenu par Fares.

I.5.2. Analyse des résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young 1993 :

Le tableau représente les résultats de l'échelle de résilience Wagnild et Young, par ces résultats nous remarquons que notre sujet possède un caractère de résilience dont le score de l'échelle est de 124, ce qui suggère un niveau de résilience limite faible.

Par rapport au premier axe lié aux (compétences personnelles), Fares a obtenu un score de 78, en répondant par la dimension totalement en accord, où il a coché sur, les items suivants 1 ,5 6,18, 20, 22, cela signifie que Fares possède des compétences personnelles comme « lorsque je fais des projets, je les mène à terme », « s'il le faut, je peux me débrouiller seul », « je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie », « en cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi », « parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non », « je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle », « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas ». Pour les items 9, 13 ,14 ,15 , et 23, « je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois », « je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés », «je sais m'autodiscipliner », « je m'intéresse à diverses choses », « lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir », il a coché la dimension en accord, et pour l'item 17, il a coché la dimension très en désaccord. D'après les réponses de notre cas, nous déduisons que ce dernier bénéfice d'une bonne estime de soi, avec une grande confiance en soi, et une croyance en son efficacité, avec une capacité à faire face aux difficultés.

En ce qui concerne la dimension très en désaccord, il a coché les items suivants : 2, 3, 4, 19, 24, en particulier à « en général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre », « je peux compter sur moi plus que sur les autres », « l'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses », «d'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles », « j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire », nous remarquons que notre sujet a eu un sous score de 5 dans la dimension très en désaccord, où il a perdu confiance en ses capacités, de s'ouvrir à de nouvelles choses, et aussi il n'est pas prêt à organiser sa vie.

En ce qui concerne le deuxième axe qui est (l'acceptation de soi), il a obtenu un score de 46, il a coché sur la dimension « totalement en accord » pour les items suivants 7, 8, 12, 16, 25, « habituellement, j'arrive à m'adapter facilement », « je m'aime bien », « je prends

les choses comme elles viennent », « je trouve toujours quelque chose qui me fait rire », «ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas ».

Pour la dimension très en désaccord, il a coché sur l'item suivant : « ma vie a un sens ». Ce qui indique que Fares, n'arrive pas à s'adapter facilement, et il se déteste, et ne peut pas prendre les choses comme elles viennent, il ne trouve pas des choses qui le font rire, vers la fin, sa vie pour lui n'a pas de sens.

Synthèse de l'échelle :

À la lumière de ces résultats obtenus, nous conclurons que Fares a un caractère de résilience limite faible, dont il a eu un score total de 124.

D'après ses réponses aux sous échelles (compétences personnelles, acceptation de soi). Nous récapitulons que dans certains items ,notre sujet se montre ayant des capacités et des compétences pour traverser les aléas de la vie comme l'illustre cet item suivant «Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir », toutefois, ses réponses sur d'autres items où il a coché la dimension "très en désaccord "comme les items (2,3,4, 19, 21 ,24), indiquent qu'il n'a pas de ressources, qui vont lui permettre de dépasser les circonstances difficiles, par exemple « ma vie a un sens ».

I.6. Présentation du cas N°6 : (Mahdi)

Il s'agit du jeune Mahdi de 18 ans, vit dans une famille composée des parents et deux grands frères. Il a arrêté ses études en première année moyenne.

Faisant suite à l'entretien effectué avec Mahdi, nous avons eu à constater la présence de plusieurs conditions et évènements qui le poussent à consommer de la prégabaline. Mahdi, a grandi au sein d'un climat familiale qui n'avait ni règles claires et où les comportements liés à la dépendance aux drogues étaient considérés comme normaux, puisque ses deux grands frères sont des modèles pour Mahdi. D'abord il a quitté l'école très jeune pour intégrer le travail comme un boucher. « *hbsagh di lqraya aka adetfagh khedma deg boucherie* ». Ensuite il vit une pression intense autour de lui, et son histoire montre qu'il a manqué de repères stables et qu'il était fragile sur le plan psychologique dès son jeune âge. Tout cela a pu le pousser à chercher des solutions mal adaptées, comme aller consommer de la prégabaline pour faire face à ses difficultés.

Mahdi a commencé à prendre de la prégabaline à l'âge de 12 ans, en même temps qu'il buvait de l'alcool. Il en prend entre deux à quatre comprimés par jour. « *Zemragh adechagh alma reb3a th3eqayin deg wass normal* ». Sa consommation est devenue incontrôlable, au point qu'il ne peut pas s'en passer plus de deux jours puisqu'il ressent un grand manque, avec de symptômes physiques comme les maux de tête, de l'irritabilité, des insomnies et une sensation de vide. « *Asma ad qimagh bla sarukh tehusugh s Ibid, idhes degidh ugangh ara, aqaruyiw itteqrah machi dekra* ».

Une tentative de suivi psychiatrique a été mise en place, mais elle n'a pas réussi à l'aider à arrêter ou même à diminuer sa consommation, ce qui montre à quel point il est dépendant et encore qu'il ait commencé si jeune rend sa situation encore plus compliquée.

Mahdi est très attaché à la prégabaline, qu'il voit comme une source de plaisir et de calme il dit : « *asma adechagh sarukh ayi tehusugh s qewwa d lhna deg qaruyiw khdmagh akhdmaw rapide* ». Il en a besoin chaque jour pour se sentir bien, ce qui montre une forte dépendance. « *Asma ad qimagh bla ma chight tqlagh cava pas tnaghagh deg ukham d yemma d baba d lhbabaw di bara* ».

Cette dépendance à la substance le pousse à commettre des vols dans son domicile, et même en dehors du domicile, et il affirme que même ses amis lui donne des fois de la prégabaline, des autres fois de l'argent pour l'acheter ce qui l'encourage plus à consommer. « *Tekrghd idrimen deg gukham i yemma ngh i baba, ngh tikwel takniyid imdukaliw aka adeghagh* ».

Le milieu familial joue un rôle important dans le maintien de cette dépendance chez Mahdi, ou ses frères sont des consommateurs depuis plusieurs années, sa mère ne pose pas vraiment de limite et ne propose pas de soutien, ce qui participe à rendre cette consommation banale et normale. « *twaligh aythma sessen la drogue nk daghen i3jviyid lhal sesagh* ».

Mahdi ne veut pas changer pour l'instant et pense qu'il ne s'en sortira jamais d'ailleurs ses chances de sortir de sa consommation est, selon lui, de 0 sur 10 .Il est tirailé entre des amis qui l'encouragent à continuer et d'autres qui veulent l'aider à arrêter. Il a vraiment un manque de soutien, mais une petite prise de conscience commence à apparaître ou il dit : « si je pouvais effacer le premier jour où j'ai commencé, jamais je n'y reviendrais ». « *Lukn adiqel premier jour i consomigh sarukh jamais as3iwdagh* ».

Synthèse de l'entretien :

En référant à ces données recueillies à travers l'entretien clinique semi-directif, nous synthétisons que Mahdi qui a grandi dans une famille où la drogue faisait partie du quotidien, surtout avec ses deux grands frères qui consomment aussi. Après qu'il a quitté l'école très jeune, il a commencé à travailler et prendre de la prégabalin à 12 ans, et aujourd'hui, il en prend tous les jours et ne peut pas s'en sortir, le manque de soutien auprès de sa mère qui ne pose pas de limites, ses amis, au lieu de l'aider, l'encouragent à continuer. Mahdi ne croit pas qu'il peut s'en sortir, et n'a pas vraiment envie de changer .On peut dire que Mahdi est pris dans sa consommation, et pour l'instant il n'y a pas de vrais caractères de résilience qu'il veut s'en sortir, où qu'il essaie même.

I.6.1. Présentation et analyse des résultats de résilience de Wagnild et Young :

Compétences Personnelles	La cote	Acceptation de soi	La cote	Total
1	7	7	5	
2	7	8	7	
3	7	10	6	
4	6	11	5	
5	7	12	6	
6	5	16	5	
9	6	21	1	
13	5	25	1	
14	4			
15	5			
17	6			
18	7			
19	6			
20	1			
22	4			
23	6			
24	3			
Total des dimensions	92	//////////	36	128

Tableau N° 6 : Score obtenu par Mahdi.

I.6.2. Analyse des résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young 1993 :

Le tableau représente les résultats de l'échelle de résilience Wagnild et Young, par ces résultats nous remarquons que notre sujet possède un caractère de résilience dont le score de l'échelle est de 128, ce qui suggère un niveau de résilience limite faible.

Par rapport au premier axe lié aux (compétences personnelles), Mahdi a obtenu un score de 92, en répondant par la dimension « totalement en accord », ou il a coché sur les items suivants : 1, 2, 3, 5, 18, et cela indique qu'il a des compétences personnelles comme « lorsque je fais des projets, je les mène à terme », « en générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre », « je peux compter sur moi plus que sur les autres », « S'il le faut, je peux me débrouiller seul », « en cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi ». Pour les items 4, 6, 9, 13, 15, 17, 19, 23 « l'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses », « je suis fier d'avoir réalisé des choses dans ma vie », « je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois », « je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés », « je m'intéresse à diverses choses », « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles », « d'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles », « lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir », il a coché auprès de la dimension totalement en accord.

D'après les réponses de notre sujet, nous ne déduisons que ce dernier possède des capacités morales et physiques qui lui permettaient d'affronter les obstacles et les moments très difficiles, ainsi qu'il est une personne déterminé, mène ses projets jusqu'au bout, et quelle que soient les obstacles, il trouve des issus, parce qu'il déjà vécu ses difficultés.

En ce qui concerne la dimension très en désaccord, il a coché sur l'item suivante 20 « Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non », nous remarquons que notre sujet a eu un sous score de 1, dans cette dimension ,ou dans certains moments, il se force à faire des choses qui lui plaisent ou qui ne lui plaisent pas, ce qui indique que malgré ses capacités à faire face, il montre bien aussi qu'il est sous obligations d'effectuer certains choses.

Par rapport au deuxième axe qui est (l'acceptation de soi), il a obtenu un score de 36, dont il a coché sur la dimension « totalement en accord », pour l'item suivante, 8 « je m'aime bien », ce qui indique une forte croyance et une bonne estime de soi. Pour les items,

7, 10, 11, 12, 16, « habituellement, j'arrive à m'adapter facilement », « je suis une personne déterminée », « je me demande rarement quel est le sens des choses », « je prends les choses comme elles viennent », « je trouve toujours quelque chose qui me fait rire », il a coché auprès de la dimension totalement en accord, ce qui indique que notre cas dans cette dimension, possède à s'adapter facilement, qu'il est une personne déterminée, qu'il demande le sens des choses dans sa vie, et prendre les choses comme elles viennent, et trouve des choses qui le font rire.

Pour la dimension en très en désaccord, il a obtenu un sous score de 2, dont il a coché sur les items suivants, 21, et 25, « ma vie a un sens », « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas », ce qui indique que Mahdi, n'arrive pas à mettre du sens à sa vie, et que le fait que certaines personnes ne l'aiment pas le dérange.

Synthèse de l'échelle :

À la lumière de ces résultats obtenus, nous conclurons que Mahdi a un caractère de résilience limite faible, dont il a eu un score total de 128.

D'après ses réponses aux sous échelles (compétences personnelles, acceptation de soi), nous récapitulons que dans certains items, notre sujet se montre ayant des capacités et compétences pour traverser les différentes difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne comme l'illustre les items suivants « en générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre », « je peux compter sur moi plus que sur les autres », « lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir », toutefois, dans ses réponses sur d'autres items dont il a coché sur la dimension très en désaccord comme les items suivants, « Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non », « ma vie a un sens », « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas », indiquent qu'il n'a pas de ressources et ne s'accepte pas comme il est, avec un profond complexe dû au fait que les autres gens le déteste.

I.7. Présentation du cas N°7 : (Amine)

Amine jeune adulte âgé de 20 ans, le plus jeune de sa famille .Il a arrêté l'école assez tôt, au collège (CEM), et a grandi dans un environnement difficile .Sa famille est instable et marquée par la délinquance, dont ses deux frères sont en prison pour vols.

Amine a commencé à consommer des drogues dès le collège, poussé par la curiosité et l'influence de son entourage. « *Comasagh zetla di l'école anda gheragh wahi dimdukaliw* ». Il a commencé par fumer du cannabis (zetla), puis découvre plus tard la prégabaline(Lyrica) grâce à de nouvelles fréquentations. « *Bdigh s zetla di tazwara, après fkaniyid imdukaliw sarukh chight* ». Sa première prise de prégabaline est marquante, il dit que cette substance a une sensation de bien-être profond, de détente et de soulagement, comme si tous problèmes disparaissaient dans un moment. « *Asma adechagh sarukhayi les problèmes is3igh trouhen, tehusugh alaise, khifagh, dynamique et surtout tsoulaji aqaruyiw* », ce qui montre à quel point cette substance lui apporte un confort intérieur.

Amine consomme aujourd’hui 1 à 2 gélules de 100mg par jour, surtout le soir « *sesagh yiweth ar snath n sarukh deg wass* », il associe souvent la prise à la musquie ou à des récitations coraniques « *asma adechagh sarukh hmlagh ad slagh la musique, ngh louqran* », ce qui accentue son apaisement.

Cette consommation régulière chez Amine entraîne plusieurs effets négatifs en particulier, une sensation de fatigue énorme, l'isolement, il devient agressif et agit parfois de façon impulsive « *tehusugh s l3ya hawla, tehibigh adqimagh wehdi kn, teqlagh aggresif tfqa3agh rapide* ». Il confirme qu'il ne peut pas passer plus de deux jours sans consommer, et lorsqu'il reste sans consommer, il devient instable et même a essayé d'agresser un son cousin avec le vol de l'argent à la maison pour acheter la prégabaline « *asmi ad qimagh bla ma chigh ttwarwigh deg wass tnaghagh d mis 3emi, tekraghd dghn akn adeghagh sarukh* ».

Amine a fait 3 mois de prison, après une altercation avec une amie, à sa sortie ses parents l'on emmené à l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, inquiets pour leur fils, et même si sa famille est fragile sa mère reste une personne importante pour lui, et garde un lien solide avec elle « *yemma tefahmiyid uytehras ara t3awaniyi akn adehsagh sarukhayi* ». Il ressent parfois de la culpabilité envers sa famille, ce qui montre qu'il prend peu à peu conscience de sa consommation. « *Tehusgh s ndama gher twacultiw* ».

Amine, sait que sa consommation est liée à un mal-être familial et sociale plus qu'un simple plaisir et dit qu'il consomme pour fuir ses problèmes personnels et familiaux « *sesagh sarukh akn ad be3dagh ghef les problèmes yellan* », d'ailleurs il a évalué sa volonté à cause son environnement est de à 0sur10, cependant le fait qu'il reconnaît ses souffrances, qu'il parle de ses difficultés et qu'il garde un lien affectif avec sa mère, et même avoir des projets

pour l'avenir comme faire du sport et une musique préféré (RAP), peuvent être un point de départ vers la guérison de cette addiction.

Synthèse de l'entretien :

D'après l'entretien que nous avons effectué, nous constatons que Amine a grandi dans une famille instable, ses frères sont incarcérés, il a abandonné son école très tôt, l'environnement était délinquant et compliqué, avec le début précoce de la consommation, sans oublier ses antécédents judiciaires. D'autre part nous avons remarqué qu'il présente aussi des critères de résilience : il arrive à parler de ce qu'il ressent, une préservation d'une relation très forte avec sa mère, et aussi le sentiment de culpabilité, qui est un signe d'une prise de conscience, vers la fin avoir des projets pour le futur comme faire du sport et la musique préférée, sont des petits choses positives qui peuvent l'aider à s'en sortir.

I.7.1. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young :

Compétences personnelles	La cote	Acceptation de soi	La cote	Total
1	7	7	7	
2	6	8	7	
3	7	10	7	
4	7	11	3	
5	5	12	1	
6	7	16	7	
9	4	21	7	
13	4	25	7	
14	7			
15	1			
17	7			
18	7			
19	3			
20	7			
22	5			
23	7			
24	1			
Total des dimensions	92	//////////	46	138

Tableau N° 7 : Analyse Score obtenu par Amine.

I.7.2. Analyse des résultats de le l'échelle de résilience de Wagnild et Young 1993 :

Ce tableau représente les résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young, par ces résultats nous remarquons qu'Amine a obtenu un score total de 138, ce qui signifie une résilience modérée.

À propos de premier axe qui correspond aux (compétences personnelles), Amine a marqué un score de 92 ,en répondant par la dimension « totalement en accord »,dont il a coché sur les items suivants,1, 3, 4, 6, 14, 17, 18, 20, 23, « lorsque je fais des projets, je les mène à terme », « je peux compter sur moi plus que sur les autres », « l'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses », « je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie », « je sais m'auto-discipliner », « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles », « en cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi », « parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non », « lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir ». Pour les items, 2, 5, 22, « en générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre », « s'il le faut, je peux me débrouiller seul », « je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle », il a coché auprès de la dimension totalement en accord, et pour les items, 9, 13, 19, il a coché la dimension très en désaccord.

D'après les réponses de notre cas, nous récapitulons que ce dernier bénéficie d'une bonne estime de soi, et qu'il est une personne autonome qui ne s'étaye pas sur les autres, malgré les difficultés.

En ce qui concerne la dimension très en désaccord, il a coché sur les items suivants, 15, 24, « je m'intéresse à diverses choses », « j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire », nous remarquons que notre sujet a eu un sous score de 2, dans cette dimension très en désaccord, où il a perdu complètement le gout de s'intéresser à diverses choses dans sa vie, ainsi que le manque total d'énergie pour faire ce qui a à faire.

Concernant le deuxième axe qui est (l'acceptation de soi), il a obtenu un score de 46, dont il a coché sur la dimension totalement en accord pour les items suivants : ,7, 8 , 10, 16, 21, 25, « habituellement, j'arrive à m'adapter facilement », « je m'aime bien », « je suis une personne déterminée », « je trouve toujours quelque chose qui me fait rire » , « ma vie a un sens », « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas ».

Pour la dimension en très en désaccord, il a coché sur l'item suivante, « je prends les choses comme elles viennent », et pour l'item 11, « je me demande rarement quel est le sens des choses », il a coché auprès de la dimension très en désaccord. Ce qui indique qu'Amine, est une personne qui ne cherche pas à tout comprendre et à tout maîtriser.

Synthèse de l'échelle :

À la lumière de ces résultats obtenus, nous conclurons que Amine a un caractère de résilience modéré, dont il a eu un score total de 138.

D'après ses réponses aux sous échelles (compétences personnelles, acceptation de soi), en particulier le premier axe lié aux compétences, notamment, dans la première dimension totalement en accord, il a obtenu également un score de 63, dans la deuxième sous échelle lié à l'acceptation de soi dans la dimension totalement en accord, il a eu un score de 42.

Donc d'après ces résultats nous constatons que notre sujet possède des compétences diverses et riches, il a un niveau d'adaptation très élevé dont il accepte les situations comme elles viennent, et même il sait s'auto-discipliner, sa confiance et amour en soi lui permettent de traverser des périodes difficiles, ainsi l'amour de son soi, tout ça lui permet de se

Développer positivement envers une personne résiliente, malgré les circonstances défavorables.

II. Analyse et discussion de l'hypothèse:

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos sept cas, nous pouvons maintenant confirmer ou infirmer notre hypothèse. Ensuite nous allons confronter nos résultats avec des études antérieures sur ce sujet.

Pour vérifier notre hypothèse, nous sommes basés sur les données obtenues à partir des deux outils de recherche que nous avons utilisés : l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle de résilience de Wagnild et Young 1993, en se basant sur la théorie Cognitivo-Comportementale.

Cette recherche vise à explorer la résilience chez les personnes addictes à la prégabaline, afin de mesurer leur niveau de résilience et d'identifier les facteurs personnels, sociaux, environnementaux qui y contribuent. En outre, cet outil permet une évaluation précise de leur capacité à faire face aux difficultés et à rebondir face à l'adversité.

Notre hypothèse de départ stipule qu'il existerait un caractère de résilience faible chez les personnes addictes à la prégabaline.

Les résultats obtenus à l'échelle de résilience, indiquent que quatre participants de notre groupe de recherche manifestent une capacité de résilience faible tandis que les trois autres rencontrent des défis plus importants pour faire face au stress et aux difficultés. Cette variabilité souligne l'importance de comprendre les facteurs qui favorisent la résilience et de développer des interventions adaptées pour renforcer cette capacité.

La discussion commencera par la présentation du tableau qui récapitule les résultats de la recherche.

Les cas	Score total	Interprétation
Nacer	168	Elevé
Mouloud	138	Modéré
Amine	138	Modéré
Mahdi	128	Limite faible
Fares	124	Limite faible
Mounir	120	Limite faible
Karim	94	Très faible

Tableau N°8 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle de résilience de Wagnild et Young.

Nous constatons qu'un seul participant sur sept a obtenu un score élevé (168), sur l'échelle de résilience de Wagnild et Young, ce qui représente une exception avec un niveau élevé de capacité à surmonter les défis et à rebondir après des épreuves. Cette observation peut indiquer que ce participant possède des compétences, des traits de personnalité ou des ressources sociales spécifiques qui favorisent une résilience renforcée.

Pour Mouloud et Amine, ils ont obtenus un même score de (138) sur cette échelle de résilience, indiquant qu'ils possèdent une certaine capacité à faire face aux difficultés, à résoudre efficacement les problèmes, et trouver des solutions pratiques aux défis rencontrées.

De plus, leur capacité à rester positifs, même dans des situations difficiles, peut les aider à affronter les épreuves, le soutien de leur entourage, comme les amis, la famille ou les collègues de confiance, peut également être un facteur contribuant à leur résilience. En outre, leur spiritualité, comme croire en Dieu peut les aider à faire face aux difficultés, et cela peut leur donner de la force et les réconforter quand ils vivent des moments difficiles.

En combinant ces différents aspects, Mouloud et Amine possèdent un ensemble solide de ressources internes et externes qui les aident à surmonter les défis de la vie avec résilience et détermination.

En revanche, trois participants sur sept marquent un score de résilience limite faible. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à leur faible résilience qui sont, leurs environnement familiaux dysfonctionnels comme l'absence de règles et limites claires, la normalisation de la consommation de drogues, un autre facteur qui est l'abandon très précoce de leurs études, ainsi que leurs consommation dès leurs jeune âges par imitation de leurs amis, ce qui a un impact sur leur développement psychique, ils ont développé même un comportement de vol, en raison de la cherté de la substance. Une absence de lien avec les autres réduit les ressources extérieures de résilience. Ces participants sont les suivants :

Mahdi (128), montre quelques facteurs qui rendent sa résilience faible tels que, son environnement familial dysfonctionnel où il y avait une absence de règles et limites claires, la normalisation de la consommation de substances, ainsi que des facteurs internes qui sont les symptômes de manque comme les maux de tête, l'irritabilité, l'insomnie, et un vide intérieur.

Fares (124), a vécu une enfance marquée par des conflits familiaux entre ses parents, ce qui a pu affecter son développement affectif et émotionnel, ainsi que la prise d'une responsabilité précoce et le travail dès l'adolescence dans un petit kiosque, ce qui déclenche des tensions avec sa femme. Sa consommation est liée à un traumatisme grave, dû à un homicide commis sur son frère.

Pour Mounir (120), quelques facteurs ont contribué à sa faible résilience qui sont, un traumatisme familial précoce qui est le décès de son père dès son jeune âge, ce deuil non résolu a fragilisé sa stabilité émotionnelle. Sa consommation est liée à une imitation de ses amies, l'absence de lien avec les autres réduit les ressources extérieures de résilience, il a aussi développé un comportement de vol en raison de la cherté de la substance, une vision

pessimiste pour son avenir comme le manque d'espérance qui est un frein majeur à la capacité de rebondir.

À partir de ce que nous avons énoncé, nous relevons un nombre de critères, qui montre une faible résilience, en particulier le début de prise de conscience chez eux, une ambivalence face à leur entourage, la capacité à verbaliser leur souffrances, l'abandon de quelques activités importantes comme les études, la consommation malgré les conséquences négatives, comportements illégaux ou à risques (vol pour acheter la substance), le besoin d'augmenter la dose pour ressentir l'effet et enfin la présence d'un espoir spirituel.

Enfin, un participant sur sept se distingue par un score de résilience très faible (94), il présente un ensemble de facteurs déclencheurs comme le sentiment d'abandon affectif (un rejet amoureux), une absence total d'un soutien familial, le manque de projet de vie structuré (pas d'activités, ni travail, ni projet professionnel concret), il considère la substance comme une source de bonheur.

Ces résultats confirment en grande partie notre hypothèse initiale, selon laquelle il existe un caractère de résilience faible au sein de notre groupe de recherche, nous pouvons souligner que quatre participants se distinguent par un faible niveau de résilience, mettant en évidence une absence de ressources personnelles, sociales, ou émotionnelles, leur permettant de surmonter efficacement les difficultés. Leur vécu souligne une incapacité à affronter les épreuves de manière constructive, ce qui reflète une vulnérabilité accrue face à l'adversité. Ces observations mettent en lumière la variabilité des capacités de résilience au sein du groupe, confirmant que cette dernière est un phénomène complexe et multidimensionnel, influencé par une interaction entre des facteurs individuels, relationnels et environnementaux.

À cet égard, l'approche de Bandura (2007), vient appuyer ces constats, en soulignant que l'apprentissage est également social, par imitation du comportement de modèles, c'est-à-dire principalement les parents et les amis. Les thérapies cognitives ajoutent l'influence des pensées, et mettent l'accent sur l'importance des structures cognitives et la manière dont les schémas dysfonctionnels peuvent produire des troubles mentaux. Les thérapies cognitives comportementales s'appuient sur le concept de déterminisme réciproque, c'est-à-dire sur l'interaction entre l'environnement et les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux. Ces thérapies ont pour but d'aider les patients à être conscients du caractère pathologique ou dysfonctionnel de la consommation addictive. Ainsi l'absence de

modèles positifs, de soutien ou de structures cognitives adaptées pourrait expliquer, chez certains participants, une vulnérabilité accrue face à l'adversité et une difficulté à développer une résilience suffisante. (**Acier, D., 2016. p. 101**).

Synthèse :

La résilience désigne la capacité de l'individu à surmonter les épreuves, et à faire face aux situations difficiles. En nous appuyons sur les résultats de l'entretien semi-directif et à l'échelle de résilience de Wagnild et Young, nous avons constaté que malgré le poids de l'addiction qui est lourd, nos participants montrent tout de même des signes de résilience.

Pour certains participants la résilience fait vraiment défaut. Ils ont du mal à s'adapter et à gérer ce qu'ils ressentent quand ça devient dure, leur côté spirituel, ce qui pourrait les aider un peu, ne semble pas vraiment là pour les soutenir.

CONCLUSION

Conclusion :

L'addiction est une épreuve difficile qui bouleverse la vie des personnes concernées, affectant leur corps, leur esprit, mais aussi leurs relations sociales. Face à ces défis, la résilience joue un rôle clé : c'est cette capacité à surmonter les difficultés, à se relever malgré les échecs, et à avancer vers un-mieux-être.

Cependant cette force intérieure n'est pas la même chez tout le monde. Certaines personnes parviennent à puiser en elles-mêmes ou dans leur environnement un soutien qui les aide à faire à la dépendance, à gérer leurs émotions, et à garder espoir. Pour d'autres, au contraire la résilience est fragile ou absente, ce qui rend leur combat plus ardu, parfois marqué par le découragement, l'isolement, et un sentiment d'impuissance.

Cette recherche a porté sur un groupe de recherche composé de sept cas des personnes addictes à la prégabaline. Ces cas ont été rencontrés au niveau de l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, dans la wilaya de Bejaïa.

Afin de mener à bien ce travail, nous nous sommes appuyés sur un guide d'entretien semi -directive, qui nous a permis d'observer directement les réactions de chaque participant pendant leur récit, et de collecter des informations auprès des personnes addictes à la prégabaline. De plus, nous avons utilisé l'échelle de résilience de Wagnild et Young. Cet outil d'évaluation nous a permis, d'une part, d'évaluer et de quantifier le niveau de résilience chez les personnes addictes à la prégabaline et d'autre part, d'identifier les facteurs de résilience présents chez ces individus et mesurer l'impact de la résilience sur leur capacité à gérer les défis associés à leur addiction.

Les résultats de nos entretiens et des évaluations réalisées à l'aide de l'échelle de résilience suggèrent que les personnes addictes à la prégabaline, participant à notre recherche, possèdent des traits de résilience faibles. Cependant, il est important de noter que ces caractéristiques de résilience varient d'un individu à l'autre au sein de notre groupe de recherche. Nous avons constaté que plusieurs variables peuvent influencer sur l'absence et la diminution de cette résilience chez ces individus. Ces variables comprennent les diversités dans les parcours de vie, les stratégies d'adaptation, le réseau de soutien social, ainsi que des caractéristiques personnelles telles que la spiritualité et les aptitudes à la gestion du stress. Ces constatations confirment notre objectif de recherche ainsi que notre hypothèse.

Nous espérons que cette recherche éclaire davantage la manière dont les personnes addictes à la prégabaline peuvent mieux surmonter leurs difficultés. Nous espérons ainsi que ces résultats encourageront une approche plus attentive et adaptée de la part des professionnels de la santé et des intervenants, afin d'offrir un soutien et un accompagnement mieux ciblés à ces individus. Cette recherche souligne la nécessité d'une prise en charge holistique qui intègre des interventions visant à renforcer les ressources internes des personnes addictes à la prégabaline. Ce faisant, nous pouvons espérer améliorer les résultats cliniques et favoriser une meilleure qualité de vie pour ces individus.

Nous encourageons vivement les étudiants à explorer de manière approfondie le concept de résilience, 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 résilience individuelle et collective dans notre société en constante évolution.

Pour conclure nous pouvons dire que cette recherche n'est qu'une première étape. Nous proposons ainsi quelques pistes de recherche qui peuvent constituer une base solide pour traiter la problématique de l'addiction :

- La dynamique familiale des sujets addicts aux SPAs.
- Le vécu psychologique chez les sujets addicts aux SPAs.
- Les stratégies de coping chez les personnes dépendantes aux SPAs.
- Etudes de cas cliniques sur la reconstruction après une dépendance à la prégabaline.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie :

Ouvrages :

- Acier, D. (2016). *Les addictions : Comprendre et soigner* (p. 17). Elsevier Masson.
- Acier, D. (2016). Les usages de substances psychoactives. Dans *Les addictions* (pp. 11–27). De Boeck Supérieur.
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. (2020). *Prégabaline : Hausse des cas de mésusage, d'abus et de dépendance en France - Renforcement des conditions de prescription et de délivrance*. ANSM. <https://www.ansm.sante.fr>
- Alvord, M. K., & Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 238–245. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.238>
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. Texte Révisé). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 : Diagnostics différentiels* (2^e éd.). Elsevier Masson.
- Anaut, M. (2005). *La résilience : Surmonter les traumatismes*. Presses Universitaires de France.
- Anaut, M. (2006). *L'école peut-elle être facteur de résilience ?* Empan, 63(3). <https://doi.org/10.3917/empa.063.0030>.
- Anaut, M. (2008). *La résilience : De la vulnérabilité à la résistance*. Armand Colin.
- Anaut, M. (2008). *La résilience : Surmonter les traumatismes*. Armand Colin.
- Anaut, M. (2012). *Les thérapies familiales : Approches systémiques et psychanalytiques*. Armand Colin.
- Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience* (3^e éd.). Armand Colin.
- Anaut, M. (2015). *La résilience : Surmonter les traumatismes*. Armand Colin.
- Anaut, M. (2020). L'approche de la résilience : un carrefour épistémologique ? Dans J. Jung (Éd.), *Psychopathologie et psychologie clinique*. Dunod.
- Anaut, M., & Cyrulnik, B. (Dir.). (2014). *Résilience : De la recherche à la pratique*. Odile Jacob.

- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2000). *Addiction*. Masson.
- Ballaloud, G. (2015). *Addictions : Comprendre pour mieux accompagner*. Fédération Addiction.
- Bergeret, J. (1991). *Les conduites addictives. Approche clinique et thérapeutique, les nouvelles addictions*. Masson.
- Besson, J. (2009). *La gestion de projet*. Éditions XYZ.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* (2^e éd.). Armand Colin.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Boteyre, E. (2004). *Résilience et réussite scolaire chez l'enfant de migrant*. Dunod.
- Boumendjel, M., & Benyamina, A. (2016). *Les pathologies duelles en addictologie : État des lieux et prise en charge*. Dans M. Raynaud, L. Karila, H.-J. Aubin & A. Benyamina (Éds.), *Traité d'addictologie* (pp. 139–149). Lavoisier.
- Bourayou, F., & Aizel, F. (2024). L'hospitalisation psychiatrique en Algérie : Le Centre Intermédiaire de Soins en Addictologie (CISA) de Chéraga et ses résultats. *Journal des sciences de la santé*, 12(1), 45–62.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2025). *L'entretien clinique* (4^e éd.). Dunod.
- Cahua, E., Martinez, L., & Dupont, M. (2023). *La résilience en contexte : Nouvelles approches en sciences humaines et sociales*. Presses Universitaires de France.
- Camfield, L. (2011). ‘From school to adulthood’: Young people’s pathways through school in urban Ethiopia. *International Journal of Educational Development*, 31(2), 167–175. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2010.06.005>
- Chahraoui, Kh. (2013). *L'entretien clinique de recherche : Une méthode pour la psychologie clinique et la psychopathologie*. Dunod.
- Chahraoui, Kh. (2013). *Psychopathologie et entretien clinique : De la théorie à la pratique* (2^e éd., pp. 16, 68–69). Dunod.
- Chahraoui, Kh., & Bénony, H. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod.
- Classification statistique internationale de santé, des maladies et des problèmes connexes (CIM 10). (2012).
- Colin, A. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Dunod.
- Coutanceau, R., & Damiani, C. (Dir.). (2018). *Victimologie : Évaluation, traitement, résilience*. Dunod.

- Cyrulnik, B. (2014). *Les âmes blessées*. Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Elkaïm, M. (2010). *Entre résilience et résonance : À l'écoute des émotions* (M. Maestre, Dir.). Éditions Fabert.
- Cyrulnik, B., & Elkaïm, M. (2010). *Résilience et thérapie : Dialogue*. Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Elkaïm, M. (2010). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas : Approche systémique et résilience*. Odile Jacob.
- Daron, R., & Parot, F. (2013). *Dictionnaire de la psychologie* (2^e éd.). Presses Universitaires de France.
- Denis, V. D., & collaborateurs. (2016). *Pharmacologie des addictions : Bases scientifiques et applications cliniques*. Elsevier Masson.
- *Drug and Alcohol Dependence*. (2023). Pregabalin misuse: Patterns, risks, and management strategies. Elsevier.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2016). Mental fortitude training: An evidence-based approach to developing psychological resilience for sustained success. *Journal of Sport Psychology in Action*, 7(3), 135–157.
<https://doi.org/10.1080/21520704.2016.1255496>
- Franjaux, W. (2011). *Liens familiaux, lien à soi et lien à l'alcool : Étude transgénérationnelle et liens d'attachements*. D.I.S.P.P.A.
- Fortini, C., & Daeppen, J.-B. (2016). *L'entretien motivationnel : Fondements, pratique et limites*. Presses Universitaires de France.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2005). *Handbook of resilience in children*. Springer.
- Gorsane, M. A., Kebir, O., Alexandre, F., & Bellivier, F. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for substance use disorders: A meta-analysis of quantitative studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72, 352–357.
- Gorsane, M., Ben Rejeb, M., & Chebbi, H. (2016). Les thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge des conduites addictives. *La Tunisie Médicale*, 94(5), 352–357.
- Hjemdal, O., Friberg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 194–201. <https://doi.org/10.1002/cpp.488>
- Ionescu, S. (2012). *La résilience : De la pratique à la théorie*. Presses Universitaires de France.

- Ionescu, S. (2012). *La résilience : Perspectives actuelles*. Presses Universitaires de France.
- Ionescu, S. (2016). *Résilience : Notions et enjeux*. Presses Universitaires de France.
- Joshi, I., & Taylor, C. P. (2006). *Pregabalin action at a novel site in the CNS : Analgesic and anticonvulsant effects*. Current Topics in Medicinal Chemistry, 6(7), 635–644. <https://doi.org/10.2174/156802606777935159>
- Joshi, I., & Taylor, C. P. (2006). Pregabalin action at a model synapse : Binding to presynaptic calcium channel α 2- δ subunit reduces neurotransmission in mice. *European Journal of Pharmacology*, 553(1–3), 82–88.
- Josse, E. (2019). *La résilience : Se reconstruire après un traumatisme*. Dunod.
- Karila, L., & Levy, F. (2013). *Psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie*. Vernazobres Grego.
- La Fromboise, T., Hoyt, D. R., Oliver, L., & Whitbeck, L. B. (2006). Family, community, and school influences on resilience among American Indian adolescents in the upper Midwest. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 193–209. <https://doi.org/10.1002/jcop.20090>
- Laidli, A. (2008). *Dépendance et addiction : Une approche psychologique et biologique*. Dunod.
- Laquille, X., & Chassagnaux, A. (2017). *Pratique clinique en addictologie*. Lavoisier.
- Lejoyeux, M. (2009). *Addictologie*. Elsevier Masson.
- Lighezzolo, A., & Tychéy, C. (2004). *Résilience : État des lieux*. Dunod.
- Lighezzolo, J., & de Tychéy, C. (2004). *La résilience : Se (re)construire après le traumatisme*. In Press.
- Llançon, C. (2013). *L'entretien motivationnel : Un outil clé dans la prise en charge des troubles addictifs*. Éditions Satas.
- Losoi, H., Turunen, S., Wäljas, M., Helminen, M., Öhman, J., Julkunen, J., & Iverson, G. L. (2013). Psychological outcome and psychiatric symptoms after complicated mild traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*, 30(13), 1090–1095. <https://doi.org/10.1089/neu.2012.2675>
- Manciaux, M. (2006). *La résilience : Résistance et reconstruction*. Éditions Nathan.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2001). *La résilience : Résister et se construire*. Érès.
- Marquet, J. (2011). *Berne, la réflexion clinique et la théorie*. PTS PTA.

- Martin, B., et al. (2016). *La thérapie cognitivo-comportementale en addiction : Approches, évaluation et traitement*. Elsevier Masson.
- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2002). A resilience framework for research, policy, and practice. In L. J. Richman & S. M. Prinz (Eds.), *Promoting resilience in children and youth: Preventive interventions and their interface with neuroscience* (pp. 1–25). Springer.
- Michallet, B. (2009). *La résilience : Concepts, modèles et implications cliniques*. Dunod.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2^e éd.). Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3^e éd.). Guilford Press.
- Morel, A. (2019). Psychotraumatisme et addiction. Dans A. Morel & J.-P. Couteron (Eds.), *Addictologie* (pp. 269–280). Dunod.
- Morel, A., & Couteron, J.-P. (2019). *Addictologie* (3^e éd.). Dunod.
- Morel, A., & Luquiens, A. (2019). Troubles psychiques et addictions. Dans A. Morel & J.-P. Couteron (Eds.), *Addictologie* (pp. 303–325). Dunod.
- Morenon, O., Anaut, M., & Michallet, B. (2017). *Vulnérabilité et résilience : Regards croisés sur la petite enfance*. Érès.
- Nicholls, G., & collaborateurs. (2019). *Médicaments antidouleur : Pharmacologie et thérapeutique* (p. 474). Elsevier Masson.
- N'da, A. (2015). *Méthodologie de la recherche en sciences sociales : Problématique, hypothèses, démarche, outils, rapport* (p. 144). L'Harmattan.
- Olivier, C. (2012). *Les addictions : Comprendre pour mieux prévenir*. Inpes.
- Pedinielli, J. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Armand Colin.
- Picard, E., & de Courcy, S. (2021). *Addictions et relation de dépendance et codépendance : Guide à l'usage des étudiants et des professionnels*. Mardaga.
- Pierre, J., & Hascoët, B. (2012). La résilience : De quoi, à quoi et pour quoi ? *Responsabilité et Environnement*, 72, 7–11.
- Pirlot, G. (2009). *La prise de décision multicritère*. De Boeck.
- Reynaud, M. (2005). *Addiction et psychiatrie*. Masson.
- Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H., & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie* (2^e éd.). Lavoisier.

- Richard, D., & Senon, J.-L. (1999). *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Larousse.
- Roberton, J. (2005). *La résilience : Une lecture interculturelle*. L'Harmattan.
- Rossi, A. M., Meurs, J. A., & Perrewé, P. L. (2013). *Stress and quality of working life: The role of resilience, coping and positive psychology*. Information Age Publishing.
- Sauvayre, R. (2013). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 48). Dunod.
- Tisseron, S. (2017). *La résilience* (6^e éd. mise à jour). Presses Universitaires de France.
- Tisseron, S. (2021). *La résilience : Comprendre les mécanismes du traumatisme*. Les Liens qui Libèrent.
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie*. Belin Éducation.
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie et addictions* (p. 13). Dunod.
- Vermeiren, L. (2012). *La résilience : De la physique à la psychologie*. De Boeck Supérieur.
- Virginie, et al. (2003). La présence des personnes aidantes comme des enseignants, des soignants, des membres de la famille étendue. Dans L. Bernard (Éd.), *Le soutien social et l'autonomie* (pp. 123–145). Presses Universitaires de France.
- Volkow, N. D. (2012). *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction* (p. 24). National Institute on Drug Abuse. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>
- Vouche, P. J. (2009). *La résilience en action : De la théorie à la pratique clinique*. De Boeck Supérieur.
- Watzlawick, P., Helnick, B., & Jackson, D. (1972). *Une logique de la communication* (Trad. J. Morche). Seuil.
- Wu, Y., & Yin, Z. (2022). Protective factors and psychological resilience: A review of conceptual and empirical developments. *Journal of Psychology and Mental Health*, 10(1), 1–7.
- Wright, M. O., & Masten, A. S. (2005). Resilience processes in development: Fostering positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 17–37). Springer.

Thèses :

- Algalarrondo, O. (2014). *De la consommation au sevrage...* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018126v1>
- Bredel, S. (2012). *L'addiction à l'Internet chez les adolescents : Élaboration d'un outil d'aide au dépistage pour les médecins généralistes* [Thèse de doctorat, Halfeur (France)].
- Theis, A. (2006). *Étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil* [Thèse de doctorat, Université de Nancy 2]. HAL archives-ouvertes. <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01776515/document>

Sites Web :

- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. (2019). *Point d'information – Prégabaline (Lyrica et génériques) : Risque de mésusage et de dépendance.* <https://ansm.sante.fr/actualites/point-d-information-pregabaline-lyrica-et-generiques-risque-de-mesusage-et-de-dependance>
- ANSM – Base de données publique des médicaments. (2019). *Résumé des caractéristiques du produit – PREGABALINE BIOGARAN 25 mg, gélule.* <https://basedonnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=63096099>
- Kpelly, E., Schauder, S., Masson, J., Kossigan, K., Koukou-Kpolou, C., & Moukouta, C. (2020). Influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 179(6), 481–547. <https://www.sciencedirect.com/journal/annales-medicopsychologiquerevuepsychiatrique/vol/179/issu/6>
- Larousse. (2021). *Dictionnaire Larousse en ligne.* <https://www.larousse.fr/dictionaries/francais>
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. (2017). *Rapport mondial sur les drogues 2017.* <https://www.unodc.org/wdr2017>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Rapport mondial sur les drogues 2017.* <https://www.unodc.org/wdr2017>
- Tlemçani, S. (2023). Un psychotrope qui concurrence les drogues dures : Alerte à la prégabaline. *El Watan.* <https://elwatan-dz.com/un-psychotrope-qui-concurrence-les-drogues-dures-alerte-a-la-prégabaline> consulté le 19 avril 2025 à 15h30min.
- Zergui, A., Kerdoun, M. A., Baamar, K., Kouadria, H., Mekhloufi, S., & Adjaine, O. E. (2024). Pregabalin misuse and abuse in the region of Ouargla, Algeria. *Toxicologie*

Bibliographie

Analytique et Clinique. <https://www.em-consulte.com/article/1658492/pregabalin-misuse-and-abuse-in-the-region-of-ouarg> consulté le 19 mai 2025 à 23h30min.

ANNEXES

Annexe N° 1 : Guide d'entretien de recherche semi directif

Axe n° 01: Informations personnelles :

المبدأ 01: المعلومات الشخصية

Nom اللقب

Prénom الاسم

Age العمر

Sexe الجنس

Adresse actuelle العنوان الحالي

Niveau d'étude المستوى الدراسي

Fonction الوظيفة

Situation familiale الحالة العائلية

Avez-vous des enfants ? Si oui combien ?

هل لديك أطفال؟ إذا كان الأمر كذلك، فكم لديك؟

Axe 02 : L'histoire personnelle :

المبدأ 02: التاريخ الشخصي

1/ Pouvez-vous me parler de votre enfance et de votre famille ? Comment était votre environnement familial ?

1/ هل يمكنك أن تخبرني عن طفولتك وعائلتك؟ كيف كانت بيئتك العائلية؟

2/ Pouvez-vous décrire votre enfance et votre adolescence ? Comment vous sentiez-vous à cette époque ?

2/ هل يمكنك وصف طفولتك ومرأهقتك؟ كيف كان شعورك في ذلك الوقت؟

3/ Avez-vous déjà eu des difficultés émotionnelles, psychologiques ou physiques pendant votre enfance ou adolescence ? Comment les avez-vous gérées ?

3/ هل واجهت أي صعوبات عاطفية أو نفسية أو جسدية خلال طفولتك أو مرأهقتك؟ كيف تعاملت معها؟

4/ Comment avez-vous vécu votre adolescence ? Quels étaient vos principaux défis à ce moment-là ?

4/ كيف كانت فترة مراهقتك؟ ما هي التحديات الرئيسية التي واجهتك في ذلك الوقت؟

5/ Avez-vous déjà éprouvé des problèmes de santé psychique ou physique qui vous ont amené à prendre la prégabaline?

5/ هل عانيت من قبل من أي مشاكل نفسية أو جسدية دفعتك لتناول البريجابالين؟

6/ Avez-vous ressenti des changements dans votre comportement ou vos émotions depuis le début de votre consommation ?

6/ هل واجهت أي تغيرات في سلوكك أو عواطفك منذ أن بدأت في تناول البريجابالين؟

Axe 03 : Questions sur anamnèse avec les addictions :

المبدأ 03: أسئلة حول تاريخ الإدمان

1/ Depuis quand avez-vous commencé ?

متى بدأت؟

2/ Êtes-vous addict à d'autres produits licites ou illicites ?

2/ هل أنت مدمن على مواد أخرى مشروعة أو غير مشروعة؟

3/ Avez-vous une idée claire sur le risque lié à la consommation ?

3/ هل لديك فكرة عن مخاطر تعاطيها؟

4/ C'était comment au début de tout ça ?

4/ كيف كان الأمر عندما بدأت لأول مرة؟

Axe 04 : La relation à la substance (prégabaline) :

المبدأ 04: العلاقة مع المادة (البريجابالين)

1/ Qu'est-ce qui vous a poussé à consommer la prégabaline ?

1/ ما الذي دفعك للبدء في تناول البريجابالين؟

2/ À quel moment avez-vous remarqué que votre consommation devenait plus fréquente ou plus importante ?

2/ في أي مرحلة لاحظت أنك كنت تتناوله بشكل متكرر أو بدرجة أكبر؟

3/ Parlez-moi de votre état, comment vous vous sentez lorsque vous avez consommé ?

3/ أخبرني عن حالتك، كيف تشعر عندما تتناوله؟

4/ Quels effets avez-vous ressentis après avoir pris la prégabaline (physiques, mentaux, émotionnels) ?

4/ ما التأثيرات التي شعرت بها بعد تناول البريجابالين (جسدية وعقلية وعاطفية)؟

5/ Avez-vous déjà eu des problèmes avec ça?

5/ هل سبق أن عانيت من مشاكل مع المادة؟

6/ C'était quand la première fois que vous avez consommé ?

6/ متى كانت المرة الأولى التي تناولت فيها المادة؟

7/ C'était par plaisir ou juste une curiosité ?

7/ هل كان ذلك بداعي المتعة أم بداعي الفضول فقط؟

8/ Combien de comprimé vous consommez par jour ?

8/ كم عدد الأقراص التي تتناولها يومياً؟

9/ Vous pouvez tenir combien de jours sans l'utiliser ?

9/ كم عدد الأيام التي يمكنك أن تمضيها دون تعاطيها؟

10/ Comment vous vous sentez lorsque vous êtes en manque ?

10/ كيف تشعر عندما تكون في مرحلة الانسحاب؟

11/ Que ressentez-vous lorsque vous la consommez ?

11/ كيف تشعر عندما تتعاطاها؟

12/ Vous la consommez pour fuir des problèmes ?

12/ هل تستخدماها للهروب من المشاكل؟

13/ Vous pouvez voler pour l'acheter ?

13/ هل يمكنك أن تسرق لكي تشتريها؟

Axe 05 : La relation avec la famille et fraie :

المبدأ 05: العلاقة مع العائلة والأصدقاء

1/ Votre famille est au courant ?

1/ هل تعرف عائلتك؟

2/ Vous avez des problèmes familiaux/fratrie quand vous l'utilisez ?

2/ هل تواجه مشاكل عائلية أو مع الإخوة عندما تستخدمها؟

3/ Lorsque vous l'utilisez c'est pour éviter votre entourage ou pour rester plus proche ?

3/ عندما تستخدمها، هل هذا لتجنب الناس من حولك أم للتقارب منهم؟

4/ Comment votre consommation de la prégabaline a-t-elle affectée vos relations avec les autres (famille, amis, collègues) ?

4/ كيف أثر استخدامك للبريجابالين على علاقاتك مع الآخرين (العائلة، الأصدقاء، الزملاء)؟

5/ Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre vie quotidienne à cause de votre addiction (travail, études, vie sociale) ?

5/ ما الصعوبات التي واجهتها في حياتك اليومية نتيجة إدمانك (العمل، الدراسة، الحياة الاجتماعية)؟

Axe 06 : À propos des motivations de changements :

المبدأ 06: دوافع التغيير

1/ Comment se passait votre vie avant que votre consommation de prégabaline devienne celle qu'elle est aujourd'hui ?

1/ كيف كانت حياتك قبل أن يصبح استخدامك للبريجابالين على ما هو عليه اليوم؟

2/ Sur une échelle de 0 à 10 quelle est votre chance d'arrêter de consommer ?

2/ على مقياس من 0 إلى 10، ما مدى احتمالية توقفك عن تناول البريجابالين؟

3/ Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre consommation de prégabaline ? Quoi d'autre?

3/ ما الذي يقلق بشأن تناول البريجابالين؟ ما الذي يفاقك أيضًا؟

4/ Lesquelles de vos capacités personnelles vous seraient utiles pour réussir ?

4/ أي من مهاراتك الشخصية ستساعدك على النجاح؟

5/ Que pensez-vous devoir faire ?

5/ ما الذي تعتقد أنك بحاجة القيام به؟

Axe 07 : La résilience chez le sujet :

المبدأ 07: الصلابة النفسية لدى الفرد

1/ Lorsque vous faites face à des difficultés liées à votre consommation, qu'est-ce qui vous aide à tenir bon ? (soutien social, ressources internes).

1/ عندما تواجه صعوبات تتعلق بتعاطيك للمخدرات، ما الذي يساعدك على الصمود (الدعم الاجتماعي، الموارد الداخلية)

2/ Existe-t-il des moments où vous vous sentez plus fort ou capable de faire face à cette dépendance ? Qu'est-ce qui vous permet de rester motivé dans ces moments ?

2/ هل هناك أوقات تشعر فيها بأنك أقوى أو قادر على مواجهة إدمانك؟ ما الذي يحفزك في هذه الأوقات؟

3/ Lorsque vous vous sentez découragé ou à risque de relâcher, avez-vous des habitudes ou des pensées qui vous aident à garder le contrôle ?

3/ عندما تشعر بالإحباط أو خطر الانهيار، هل لديك أي عادات أو أفكار تساعدك على البقاء مسيطرًا على نفسك؟

4/ Y a-t-il des expériences passées qui vous ont appris à faire face aux difficultés de manière plus efficace ?

4/ هل هناك أي تجارب سابقة علمتك كيفية التعامل مع الصعوبات بشكل أكثر فعالية؟

5/ Quelles émotions ou pensées vous poussent à continuer d'essayer de sortir de la dépendance ?

5/ ما هي المشاعر أو الأفكار التي تدفعك للاستمرار في محاولة التخلص من الإدمان؟

6/ Avez-vous parfois des sentiments de honte ou de culpabilité liés à votre consommation ?
Comment les gérez-vous ?

6/ هل تشعر أحياناً بالخجل أو الذنب بسبب تعاطي المخدرات؟ كيف تتعامل معها؟

7/ Est-ce que des amis, membres de la famille ou collègues ont joué un rôle spécifique dans votre parcours de résilience ? et Comment ?

7/ هل لعب أي من الأصدقاء أو أفراد العائلة أو الزملاء دوراً محدداً في رحلة مرونتك وكيف؟

8/ En quoi la dépendance a-t-elle modifié votre manière de voir les autres et votre propre avenir ?

8/ كيف غير الإدمان الطريقة التي ترى بها الآخرين ومستقبلك الخاص؟

9/ Comment imaginez-vous votre vie une fois que vous aurez surmonté complètement votre dépendance ? Quels sont vos projets ?

9/ كيف ترى حياتك بعد أن تتغلب على إدمانك بالكامل؟ ما هي خططك المستقبلية؟

10/ Comment souhaiteriez-vous que les services de soutien ou les professionnels de santé puissent mieux vous accompagner dans votre parcours de résilience ?

10/ كيف تود أن تكون خدمات التكفل النفسي لمراقبتك بشكل أفضل في رحلة التعافي من الإدمان؟

Annexe N° 2 : Échelle de la résilience de Wagnild et Young

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

حاولوا بقدر الإمكان الإجابة عن الأسئلة الآتية مع العلم أن كل إجابة مقبولة، لا يوجد جوباً جيداً أو غير جيداً، كل الإجابة مقبولة. أجبوا حسب رأيكم الخاص.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord. معنوا جيداً مع الأسئلة المطروحة ثم جاوبوا بوضع إشارة في الخانة المناسبة والمرقمة من 1 إلى 7. رقم 1 يعني أنكم غير موفقين تماماً أو جداً ورقم 7 أنكم جد موفقين	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7 الرجاء إدخال تقييم من 1 إلى 7.						
	1 Très en désaccord غير موافق تماماً	2	3	4	5	6	7 totalement en accord موافق تماماً
1-lorsque je fais des projets, je les mène à terme. عندما أقوم بمشروع أو أصل حتى إتمامه.							
2-En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre. على العموم أستطيع أن أحال مشاكل بقدر المستطاع.							
3-Je peux compter sur moi plus que sur les autres. أعتمد على نفسي أكثر من ما أعتمد على الآخرين.							
4-L'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses. أهم شيء بالنسبة لي هو أن أواصل الاهتمام ببعض الأشياء.							
5-S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e). أعتمد إلا على نفسي إذا ما استلزم الأمر.							
6-Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie. إنني فخور بتحقيق أشياء في حياتي.							

7-Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement. 7-عادة أستطيع أن أتكيف بسهولة.						
8-Je m'aime bien. 8-أحب نفسي.						
9-Je sens que je peux faire beaucoup de choses à lafoie. 9-أحس أنني قادر على القيام بعدة أشياء.						

10-Je suis une personne déterminée. 10-إني شخص مصمم.						
11-Je me demande rarement quel est le sens des choses. 11-نادرًا ما أتساول عن معنى أو مهية الأشياء.						
12-Je prends les choses comme elles viennent. 12-أتقبل الأحداث كما هي أو مثل ما تواجهني.						
13-Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés. 13-أستطيع مواجهة أحداث صعبة لأنني سبق لي أن أمر بظروف صعبة.						
14-Je sais m'auto-discipliner. 14-أستطيع التهذيب الذاتي لنفسي.						
15-Je m'intéresse à deverses choses. 15-أهتم بأشياء مختلفة.						
16-Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire. 16-أجد دائمًا ما يضحكني.						
17-Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles. 17-تسمح لي ثقتي بنفسي أن أمر بظروف أو بمراحل صعبة.						
18-En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi. 18-في حالة الطوارئ يمكنني الاعتماد على.						

19-D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles. 19-من عادتي أن أتفحص وضعية ما من كل زواياها.						
20-Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non. 20-إن شئت أو أبيت، في بعض الأحيان أرغم نفسي بالقيام ببعض الأشياء أو بعض المهام.						
21-Ma vie a un sens. 21-حياتي لها معنى.						
22-Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle. 22-لا أضيع وقتي في أمور لا أستطيع مراقبتها.						
23-Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir. 23-إذا ما كنت في وضعيات صعبة غالباً ما أستطيع الخروج منها.						
24-J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire. 24-لدي الطاقة الكافية القيام بما أريد القيام به.						
25-ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas. 25-لا يزعجي الأمر إذا كان البعض لا يحبونني.						

Annexe N° 03 : Cas de Mounir

Échelle de résilience

Tableau N°1: Résultat du cas N° 1 Mounir

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

حاولوا بقدر الإمكان الإجابة عن الأسئلة الآتية مع العلم أن كل إجابة مقبولة، لا يوجد جوباً جيداً أو غير جيداً، كل الإجابة مقبولة. أجبوا حسب رأيكم الخاص.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord. تعنوا جيداً مع الأسئلة المطروحة ثم جاوبوا بوضع إشارة في الخانة المناسبة و المرقمة من 1 إلى 7. رقم 1 يعني أنكم غير موافقين تماماً أو جداً و رقم 7 أنكم جد موافقين	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7 الرجاء إدخال تقييم من 1 إلى 7.						
	1 Très en désaccord	2	3	4	5	6	7 totalement en accord موافق تماماً
1-lorsque je fais des projets, je les mène à terme. 1- عندما أقوم بمشروع وأوصل حتى إتمامه.				X			
2-En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre. 2- على العموم أستطيع أن أحال مشاكلتي بقدر المستطاع.				X			
3-Je peux compter sur moi plus que sur les autres. 3- أعتمد على نفسي أكثر من ما أعتمد على الآخرين.							X
4-L'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses. 4- أهم شيء بالنسبة لي هو أن أواصل الاهتمام ببعض الأشياء.							X
5-S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e). 5- أعتمد إلا على نفسي إذا ما استلزم الأمر.							X
6-Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie. 6- إنني فخور بتحقيق أشياء في حياتي.							X

7-Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement. 7- عادة أستطيع أن أتكيف بسهولة.	X					
8-Je m'aime bien. 8-أحب نفسي.	X					
9-Je sens que je peux faire beaucoup de choses à lafoie. 9- أحس أنني قادر على القيام بعدة أشياء.				X		
10-Je suis une personne déterminée. 10- إنتي شخص مصمم.						X
11-Je me demande rarement quel est le sens des choses. 11- نادراً ما أتسائل عن معنى أو معنوية الأشياء.						X
12-Je prends les choses comme elles viennent. 12- أتقبل الأحداث كما هي أو مثل ما تواجهني.	X					
13-Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés. 13- أستطيع مواجهة أحداث صعبة لأنني سبق لي أن أمر بظروف صعبة.						X
14-Je sais m'auto-discipliner. 14- أستطيع التهذيب الذاتي لنفسي.	X					
15-Je m'intéresse à déverses choses. 15- أهتم بأشياء مختلفة.	X					
16-Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire. 16- أجد دانماً ما يضحكني.	X					
17-Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles. 17- تسمح لي ثقتي بنفسي أن أمر بظروف أو بمراحل صعبة.						X
18-En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi. 18- في حالة الطوارئ يمكنني الاعتماد على.						X

19-D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles. 19- من عادتي أن أتفحص وضعية ما من كل زواياها.	X					
20-Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non. 20- إن شئت أو أبىت، في بعض الأحيان أرغم نفسي بالقيام ببعض الأشياء أو بعض المهام.	X					
21-Ma vie a un sens. 21- حياتي لها معنى.						X
22-Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle. 22- لا أضيع وقتني في أمور لا أستطيع مراقبتها.						X
23-Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir. 23- إذا ما كنت في وضعيات صعبة غالباً ما أستطيع الخروج منها.						X
24-J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire. 24- لدى الطاقة الكافية القيام بما أريد القيام به.						X
25-ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas. 25- لا يزعجي الأمر إذا كان البعض لا يحبونني.						X

Annexe N° 04 : Cas de Nacer

Échelle de résilience

Tableau N°2: Résultat du cas N°2 Nacer

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

حاولوا بقدر الإمكان الإجابة عن الأسئلة الآتية مع العلم أن كل إجابة مقبولة، لا يوجد جوباً جيداً أو غير جيداً، كل الإجابة مقبولة. أجبوا حسب رأيكم الخاص.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord.	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7 الرجاء إدخال تقييم من 1 إلى 7.						
	1 Très en désaccord	2	3	4	5	6	7 totalement en accord موافق تماماً
1-lorsque je fais des projets, je les mène à terme. 1- عندما أقوم بمشروع أواصل حتى إتمامه.							X
2-En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre. 2- على العموم أستطيع أن أحال مشاكلني بقدر المستطاع.							X
3-Je peux compter sur moi plus que sur les autres. 3- أعتمد على نفسي أكثر من ما أعتمد على الآخرين.							X
4-L'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses. 4- أهم شيء بالنسبة لي هو أن أواصل الإهتمام ببعض الأشياء.							X
5-S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e). 5- أعتمد إلا على نفسي إذا ما استلزم الأمر.						X	
6-Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie. 6- إنني فخور بتحقيق أشياء في حياتي.							X

7-Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement. 7- عادة أستطيع أن أتكيف بسهولة.							X
8-Je m'aime bien. 8-أحب نفسي.							X
9-Je sens que je peux faire beaucoup de choses à lafoie. 9- أحس أنني قادر على القيام بعدة أشياء.							X
10-Je suis une personne déterminée. 10- إبني شخص مصمم.							X
11-Je me demande rarement quel est le sens des choses. 11- نادراً ما أتسائل عن معنى أو مهية الأشياء.							X
12-Je prends les choses comme elles viennent. 12- أتقبل الأحداث كما هي أو مثل ما تواجهني.							X
13-Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés. 13- أستطيع مواجهة أحداث صعبة لأنني سبق لي أن أمر بظروف صعبة.							X
14-Je sais m'auto-discipliner. 14- أستطيع التهذيب الذاتي لنفسي.							X
15-Je m'intéresse à deverses choses. 15- أهتم بأشياء مختلفة.							X
16-Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire. 16- أجده دائماً ما يضحكني.							X
17-Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles. 17- تسمح لي ثقتي بنفسي أن أمر بظروف أو بمراحل صعبة.							X
18-En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi. 18- في حالة الطوارئ يمكنني الاعتماد على.							X

19-D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles. 19- من عادتي أن أتفحص وضعية ما من كل زواياها.							X
20-Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non. 20- إن شنت أو أبىت، في بعض الأحيان أرغم نفسي بالقيام ببعض الأشياء أو بعض المهام.						X	
21-Ma vie a un sens. 21- حياتي لها معنى.							X
22-Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle. 22- لا أضيع وقتني في أمور لا أستطيع مراقبتها.							X
23-Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir. 23- إذا ما كنت في وضعيات صعبة غالباً ما أستطيع الخروج منها.						X	
24-J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire. 24- لدى الطاقة الكافية القيام بما أريد القيام به.						X	
25-ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas. 25- لا يزعجي الأمر إذا كان البعض لا يحبونني.							X

Annexe N° 05: Cas de Mouloud

Échelle de résilience Tableau N°3: Résultat du cas N°3 Mouloud								
Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion. حاولوا بقدر الإمكان الإجابة عن الأسئلة الآتية مع العلم أن كل إجابة مقبولة، لا يوجد جوباً جيداً أو غير جيداً، كل الإجابة مقبولة. أجبوا حسب رأيكم الخاص.								
Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord. تمعنوا جيداً مع الأسئلة المطروحة ثم جاوبوا بوضع إشارة في الخانة المناسبة والمرقمة من 1 إلى 7. رقم 1 يعني أنكم غير موفقين تماماً أو جداً و رقم 7 أنكم جد موفقين		Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7 الرجاء إدخال تقييم من 1 إلى 7.						
		1 Très en désaccord	2	3	4	5	6	7 totalement en accord موافق تماماً
1-lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1- عندما أقوم بمشروع وأوصل حتى إتمامه.				X			
2-En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	2- على العموم أستطيع أن أحال مشاكلتي بقدر المستطاع.							X
3-Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	3- أعتمد على نفسي أكثر من ما أعتمد على الآخرين.					X		
4-L'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	4- أهم شيء بالنسبة لي هو أن أواصل الاهتمام ببعض الأشياء.							X
5-S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).	5- أعتمد إلا على نفسي إذا ما إستلزم الأمر.					X		
6-Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	6- إنني فخور بتحقيق أشياء في حياتي.							X

7-Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement. 7- عادة أستطيع أن أتكيف بسهولة.	X				
8-Je m'aime bien. 8-أحب نفسي.		X			
9-Je sens que je peux faire beaucoup de choses à lafoie. 9- أحس أنني قادر على القيام بعدة أشياء.	X				
10-Je suis une personne déterminée. 10- إنني شخص مصمم.		X			
11-Je me demande rarement quel est le sens des choses. 11- نادراً ما أسأول عن معنى أو مهية الأشياء.					X
12-Je prends les choses comme elles viennent. 12- أتقبل الأحداث كما هي أو مثل ما تواجهني.	X				
13-Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés. 13- أستطيع مواجهة أحداث صعبة لأنني سبق لي أن أمر بظروف صعبة.					X
14-Je sais m'auto-discipliner. 14- أستطيع التهذيب الذاتي لنفسي.		X			
15-Je m'intéresse à deverses choses. 15- أهتم بشيء مختلف.			X		
16-Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire. 16- أجد دائماً ما يضحكني.	X				
17-Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles. 17- تسمح لي ثقتي بنفسي أن أمر بظروف أو بمراحل صعبة.		X			
18-En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi. 18- في حالة الطوارئ يمكنني الاعتماد على.					X

19-D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles. 19- من عادتي أن أتفحص وضعية ما من كل زواياها.					X	
20-Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non. 20- إن شئت أو أبيت، في بعض الأحيان أرغم نفسي بالقيام ببعض الأشياء أو بعض المهام.					X	
21-Ma vie a un sens. 21- حياتي لها معنى.		X				
22-Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle. 22- لا أضيع وقتى في أمور لا استطاع مراقبتها.					X	
23-Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir. 23- إذا ما كنت في وضعيات صعبة غالباً ما أستطيع الخروج منها.					X	
24-J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire. 24- لدى الطاقة الكافية القيام بما أريد القيام به.					X	
25-ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas. 25- لا يزعني الأمر إذا كان البعض لا يحبونني.					X	

Annexe N° 06: Cas de Karim

Échelle de résilience																					
Tableau N°4: Résultat du cas N°4 Karim																					
<p>Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.</p> <p>حاولوا بقدر الإمكان الإجابة عن الأسئلة الآتية مع العلم أن كل إجابة مقبولة، لا يوجد جوباً جيداً أو غير جيداً، كل الإجابة مقبولة. أجبوا حسب رأيكم الخاص.</p>																					
<p>Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord.</p> <p>تمعنوا جيداً مع الأسئلة المطروحة ثم جاوبوا بوضع إشارة في الخانة المناسبة و المرفقة من 1 إلى 7.</p> <p>رقم 1 يعني انكم غير موقفين تماماً او جداً و رقم 7 انكم جد موقفين</p>		<p>Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7 الرجاء إدخال تقييم من 1 إلى 7.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1 Très en désaccord</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7 totalement en accord</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>غير موافق تماماً</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>موافق تماماً</td> </tr> </tbody> </table>						1 Très en désaccord	2	3	4	5	6	7 totalement en accord	غير موافق تماماً						موافق تماماً
1 Très en désaccord	2	3	4	5	6	7 totalement en accord															
غير موافق تماماً						موافق تماماً															
1-lorsque je fais des projets, je les mène à terme. 1- عندما أقوم بمشروع أو أصل حتى إتمامه.				X																	
2-En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre. 2- على العموم أستطيع أن أحال مشاكلتي بقدر المستطاع.						X															
3-Je peux compter sur moi plus que sur les autres. 3- أعتمد على نفسي أكثر من ما أعتمد على الآخرين.					X																
4-L'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses. 4- أهم شيء بالنسبة لي هو أن أواصل الإهتمام ببعض الأشياء.				X																	
5-S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e). 5- أعتمد إلا على نفسي إذا ما استلزم الأمر.			X																		
6-Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie. 6- إنني فخور بتحقيق أشياء في حياتي.						X															

7-Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement. 7- عادة أستطيع أن أتكيف بسهولة.	X					
8-Je m'aime bien. 8-أحب نفسي.		X				
9-Je sens que je peux faire beaucoup de choses à lafoie. 9- أحس أنني قادر على القيام بعدة أشياء.					X	
10-Je suis une personne déterminée. 10- إنني شخص مصمم.	X					
11-Je me demande rarement quel est le sens des choses. 11- نادراً ما أسأول عن معنى أو مهية الأشياء.	X					
12-Je prends les choses comme elles viennent. 12- أقبل الأحداث كما هي أو مثل ما تواجهني.		X				
13-Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés. 13- أستطيع مواجهة أحداث صعبة لأنني سبق لي أن امر بظروف صعبة.			X			
14-Je sais m'auto-discipliner. 14- أستطيع التهذيب الذاتي لنفسي.		X				
15-Je m'intéresse à deverses choses. 15- أهتم بشيء مختلف.			X			
16-Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire. 16- أجد دائماً ما يضحكني.				X		
17-Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles. 17- تسمح لي ثقتي بنفسي أن أمر بظروف أو بمراحل صعبة.				X		
18-En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi. 18- في حالة الطوارئ يمكنني الاعتماد على.	X					

19-D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles. 19- من عادتي أن أتفحص وضعية ما من كل زواياها.	X				
20-Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non. 20- إن شئت أو أبيت، في بعض الأحيان أرغم نفسي بالقيام ببعض الأشياء أو بعض المهام.	X				
21-Ma vie a un sens. 21- حياتي لها معنى.			X		
22-Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle. 22- لا أضيع وقتني في أمور لا أستطيع مراقبتها.				X	
23-Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir. 23- إذا ما كنت في وضعيات صعبة غالباً ما أستطيع الخروج منها.		X			
24-J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire. 24- لدى الطاقة الكافية القيام بما أريد القيام به.			X		
25-ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas. 25- لا يزعجي الأمر إذا كان البعض لا يحبونني.				X	

Annexe N° 07 : Cas de Fares

Échelle de résilience

Tableau N°5: Résultat du cas N° 5 Fares

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

حاولوا بقدر الإمكان الإجابة عن الأسئلة الآتية مع العلم أن كل إجابة مقبولة، لا يوجد جواباً جيداً أو غير جيداً، كل الإجابة مقبولة. أجروا حسب رأيكم الخاص.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord. تعنوا جيداً مع الأسئلة المطروحة ثم جاوبوا بوضع إشارة في الخانة المناسبة و المرقمة من 1 إلى 7. رقم 1 يعني أنكم غير موافقين تماماً أو جداً و رقم 7 أنكم جد موافقين	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7 الرجاء إدخال تقييم من 1 إلى 7.						
	1 Très en désaccord	2	3	4	5	6	7 totalement en accord موافق تماماً
1-lorsque je fais des projets, je les mène à terme. - عندما أقوم بمشروع أوصل حتى اتمامه.							X
2-En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre. - على العموم أستطيع أن أحال مشاكل بقدر المستطاع.	X						
3-Je peux compter sur moi plus que sur les autres. - أعتمد على نفسي أكثر من ما أعتمد على الآخرين.	X						
4-L'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses. - أهم شيء بالنسبة لي هو أن أواصل الإهتمام ببعض الأشياء.	X						
5-S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e). - أعتمد إلا على نفسي إذا ما استلزم الأمر.							X
6-Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie. - أنتي فخور بتحقيق أشياء في حياتي.							X

7-Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement. 7- عادة استطيع أن أتكيف بسهولة.							X
8-Je m'aime bien. 8- أحب نفسي.							X
9-Je sens que je peux faire beaucoup de choses à lafoie. 9- أحس أنني قادر على القيام بعدة أشياء.						X	
10-Je suis une personne déterminée. 10- إنتي شخص مصمم.					X		
11-Je me demande rarement quel est le sens des choses. 11- نادرًا ما أتسائل عن معنى أو معنوية الأشياء.					X		
12-Je prends les choses comme elles viennent. 12- أتفق الأحداث كما هي أو مثل ما تواجهني.						X	
13-Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés. 13- أستطيع مواجهة أحداث صعبة لأنني سبق لي أن أمر بظروف صعبة.						X	
14-Je sais m'auto-discipliner. 14- أستطيع التهذيب الذاتي لنفسي.					X		
15-Je m'intéresse à deverses choses. 15- أهتم بأشياء مختلفة.					X		
16-Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire. 16- أجده دائمًا ما يضحكني.						X	
17-Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles. 17- تسمح لي ثقتي بنفسي أن أمر بظروف أو براحل صعبة.				X			
18-En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi. 18- في حالة الطوارئ، يمكنني الاعتماد على.						X	

19-D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles. 19- من عادتي ان انفحص وضعية ما من كل زواياها.	X						
20-Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non. 20- إن شئت أو أبىت، في بعض الأحيان أرغم نفسي بالقيام ببعض الأشياء أو بعض المهام.							X
21-Ma vie a un sens. 21- حياتي لها معنى.	X						
22-Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle. 22- لا أضيع وقتي في أمور لا أستطيع مراقبتها.							X
23-Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir. 23- إذا ما كنت في وضعيات صعبة غالباً ما أستطيع الخروج منها.						X	
24-J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire. 24- لدى الطاقة الكافية القيام بما أريد القيام به.	X						
25-ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas. 25- لا يزعجي الأمر إذا كان البعض لا يحبونني.							X

Annexe N° 08 : Cas de Mahdi

Échelle de résilience

Tableau N°6: Résultat du cas N°6 Mahdi

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

حاولوا بقدر الإمكان الإجابة عن الأسئلة الآتية مع العلم أن كل إجابة مقبولة، لا يوجد جواباً جيداً أو غير جيداً، كل الإجابة مقبولة. أجروا حسب رأيكم الخاص.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord. تمعنوا جيداً مع الأسئلة المطروحة ثم جابوا بوضع إشارة في الخانة المناسبة و المرقمة من 1 إلى 7. رقم 1 يعني أنكم غير موافقين تماماً أو جداً و رقم 7 أنكم جد موافقين	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7 الرجاء إدخال تقييم من 1 إلى 7.						
	1 Très en désaccord غير موافق تماماً	2	3	4	5	6	7 totalement en accord موافق تماماً
1-lorsque je fais des projets, je les mène à terme. - عندما أقوم بمشروع وأوصل حتى اتمامه.							X
2-En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre. - على العموم أستطيع أن أحال مشاكلني بقدر المستطاع.							X
3-Je peux compter sur moi plus que sur les autres. - أعتمد على نفسي أكثر من ما أعتمد على الآخرين.							X
4-L'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses. - أهم شيء بالنسبة لي هو أن أواصل الاهتمام ببعض الأشياء.							X
5-S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e). - أعتمد إلا على نفسي إذا ما إستلزم الأمر.							X
6-Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie. - إنني فخور بتحقيق أشياء في حياتي.						X	

7-Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement. 7- عادة أستطيع أن أتكيف بسهولة.					X	
8-Je m'aime bien. 8- أحب نفسي.						X
9-Je sens que je peux faire beaucoup de choses à lafoie. 9- أحس أنني قادر على القيام بعدة أشياء.					X	
10-Je suis une personne déterminée. 10- إنتي شخص مصمم.					X	
11-Je me demande rarement quel est le sens des choses. 11- نادراً ما أتسائل عن معنى أو مهيبة الأشياء.					X	
12-Je prends les choses comme elles viennent. 12- أتقبل الأحداث كما هي أو مثل ما تواجهني.					X	
13-Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés. 13- أستطيع مواجهة أحداث صعبة لأنني سبق لي أن أمر بظروف صعبة.					X	
14-Je sais m'auto-discipliner. 14- أستطيع التهذيب الذاتي لنفسي.				X		
15-Je m'intéresse à deverses choses. 15- أهتم بشيء مختلف.				X		
16-Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire. 16- أجد دائماً ما يضحكني.				X		
17-Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles. 17- تسمح لي ثقتي بنفسي أن أمر بظروف أو بمراحل صعبة.					X	
18-En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi. 18- في حالة الطوارئ يمكنني الاعتماد على.						X

19-D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles. 19- من عادتي ان انخsus وضعيه ما من كل زواياها.					X	
20-Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non. 20- إن شنت أو أبىت، في بعض الأحيان أرغم نفسي بالقيام ببعض الأشياء أو بعض المهام.	X					
21-Ma vie a un sens. 21- حياتي لها معنى.	X					
22-Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle. 22- لا أضيع وقتني في أمور لا استطيع مراقبتها.				X		
23-Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir. 23- إذا ما كنت في وضعيات صعبة غالباً ما أستطيع الخروج منها.					X	
24-J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire. 24- لدى الطاقة الكافية القيام بما أريد القيام به.			X			
25-ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas. 25- لا يزعجي الأمر إذا كان البعض لا يحبونني.	X					

Annexe N° 09 : Cas d'Amine

Échelle de résilience

Tableau N°7: Résultat du cas N° 7 Amine

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

حاولوا بقدر الإمكان الإجابة عن الأسئلة الآتية مع العلم أن كل إجابة مقبولة، لا يوجد جواباً جيداً أو غير جيداً، كل الإجابة مقبولة. أجبوا حسب رأيكم الخاص.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord. تمعنوا جيداً مع الأسئلة المطروحة ثم جابوا بوضع إشارة في الخانة المناسبة والمرفقة من 1 إلى 7. رقم 1 يعني انكم غير موافقين تماماً أو جداً و رقم 7 انكم جد موافقين	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7 الرجاء إدخال تقييم من 1 إلى 7.						
	1 Très en désaccord	2	3	4	5	6	7 totalement en accord موافق تماماً
1-lorsque je fais des projets, je les mène à terme. - عندما أقوم بمشروع وأوصل حتى اتمامه.							X
2-En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre. - على العموم أستطيع أن أحال مشاكلني بقدر المستطاع.						X	
3-Je peux compter sur moi plus que sur les autres. - أعتمد على نفسي أكثر من ما أعتمد على الآخرين.							X
4-L'importance pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses. - أهم شيء بالنسبة لي هو أن أواصل الاهتمام ببعض الأشياء.							X
5-S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e). - أعتمد إلا على نفسي إذا ما إستلزم الأمر.					X		
6-Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie. - إنني فخور بتحقيق أشياء في حياتي.							X

7-Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement. 7- عادة أستطيع أن أتكيف بسهولة.								X
8-Je m'aime bien. 8-أحب نفسي.								X
9-Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois. 9- أحس أنني قادر على القيام بعدة أشياء.							X	
10-Je suis une personne déterminée. 10- إبني شخص مصمم.								X
11-Je me demande rarement quel est le sens des choses. 11- نادراً ما أتسائل عن معنى أو مهية الأشياء.					X			
12-Je prends les choses comme elles viennent. 12- أتفق الأحداث كما هي أو مثل ما تواجهني.	X							
13-Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés. 13- أستطيع مواجهة أحداث صعبة لأنني سبق لي أن أمر بظروف صعبة.						X		
14-Je sais m'auto-discipliner. 14- أستطيع التهذيب الذاتي لنفسي.							X	
15-Je m'intéresse à diverses choses. 15- أهتم بالشيء مختلف.	X							
16-Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire. 16- أجد دائماً ما يضحكني.							X	
17-Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles. 17- تسمح لي ثقتي بنفسي أن أمر بظروف أو بمراحل صعبة.							X	
18-En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi. 18- في حالة الطوارئ يمكنني الاعتماد على.							X	

19-D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles. 19- من عادتي أن أتفحص وضعية ما من كل زواياها.		X					
20-Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non. 20- إن شئت أو أبيت، في بعض الأحيان أرغم نفسي بالقيام ببعض الأشياء أو بعض المهام.							X
21-Ma vie a un sens. 21- حياتي لها معنى.							X
22-Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle. 22- لا أضيع وقتي في أمور لا أستطيع مراقبتها.					X		
23-Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir. 23- إذا ما كنت في وضعيات صعبة غالباً ما أستطيع الخروج منها.							X
24-J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire. 24- لدى الطاقة الكافية القيام بما أريد القيام به.	X						
25-ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas. 25- لا يزعجي الأمر إذا كان البعض لا يحبونني.							X

Annexe N° 10 :

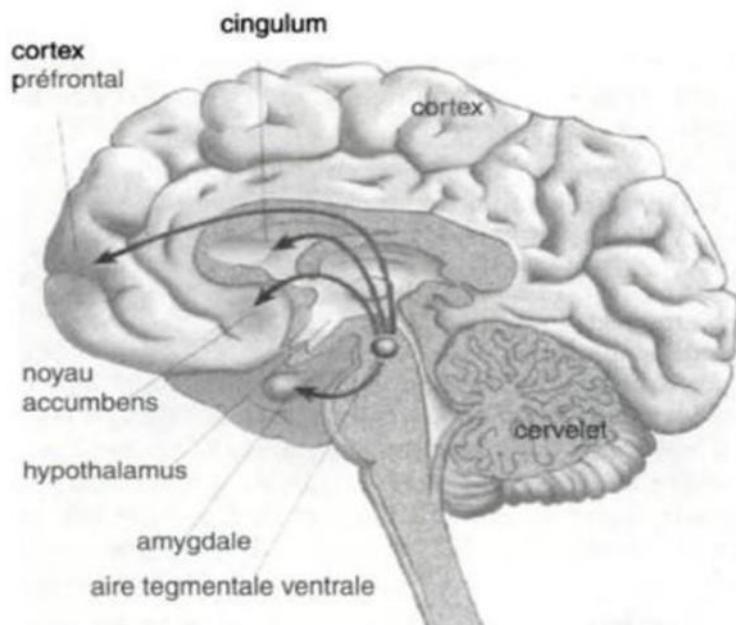


Figure N°1 : Circuit récompense / punition (Reynaud, M., 2005).



Figure N° 2 : Capsule de Lyrica 300mg.



Figure N° 3 : Capsule de Lyrica 150mg.

Résumé

Cette recherche se concentre sur l'étude de la résilience chez les personnes addictes à la prégabaline durant la prise en charge. L'objectif principal est d'évaluer la résilience chez sept personnes addictes à la prégabaline, hospitalisées à l'hôpital psychiatrique situé à Oued Ghir (Bejaïa).

Pour vérifier notre hypothèse, nous avons eu recours à la méthode clinique. Nous nous sommes appuyés sur un guide d'entretien semi-directif ainsi que sur l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993).

Ces outils nous ont permis, d'une part, de mesurer la tonicité de la résilience et d'autre part, d'identifier les facteurs de résilience présents chez ces individus. Les résultats obtenus ont mis en évidence que les sujets de notre groupe de recherche présentent un caractère résilient avec une intensité faible.

Mots clés : résilience ; addiction ; prégabaline ; adultes.

Abstract

This research focuses on the study of resilience in individuals addicted to pregabalin during their treatment. The main objective is to assess the resilience of seven individuals addicted to pregabalin who are hospitalized at the psychiatric hospital located in Oued Ghir (Bejaïa).

To test our hypothesis, we used a clinical method. We relied on a semi-structured interview guide as well as the Wagnild and Young Resilience Scale (1993).

These tools allowed us, on the one hand, to measure the strength of resilience and, on the other hand, to identify the resilience factors present in these individuals. The results obtained showed that the subjects in our research group exhibit a resilient character with low intensity.

Keywords: resilience; addiction; pregabalin; adults

ملخص

تتركز هذه الدراسة على موضوع الصلاة النفسية لدى الأشخاص المدمنين على البرجابالين خلال فترة التكفل العلاجي.

يتمثل الهدف الرئيسي من هذا البحث في تقييم مستوى الصلاة النفسية لدى سبعة أشخاص مدمنين على البرجابالين، والمتواجدين بمستشفى الأمراض العقلية بواد غير (بجاية).

والتحقق من فرضيتنا، اعتمدنا على المنهج العيادي، مستتدلين إلى دليل مقاولة نصف موجهة بالإضافة إلى مقياس الصلاة النفسية لواوغنيلد ويونغ (1993).

مكنتنا هذه الأدوات من قياس درجة الصلاة النفسية من جهة، وتحديد العوامل المساهمة في تعزيزها لدى هذه الفئة من جهة أخرى.

وقد أظهرت النتائج المستخلصة أن أفراد مجتمعنا البحثية يتميزون بصلاحة نفسية ذات شدة ضعيفة.

الكلمات المفتاحية: الصلاة النفسية؛ الإدمان؛ البرجابالين؛ الراشدون.