



**Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département de Psychologie  
Et d'orthophonie**

*Mémoire de fin de cycle, présenté en vue de l'obtention de diplôme  
du master2  
En psychologie clinique*

***Thème***

**L'étude de la résilience chez les jeunes  
toxicomanes en parcours de réhabilitation**

**Etude clinique de six (06) cas de consommateurs de cannabis au  
niveau de l'EHS en psychiatrie de Oued Ghir**

**Présenté par :**

Benseghir Souad

Bouabdallah Kenza

**Encadré par :**

**Dr. GACI Khelifa**

Année universitaire : 2024/2025

## *Remerciements*

*Avant tout, nous tenons à remercier Allah le miséricordieux, de nous avoir donné la force, la patience et la persévérance nécessaires et de nous avoir permis de finaliser ce travail dans un cadre favorable.*

*Nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères à notre encadrant, Dr. GACI, pour son accompagnement tout au long de cette étude. Nous tenons également à lui témoigner notre profond respect pour son expertise, sa rigueur et sa passion pour son domaine, qui ont été pour nous des repères essentiels. Sa disponibilité permanente, la qualité de ses conseils et son soutien constant ont grandement contribué à la réalisation de ce mémoire.*

*Nous remercions également les membres du jury pour l'attention portée à notre travail et pour la qualité de leurs observations, qui ne manqueront pas d'enrichir notre réflexion et d'orienter nos perspectives futures.*

*Enfin, nous exprimons notre profonde gratitude aux psychologues de l'hôpital EHS Oued Ghir, Monsieur Kheirdine, Monsieur Djamaoune et Madame Menssour pour leur accueil chaleureux, leur collaboration active. Leur contribution a été précieuse et a joué un rôle déterminant dans la qualité et la concrétisation de notre recherche.*

# Dédicace

**À mes parents, Farid et Samia,** Vous êtes le pilier de ma vie. Vous m'avez tout donné sans jamais rien attendre en retour, vous m'avez soutenue avec une force et un amour qui m'ont portée à chaque étape. Même dans les moments les plus difficiles, vous étiez là, sans faillir. Ce mémoire, c'est le reflet de votre dévouement, de vos sacrifices et de votre confiance inébranlable en moi

**À mes chères sœurs, Lamia, Fériel, karima,** Vous êtes mon souffle, ma force cachée, mon refuge. Votre présence, vos mots, vos sourires m'ont donné l'énergie de continuer, encore et encore.

**Mes chers frères, Yanis et mon grand frère défunt,** Yanis, l'artiste de la famille tu es notre espoir notre bonheur merci de nous avoir honoré. Quant à toi, mon grand frère, même si tu n'es plus là, tu restes à jamais dans mon cœur. Tu rêvais de ce jour, et je poursuis ce chemin avec ta force en moi. Paix à ton âme. Ce mémoire est aussi le vôtre.

**À mon fiancé,** Depuis cinq ans, tu es mon roc. Dans chaque moment de doute, tu étais là. Tu m'as portée quand je n'en pouvais plus, tu as cru en moi sans jamais faiblir. Ton amour et ton soutien ont été un véritable moteur. Merci pour ta patience, ta tendresse, ta force.

**A ma chère cousine Mina,** Merci à toi, tu es ma source de joie et de réconfort, et ta présence a été un vrai cadeau dans ce parcours.

**À mon cher Yanis Souci,** Merci de ne m'avoir jamais trahi notre amitié et d'avoir toujours été fidèle, sincère et présent, un véritable frère de cœur tout au long de ce parcours

**À mes chers Yanis Aissaoui et Nina,** Merci d'avoir été présents tout au long de ce parcours, votre amitié, votre soutien et votre force m'ont porté, et ce mémoire est aussi le vôtre.

**À mon binôme,** Merci d'avoir partagé ce travail avec tant de bienveillance ta présence a rendu cette aventure plus belle.

**À mes chers collègues du travail,** Vous êtes tellement nombreux que je ne pourrais pas tous vous citer, mais sachez que je pense à chacun de vous avec beaucoup de reconnaissance et de respect. Merci pour tous ces moments partagés

**Benseghir Souad**

# Dédicace

*Je dédie ce mémoire à ceux qui m'ont toujours soutenu, encouragé et guidé tout au long de ce parcours.*

*A mes parents adorés **Amar** et **Cherifa**, pour leur amour incommensurable et leur soutien constant. Vous avez été ma source de motivation, mes premiers guides et mes plus grands encouragements. Vos sacrifices et vos conseils ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui, vous êtes ma source de motivation et d'inspiration.*

*A mes sœurs **Nawal** et **Iman** et mon frère **Yacine**, vous avez été des alliés précieux, partageant mes joies et mes peines. Vous êtes mon ancrage et mon réconfort dans les moments difficiles, votre amour et votre présence m'ont donné la force de persévérer, et je vous en serai éternellement reconnaissant.*

*A mon beau-frère **Younes** pour leur gentillesse et leur encouragement sans oublier mon petit neveu **Adam**, pour ta joie de vivre contagieuse et ta pureté. Ta présence me rappelle chaque jour l'importance de profiter des moments simples et précieux de la vie.*

*A mon cher ami **Aziz** pour ton soutien inébranlable et ta patience infinie. Sans toi, ce chemin aurait été bien plus difficile.*

*A tous mes amis, qui ont partagé mes rires, mes doutes et mes succès. Merci pour votre présence.*

*A ma binôme **Souad** pour ton travail acharné ton esprit d'équipe et ta camaraderie, ce parcours n'aurait pas été le même sans toi, et je te suis reconnaissante pour tout ce que nous avons accompli ensemble.*

**Kenza bouabdallah**

# Sommaire

**Remerciement**

**Dédicace**

**Sommaire**

**Liste des figures**

**Liste des tableaux**

**Liste des abréviations**

Introduction ..... 1

## Le cadre général de la problématique

Problématique ..... 4

Hypothèse ..... 10

## Partie théorique

### Chapitre I

#### Toxicomanie et usage du cannabis : approches psychopathologiques, enjeux cliniques et modalités de prise en charge

Préambule ..... 15

**I. La toxicomanie** ..... 15

1. Définitions de la toxicomanie ..... 15

2- Les piliers d'usage des substances psychoactives ..... 17

3- Les approches psychopathologiques de la toxicomanie ..... 22

4- La drogue ..... 26

5. Typologie des substances psychoactives ..... 27

5.1. Les perturbateurs (hallucinogènes, délirogènes) ..... 27

5.2. Les psychostimulants ..... 29

5.3. Les sédatifs ..... 22

5.4. Les analgésiques opiacés et synthétiques ..... 32

6. Facteurs de vulnérabilité et de protection ..... 34

**II – Le cannabis** ..... 36

1. Histoire du cannabis ..... 36

2. Définition et formes du cannabis.....	37
3. Principaux constituants de cannabis.....	44
4. Critères diagnostiques DSM-5.....	44
5. Cannabis et dépendance.....	42
6. Effets et dangers liés à l'usage de cannabis.....	42
7. Les modalités de prise en charge.....	49
<b>Conclusion du chapitre.....</b>	<b>54</b>

## **Chapitre II**

### **La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

Préambule .....	52
1. L'origine et l'historique du concept de la résilience .....	52
2. Définitions de la résilience .....	56
3. Les concepts apparentés à la résilience .....	57
4. Profil de l'individu résilient .....	58
5. Résilience et dépendance .....	58
6. Les facteurs de protection .....	62
7. Les facteurs de vulnérabilité et de risque .....	65
8. Les critères de la résilience .....	67
9. Méthodes d'évaluation de la résilience .....	68
10. Applications cliniques de la résilience .....	67
11. Les limites de la résilience .....	74
<b>Conclusion du chapitre .....</b>	<b>72</b>

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : La méthodologie de recherche**

Préambule .....	77
1- La pré-enquête... .....	77
2- Présentation du lieu de stage .....	79
3- La méthode de recherche .....	79
4-Groupe d'étude et ses caractéristiques.....	84

5- Les outils de recherche .....	82
6- Déroulement de la recherche .....	88
7- Difficulté rencontrés .....	94
<b>Conclusion du chapitre .....</b>	<b>94</b>

## **Chapitre IV :**

### **Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

<b>Préambule .....</b>	<b>92</b>
<b>I-Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle de résilience RS-25.....</b>	<b>92</b>
- Patient N°01.....	92
- Patient N°02.....	444
- Patient N°03.....	109
- Patient N°04.....	146
- Patient N°05.....	122
- Patient N°06.....	124
<b>II- discussion de l'hypothèse .....</b>	<b>427</b>
<b>Synthèse .....</b>	<b>129</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>142</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>143</b>
<b>ANNEXE .....</b>	<b>146</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>150</b>

...

# *Introduction*

## **Introduction**

---

### **Introduction**

La toxicomanie est aujourd’hui une réalité complexe et troublante, qui touche des millions de personnes dans le monde. Il s’agit de bien plus qu’un simple comportement de consommation des substances tel que (les drogues licites et illicites) c’est un véritable trouble psychologique et social ayant des répercussions profondes sur la santé mentale, les relations, l’intégration sociale et la qualité de vie. On le considère souvent comme un symptôme évident d’un malaise plus profond, une tentative d’échapper à une réalité insupportable ou dénuée de sens.

Le domaine de la toxicomanie est vaste, englobant une diversité de substances psychoactives, chacune ayant des effets spécifiques sur la santé des consommateurs. Dans le cadre de notre étude, nous avons porté notre attention particulièrement sur le cannabis, une substance dont l’usage, souvent banalisé, soulève pourtant de nombreuses questions sur le plan de la santé mentale et des trajectoires individuelles de dépendance.

L’usage prolongé et intensif du cannabis peut entraîner des altérations notables du fonctionnement psychique (des troubles respiratoires, des problèmes cardiovasculaires), psychologique (anxiété, hallucination ...)

Cependant, tous les individus confrontés à la toxicomanie n’évoluent pas vers la marginalisation ou l’échec. Certains, malgré la dépendance et les multiples obstacles, réussissent à retrouver un équilibre, à se reconstruire et à donner un nouveau sens à leur existence. Cette capacité d’adaptation face à l’adversité s’inscrit dans un processus que la psychologie appelle résilience.

La résilience est un concept-clé en psychologie clinique, désignant la capacité d’un individu à surmonter une épreuve, à se réorganiser psychiquement après un traumatisme, et à poursuivre son développement malgré les difficultés.

Dans la continuité de notre réflexion, cette étude se concentre spécifiquement sur la résilience chez les jeunes toxicomanes consommant du cannabis. Il s’agit d’examiner les mécanismes psychologiques et sociaux qui leur permettent de faire face à la dépendance et de retrouver un équilibre de vie. Ces mécanismes incluent, entre autres, la capacité à donner du sens à l’épreuve, à mobiliser des ressources internes comme la motivation ou l’estime de soi, ainsi que l’appui sur des ressources externes telles que le soutien familial, les relations sociales.

## **Introduction**

---

Nous avons adopté une approche clinique combinée, intégrant le qualitatif et le quantitatif. L'entretien clinique, appuyé sur un guide d'entretien, nous a permis d'explorer en profondeur le vécu des consommateurs de cannabis et les ressources qu'ils mobilisent face à leur dépendance. En parallèle, nous avons utilisé l'échelle de résilience RS-25 de Wagnild et Young pour évaluer de façon objective leur niveau de résilience. Cette méthode mixte permet d'obtenir une compréhension plus complète du phénomène étudié, et ainsi de confirmer nos hypothèses.

Dans le but d'effectuer cette étude, nous avons choisi comme terrain de recherche l'EHS psychiatrique d'Oued Ghir, situé à Bejaïa. C'est au sein de cet établissement que nous avons pu sélectionner un groupe d'étude composé de six patients qui répond à nos objectifs de recherche.

Pour enrichir et éclairer le thème que nous avons abordé précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui est subdivisé en deux grandes parties :

La première partie qui est la partie théorique contient deux chapitres :

**La partie théorique :** qui comporte deux chapitres :

**-Le premier chapitre :** portant sur la « toxicomanie et le cannabis ». La première perspective porte sur la toxicomanie, en abordant sa définition, les piliers d'usage des substances psychoactives, la notion de la dépendance, les approches, typologie des substances psychoactives, facteurs de vulnérabilité et de risques.

Dans la deuxième perspective nous avons abordé les définitions du cannabis et ses composants, l'histoire, les critères diagnostiques selon DSM 5, les effets et dangers liés à l'usage du cannabis et enfin la prise en charge.

**-Le deuxième chapitre :** portant sur « la résilience ». Ce chapitre aborde les origines et l'historique du concept de la résilience, ainsi que ses différentes définitions et les concepts apparentés. Nous avons également exploré la notion de résilience assistée dans le champ des addictions, les facteurs de protection, les critères de la résilience, les méthodes et applications cliniques, et enfin, les limites du concept.

## **Introduction**

---

Pour la deuxième partie aussi elle contient deux chapitres :

- **Troisième chapitre** : portant sur « cadre méthodologique de la recherche », est consacré à la présentation de notre démarche méthodologique. Dans ce chapitre, nous avons exposé les étapes de la recherche, le profil des patients, ainsi que les techniques utilisées.

-**Quatrième chapitre** : portant sur « Analyse des résultats et discussion des hypothèses » est consacré à la présentation et à l'analyse des données recueillies à travers les entretiens cliniques ainsi que les résultats obtenus à l'aide des échelles de résilience de Young et Wagnild, a fin de confirmer nos hypothèses.

Ce travail se termine par une conclusion générale, suivie d'une bibliographie rassemblant les références utilisées, et enfin par des annexes regroupant les documents complémentaires à la recherche.

*Le cadre général de  
la problématique*

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

---

### **Problématique :**

Certaines épreuves de la vie brisent, enferment et bouleversent des trajectoires. Pourtant, au milieu du chaos, certains trouvent la force de se relever, de se reconstruire et d'avancer. Cette capacité à surmonter l'adversité nous a profondément interpellées, nous poussant à explorer les mécanismes qui permettent à certains individus de transformer leur souffrance en une nouvelle dynamique de vie.

Le rôle du psychologue est d'accompagner les personnes face à la souffrance, aux épreuves et aux difficultés de la vie. Dans cette démarche, il est essentiel de ne pas se limiter à l'étude des troubles et des symptômes, mais aussi de prendre en compte la capacité des individus à faire face aux épreuves et à mobiliser leurs propres ressources dans un processus d'échange et d'accompagnement.

Parmi les épreuves perturbatrices de la vie, les addictions occupent une place significative. La dépendance est un phénomène universel et complexe qui se manifeste par un besoin compulsif et incontrôlable de consommer une substance ou de s'engager dans un comportement spécifique, malgré la conscience des conséquences néfastes sur la santé physique, mentale et sociale. Ce trouble affecte des millions de personnes à travers le monde, transcendant les frontières culturelles, économiques et géographiques. La compréhension des mécanismes de l'addiction et des facteurs de résilience chez les individus concernés est essentielle pour développer des stratégies efficaces de prévention et de traitement.

À l'échelle mondiale, quelque 35 millions de personnes présentent ce type de troubles et ont besoin de suivre un traitement, alors qu'elles étaient 30,5 millions selon les estimations antérieures. Ces chiffres illustrent l'ampleur croissante du problème et la nécessité d'interventions ciblées pour réduire l'impact de l'addiction sur les individus et les sociétés.  
[https://wdr.unodc.org/wdr2019/field/b2\\_F.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/field/b2_F.pdf)

L'addiction peut se développer envers une variété de substances psychoactives, chacune ayant des effets spécifiques sur le corps et l'esprit. Parmi les plus courantes, on trouve l'alcool, les opioïdes (tels que l'héroïne et certains analgésiques prescrits), les stimulants (comme la cocaïne et les amphétamines), les cannabinoïdes (principalement représentés par le cannabis),

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

---

ainsi que les sédatifs et les tranquillisants. Chacune de ces substances présente des défis uniques en matière de prévention et de traitement de l'addiction.

En Algérie, la toxicomanie est une préoccupation croissante, touchant principalement la population jeune. Les données disponibles indiquent une augmentation notable du nombre de personnes dépendantes aux substances psychoactives. Plus de 27.000 toxicomanes ont bénéficié d'une prise en charge médicale et thérapeutique durant l'année 2022, dont près de 47% âgés entre 26 et 35 ans, a-t-on appris auprès de l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie. <https://www.entv.dz/lutte-contre-la-drogue>.

Cette tendance reflète une vulnérabilité accrue des jeunes face à la consommation de substances, exacerbée par des facteurs socio-économiques et culturels.

Les substances les plus fréquemment consommées en Algérie incluent le cannabis qui se définit comme une drogue, du chanvre indien, telle que le haschisch ou la marijuana, consommée pour ses propriétés psychotropes et dont l'usage prolongé peut provoquer une dépendance, voire des troubles psychiques. (**La rousse. consulter le 05/05/2025**)

En 2021, au niveau mondial, la prévalence annuelle de l'usage de cannabis chez les jeunes de 15 et 16 ans était de 5,34 %, contre 4,3 % chez les adultes. En outre, la consommation de drogues est particulièrement nocive pour les jeunes. Dans certaines régions, ceux-ci sont plus gravement touchés par les troubles liés à l'usage de substances : en Afrique, 70 % des personnes traitées pour usage de drogues ont moins de 35 ans.  
[https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special\\_points\\_F.pdf](https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special_points_F.pdf)

D'après une étude observationnelle menée par le Dr Sofiane Zeggane en 2023, réalisée au centre de prise en charge des addictions (Certa) relevant du CHU de Tizi Ouzou, offre un éclairage précieux. Elle a porté sur un échantillon de 107 patients provenant de 40 wilayas d'Algérie et suivis pour leur addiction au cannabis.

L'analyse a révélé que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 20-24 ans (36 %), suivie des 30-34 ans (28 %). L'émergence de l'addiction chez les plus jeunes constitue une alerte : 7 % des patients étaient âgés de 15 à 19 ans. La grande majorité des patients sont des

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

---

hommes (94,34 %) et plus de la moitié ont un niveau d'études moyen (50,47 %), suivis de ceux de niveau secondaire (32,75 %) et universitaire (10 %).

Sur le plan socio-environnemental, l'étude indique que 73,85 % des patients sont issus du milieu urbain et que 42,99 % sont au chômage, bien que 53 % déclare une condition socioéconomique moyenne. Un élément particulièrement préoccupant est l'âge précoce d'entrée dans la consommation : 60,75 % ont commencé entre 15 et 19 ans, et 22,43 % entre 10 et 14 ans. (**Zeggane, 2023**) <https://www.liberte-algerie.com/actualite/inquietante-addiction-a-la-drogue chez-les-mineurs-370108>

Une étude autre étude prospective descriptive mono centrique mené par le CHU Sétif qui a inclus tous les patients suivis au service d'addictologie CHU Sétif, les données ont été recueillies entre le 1er janvier 2017 et le 15 juin 2023. Un dépistage urinaire des SPA par une technique immunologique (EMIT) a été réalisé au laboratoire de toxicologie CHU Sétif, et concernait les SPA suivantes : cocaïne, cannabis, barbituriques, ecstasy, benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques, prégabaline, amphétamines, méthamphétamines et opiacés.

Les résultats obtenus chez 1196 patients révèlent que la prévalence de la consommation de SPA est de 34,6 % (hors tabac et alcool). Les SPA illicites les plus consommées sont : le cannabis (39,62 %) suivi des opiacés (héroïne à 1,89 % et Morphine à 10 %), de la cocaïne (1,4 %), de la MDMA (0,5 %) et des amphétamines (0,3 %). En ce qui concerne les médicaments psychotropes, les benzodiazépines sont les plus consommées (20 %), suivis de la prégabaline (17,2 %), des barbituriques (1,2 %) et des antidépresseurs tricycliques (1,04 %). La moyenne d'âge est de 24 ans (min 10 ans et max 75), la consommation est prédominante chez les hommes (90 % contre 10 % chez les femmes). (**Benboudiaf et al. 2023**)  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352007823002160>

Une autre étude a été menée en 2025, sur 300 patients (hommes et femmes) hospitalisés à l'EHS Mahfoud Boucebci Cheraga Algérie, pour une décompensation psychiatrique. Les résultats obtenus sont comparables aux données de la littérature. La quasi-totalité des patients (96%) fume la résine de cannabis. La moyenne de la consommation de cannabis est de 7 joints par jour plus ou moins 4.

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

---

Dans 54% des cas la consommation est modérée, dans 35% des cas elle est importante et dans 11% des cas le nombre de joints par jour est faible. La quantité de cannabis consommée en grammes par jour est en moyenne de 0,74g/j plus ou moins 0,48 g/j. L'usage cannabique est régulier dans 43% des cas, quotidien dans 35% des cas et répété dans 15% des cas.

Dans 40,67% des cas, la consommation se fait en solitaire, dans 30,66% des cas sont des conduites de poly-pharmaco-dépendance et dans 28% des cas en groupe. La moyenne de l'ancienneté de la consommation est de 11 ans plus ou moins 7. La moyenne d'âge de début de la consommation de cannabis est de 19 ans plus ou moins 4. 53% des patients ont arrêté la prise cannabique, alors que 47% en consomment toujours.

L'âge moyen de l'arrêt de la consommation est de 28 ans plus ou moins 05. Dans 74,67% des cas le cannabis est associé à d'autres drogues ; le tabac à fumer dans une proportion de 100%, suivi par l'alcool avec un taux de 62% puis les psychotropes dans 49% des cas.  
<https://encephale2025.europa-inviteo.com/soumissions/index.php?langue=fr&onglet=22>

La toxicomanie est une problématique complexe qui dépasse la simple consommation de substances psychoactives. Elle s'accompagne avec nombreuses difficultés sociales, psychologiques et physiologiques, rendant le processus de sortie de l'addiction particulièrement ardu. Certains toxicomanes peuvent réussir à vivre pleinement l'instant présent, à travailler, à faire des projets et à avancer avec courage. Cette capacité de ne pas se laisser enfermer dans une impasse à se rebondir et à se réinventer malgré les épreuves, s'inscrit dans un concept fondamental qui est « La résilience ».

Michel Manciaux définit celle-ci 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'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (**Manciaux et coll, 2001, p. 17**).

Cette définition trouve une résonance particulière dans le cadre de la toxicomanie, où la résilience se manifeste par la capacité à se libérer de l'addiction et à reconstruire une vie nouvelle. Ainsi, nous nous interrogerons sur le rôle de la résilience dans le processus de désintoxication et sur les facteurs qui influencent sa mise en œuvre.

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

---

La résilience, dans le contexte de la toxicomanie, ne signifie pas simplement l'arrêt de la consommation, mais une reconstruction profonde de l'individu. Elle repose sur la capacité à faire face aux épreuves, à surmonter les rechutes et à redonner un sens à son existence.

Plusieurs éléments peuvent favoriser cette résilience : Le soutien social, L'accès aux soins et à l'accompagnement thérapeutique, Le développement des ressources personnelles, L'insertion sociale et professionnelle : Retrouver un emploi, une formation ou un projet de vie permet non seulement d'occuper l'esprit, mais aussi de retrouver une place dans la société, réduisant ainsi le risque de rechute.

À travers notre pré-enquête qui était effectuer au EHS de oued Ghir, on a recueilli des témoignages de personnes ayant vécu l'addiction. Leurs expériences montrent que sortir de la toxicomanie ne se limite pas à arrêter de consommer. Cela demande un grand effort pour reconstruire sa vie, retrouver une place dans la société et surmonter les épreuves du passé.

Les personnes qui ont réussi à quitter la toxicomanie parlent souvent d'un élément déclencheur : un événement marquant comme une maladie, un accident, la perte d'un proche ou encore une prise de conscience soudaine. Le soutien d'un proche ou d'un professionnel a souvent joué un rôle important dans leur changement.

Beaucoup ont trouvé une nouvelle raison de vivre en aidant les autres, en travaillant dans la prévention des addictions ou en reconstruisant des liens familiaux. D'autres ont réussi à retrouver un emploi et une stabilité. Leur parcours montre que la résilience ne signifie pas seulement arrêter la drogue, mais aussi reprendre confiance en soi et avancer vers un avenir meilleur. Mais ce succès n'est pas dû au hasard. Ces personnes ont souvent bénéficié d'un entourage bienveillant, d'un suivi médical ou psychologique et de programmes adaptés à leurs besoins. Sans ces aides, il est plus difficile de se reconstruire.

D'autres toxicomanes, malgré plusieurs tentatives, n'ont pas réussi à se libérer de l'addiction. Elles ont souvent rechuté à cause de la solitude, du manque de soutien ou de la pression de leur entourage.

Un des plus grands obstacles est le regard négatif de la société. Certains ont du mal à trouver du travail ou à être acceptés par leur famille. D'autres souffrent de culpabilité et perdent

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

---

confiance en eux. Chaque échec les enferme un peu plus dans l'addiction, et ils ont du mal à croire en un changement possible.

Ces différents parcours montrent que la résilience n'est pas la même pour tout le monde. Certains trouvent la force de s'en sortir, tandis que d'autres ont besoin de plus de soutien.

Pour effectuer cette recherche, nous adoptons une méthode de recherche qualitative qui est l'entretien clinique semi-directif à l'aide d'un guide, qui permettra de recueillir les témoignages des toxicomanes en réhabilitation. Cette méthode qualitative nous aidera à explorer leurs expériences, leurs perceptions et les facteurs qui ont influencé leur processus de reconstruction.

Et pour enrichir notre étude nous nous appuierons sur l'échelle de Wagnild et Young (RS-25), qui permet d'évaluer la résilience des toxicomanes en mesurant leur capacité à s'adapter et à surmonter l'addiction. Elle offre un score quantifiable permettant de comparer différents profils et d'analyser l'évolution de la résilience après un accompagnement thérapeutique. En complément des entretiens cliniques, elle apporte une approche plus objective pour comprendre les mécanismes de reconstruction. Son utilisation dans cette étude permet d'identifier les facteurs qui influencent la résilience et d'améliorer les stratégies de prise en charge

Cette approche combinée nous permettra d'examiner la résilience sous deux angles complémentaires. D'un côté, elle offrira une perspective subjective et expérientielle en mettant en lumière les récits et les trajectoires personnelles des participants à travers des entretiens cliniques semi-directifs. De l'autre, elle apportera une dimension psychométrique et quantitative grâce à l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-25), permettant d'évaluer objectivement la capacité des individus à rebondir face aux difficultés.

En croisant ces deux approches, nous pourrons mieux comprendre les facteurs qui influencent la résilience des toxicomanes et identifier les leviers essentiels pour renforcer leur processus de reconstruction

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

---

Au regard des éléments exposés précédemment, nous posons la question de recherche suivante :

- Quels sont les mécanismes de la résilience chez les toxicomanes en parcours de réhabilitation ?

### **Les hypothèses :**

- Les toxicomanes en parcours de réhabilitation mobilisent des mécanismes de résilience spécifiques, à la fois internes (ressources personnelles) et externes (soutien social et accompagnement thérapeutique), qui leur permettent de surmener l'addiction, de gérer les rechutes éventuelles et de construire un projet de vie post-addictif.

### **L'objectif de choix de thème :**

Dans cette recherche, notre objectif principal est d'explorer les mécanismes de résilience chez les consommateurs de cannabis en parcours de réhabilitation, en analysant les facteurs de risque ainsi que les facteurs de protection qui y sont associés, c'est-à-dire comment certaines personnes dépendantes parviennent à faire face à leur addiction, à en limiter les effets destructeurs, et à rebondir psychiquement et socialement malgré les difficultés rencontrées.

**Opérationnalisation des concepts** ; se référer toujours au groupe d'étude et ses caractéristiques (consommation, cannabis, toxicomanes)

**1. La résilience** : La résilience est la capacité des jeunes consommateurs du cannabis, âgés à surmonter une épreuve ou un traumatisme, à s'adapter de manière positive malgré la dépendance au cannabis (toxicomanie), et à se réorganiser psychiquement pour retrouver un équilibre. Et autrement dit c'est le résultat obtenu par les jeunes consommateurs de notre groupe d'étude à l'échelle de résilience Wagnild et Young (RS-25)

**2. La toxicomanie** : est un état de dépendance à une ou plusieurs substances, où les jeunes consommateurs du cannabis, âgés ressentent un besoin constant ou répété de consommer un produit, souvent pour fuir un malaise ou une souffrance intérieure. Elle perd progressivement

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

---

le contrôle sur sa consommation, malgré les conséquences négatives que cela entraîne dans sa vie personnelle, sociale ou psychologique.

**3. cannabis :** est une plante dont certaines parties, comme les fleurs et la résine, sont consommées pour leurs effets psychotropes. Il est souvent fumé ou ingéré, et peut provoquer une sensation de détente, d'euphorie ou, au contraire, de malaise. Son usage répété peut entraîner une dépendance et avoir des conséquences sur la santé mentale et physiques

**4. consommateurs :** sont des jeunes consommateurs qui utilisent une substance, comme le cannabis, de façon occasionnelle ou régulière. Leur consommation peut être motivée par la recherche de plaisir, de soulagement, ou par habitude, et peut parfois évoluer vers une dépendance.

# *Partie théorique*

# *Chapitre I*

## *Toxicomanie et usage du cannabis : approches psychopathologiques, enjeux cliniques et modalités de prise en charge*

## **Préambule :**

La toxicomanie suscite un débat sociétal important, notamment en raison des représentations négatives associées aux personnes dépendantes, souvent stigmatisées pour les troubles qu'elles engendrent dans leur entourage et la société. Dans ce chapitre nous allons explorer la toxicomanie sous plusieurs aspects, en examinant les facteurs qui la façonnent et les substances impliquées, comme le cannabis, pour mieux comprendre leurs effets et leurs dangers.

## **I. La toxicomanie**

### **1. Définition :**

Étymologiquement, le terme de toxicomanie vient du latin toxicum et du grec toxikon qui signifie « poison pour empoisonner une flèche ». L'image de la seringue, lors de l'injection du produit, en est une parfaite illustration. Mais, c'est dans les années 1920 que le mot toxicomanie est apparu. Ce terme a été précédé, en 1877, de l'appellation « morphinisme », pour les sujets consommant de la morphine. Plus tard, la qualification de <<< manie >>> apparaîtra, favorisant l'utilisation du mot héroïnomanie. Depuis cette période, nombreuses sont les définitions de la toxicomanie. Il n'y aurait aucun intérêt dans le cadre de cet ouvrage de toutes les mentionner. Deux d'entre elles peuvent être retenues: celle proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pour son étendue internationale et la définition avancée par Olivenstein, pour sa pertinence. (**Varescon, 2005, P. 104**).

L'OMS, définit la toxicomanie par un état d'intoxication périodique ou chronique, engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique. Elle a donné, en 1950, les caractéristiques essentielles: un désir invincible ou un besoin irrésistible de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens, une tendance à augmenter la dose, une dépendance psychologique et souvent physiologique à l'égard des effets de la drogue, des répercussions nuisibles d'ordre émotif, social et économique pour l'individu, pour son entourage immédiat et pour la société en général. (**Varescon, 2005, P. 104**).

Puis en 1969, le Comité OMS d'expertises de la pharmacodépendance définissait la toxicomanie de la façon suivante: « État psychique et quelque fois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

et quelquefois éviter le malaise de la privation. Cet état peut ou non s'accompagner de tolérance. Un individu peut être dépendant à plusieurs médicaments ». (**Varescon, 2005, P. 105**).

Dictionnaire de la Psychologie (Bloch et al. 1999) définit la toxicomanie comme une relation de dépendance aliénante à une drogue plus ou moins toxique tendant à subordonner toute l'existence du sujet à la recherche des effets du produit.

Antoine Porot (1984) donne cette définition de la toxicomanie : « une appétence anormale et prolongée manifestée par certaines sujets pour des substances ou des drogues dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet analgésique, euphorique ou dynamique, appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation des doses ». (**p. 39**)

À travers les définitions étudiées, nous prenons conscience que la toxicomanie ne peut se réduire à une simple consommation de substances. Il s'agit d'un phénomène complexe, qui touche à la fois le corps et l'esprit, et dont l'impact dépasse la seule personne concernée pour affecter également son entourage et la société dans son ensemble.

Les définitions proposées à plusieurs reprises par l'Organisation mondiale de la santé mettent l'accent sur la dépendance – psychologique, physiologique et comportementale – et sur la perte de contrôle sur la consommation. Les individus ressentent un besoin irrésistible de consommer, souvent au détriment de leur santé, de leur stabilité émotionnelle et de leurs relations sociales. Cela met en évidence que la toxicomanie n'est pas un simple choix mais s'inscrit dans une dynamique plus profonde marquée par la souffrance et la perte d'autonomie.

Les contributions d'Olivenstein, de Porrot et du Dictionnaire de psychologie mettent en évidence la dimension aliénante de cette dépendance. L'existence entière d'une personne peut finir par tourner autour de la recherche et de la consommation d'une substance, révélant une relation compulsive et destructrice avec ce produit. Ce comportement se produit souvent dans un contexte de vulnérabilité ou de détresse psychologique, ce qui renforce le besoin de comprendre ce à quoi l'individu cherche à se soulager ou à échapper.

En résumé, ces définitions nous montrent que la toxicomanie est une pathologie multifactorielle, où interagissent des causes biologiques, psychiques et sociales. Elle nécessite une approche globale, centrée non seulement sur les symptômes, mais aussi sur l'histoire de la personne, ses fragilités, et son environnement. Comprendre la toxicomanie, c'est avant tout écouter l'individu dans sa globalité, sans le réduire à sa consommation.

### **1.2. Qu'est-ce qu'un toxicomane :**

Il est important de souligner que toutes les personnes qui consomment des drogues ne deviennent pas nécessairement dépendantes. En réalité, on distingue plusieurs niveaux dans l'usage des substances, allant de la simple expérimentation à la dépendance avérée.

L'expérimentation désigne le fait d'essayer une drogue une seule fois, souvent par curiosité ou sous l'influence du groupe. L'usage occasionnel, quant à lui, correspond à une consommation ponctuelle, qui reste sous contrôle et n'a pas de répercussions négatives sur la vie quotidienne. Cet usage est généralement considéré comme récréatif.

Entre l'usage simple et la dépendance, on trouve l'usage problématique, parfois appelé abus. À ce stade, la consommation commence à avoir des effets néfastes sur la santé, le comportement ou les relations sociales et professionnelles. Toutefois, cela ne signifie pas que la personne est dépendante.

La dépendance se manifeste lorsque l'individu perd le contrôle de sa consommation. Il ressent un besoin intense de consommer, parfois au point d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets. Cette dépendance peut être physique (avec des symptômes de manque en cas d'arrêt), psychologique (envie persistante de consommer), ou les deux à la fois.

Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), on peut classer les consommateurs en plusieurs catégories :

- Les expérimentateurs : qui ont testé une substance au moins une fois dans leur vie.
- Les usagers occasionnels : qui consomment rarement, de manière épisodique.
- Les usagers réguliers : dont la consommation devient fréquente, parfois quotidienne.
- Les usagers à risque : chez qui l'usage entraîne des conséquences problématiques.
- Qu'il s'agisse d'un usage abusif ou d'une véritable dépendance. (**Varescon, 2005, P. 105-106**)

### **2. Les piliers d'usage des substances psychoactives :**

**2.1. L'usage :** Cette catégorie ne figure pas formellement dans les classifications internationales, car elle n'est pas considérée comme une pathologie. Toutefois, les distinctions établies par des références telles que le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) ou la CIM (Classification internationale des maladies) entre un usage, un abus ou une consommation à risque, suggèrent qu'il existerait, dans certains cas et pour certaines

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

substances, une forme de consommation modérée, non problématique, et sans conséquences néfastes pour l'individu (**Achard, 2016**).

### **2.2. L'abus ou (l'usage nocif)**

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois:

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

### **2.3. La dépendance :**

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou d'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)** utilisation de la même substance (ou une substance très proche) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

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

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

**4.** Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation d'une substance.

**5.** Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance.

**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 sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (**Varescon, 2005, P. 50**)

### **2.3.1. La dépendance physique :**

La dépendance physique, autrefois désignée sous le terme d'accoutumance, se manifeste par un ensemble de troubles corporels parfois très intenses lorsque la personne se retrouve en état de manque ou entame un processus de sevrage. L'organisme, ayant progressivement adapté son fonctionnement à la présence régulière de la substance, devient incapable de fonctionner normalement sans elle. Son absence provoque alors des réactions physiques désagréables, parfois douloureuses. En somme, cette forme de dépendance s'installe lorsque le corps développe une tolérance, c'est-à-dire qu'il s'habitue à la substance et en réclame des doses de plus en plus importantes pour en ressentir les effets.

#### **- L'état de manque**

La sensation de satisfaction, directement liée à l'action du produit sur le système nerveux est si intense que son absence provoque un véritable état de manque. Dans cette situation, l'organisme réclame de nouveau la substance, entraînant un désir puissant, parfois irrésistible, de reprendre le produit, même si la personne est pleinement consciente des risques encourus. Avec certaines substances, cet état de manque peut s'accompagner non seulement de douleurs physiques intenses, mais aussi de troubles psychiques importants, pouvant aller jusqu'à l'agressivité et à des comportements violents.

#### **- La tolérance**

Lorsque, avec le temps, une personne consommatrice de drogues doit augmenter les doses pour ressentir les mêmes effets qu'au début, on parle alors de tolérance. Ce phénomène se traduit par une diminution progressive des effets ressentis malgré des quantités identiques consommées de manière régulière. Cela pousse l'usager à éléver les doses pour retrouver

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

l'intensité des sensations initiales. À noter que toutes les drogues provoquant une dépendance ne mènent pas nécessairement à une tolérance, et inversement : certaines substances peuvent induire une tolérance sans générer une véritable dépendance.

La tolérance a longtemps été perçue comme un phénomène purement physiologique, résultant de l'adaptation métabolique de l'organisme face à une prise répétée de la substance. Autrement dit, le corps ajuste son fonctionnement pour absorber et éliminer le produit plus efficacement. Aujourd'hui, on reconnaît également l'existence d'une tolérance pharmacologique et psychique.

Il existe aussi ce qu'on appelle la tolérance inversée, ou sensibilisation. Dans ce cas, l'effet d'une substance s'intensifie progressivement avec la répétition des consommations : une même dose produit une réaction plus forte ou plus rapide. Ce phénomène, encore mal compris, survient notamment avec les substances psychostimulantes, le cannabis ou l'alcool.

Enfin, la tolérance croisée désigne une adaptation développée envers une substance à la suite de la consommation régulière d'un autre produit ayant un effet pharmacologique similaire. C'est ce qu'on observe par exemple avec certains hallucinogènes comme le LSD, la mescaline ou la psilocybine.

### **- Le syndrome de sevrage**

Le syndrome de sevrage correspond à un ensemble de symptômes qui surviennent suite à l'arrêt brutal de la prise d'une substance psychotrope. L'expression de ces signes varie en fonction du type de substance, des doses consommées, mais également selon les caractéristiques individuelles et le contexte socioculturel de la personne concernée.

On parle de sevrage lorsqu'une réduction ou une interruption de la consommation de substances telles que l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, la nicotine, les opiacés, les sédatifs, les hypnotiques ou les anxiolytiques entraîne des troubles comportementaux inadaptés. Ces troubles s'accompagnent souvent de manifestations physiologiques (comme une élévation de la pression artérielle, une accélération du rythme cardiaque, de la respiration et une hausse de la température corporelle) ainsi que de perturbations cognitives. Fait remarquable : les symptômes du sevrage tendent à s'opposer aux effets produits par l'intoxication à la même substance.

Dans certains cas, interrompre brusquement une consommation régulière ou prolongée de certains psychotropes peut présenter un risque sérieux pour la santé, voire être fatal. C'est

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

pourquoi l'arrêt de produits comme les anxiolytiques ou les somnifères doit impérativement se faire sous contrôle médical, avec un accompagnement approprié. (**Salmandjee, 2003, P. 19-20-21**)

### **2.3.2. La dépendance psychologique :**

La dépendance psychologique, autrefois appelée assuétude, est un besoin irrésistible de consommer une ou plusieurs substances. C'est la conséquence de l'usage répété d'une drogue psychoactive. Il s'agit d'un besoin qui se crée par apprentissage. L'individu ressent le besoin de consommer une drogue même s'il ne ressent aucun symptôme de sevrage. La personne en état de dépendance psychologique à l'égard des drogues a du mal à maîtriser sa consommation.

### **2.3.3. L'influence des drogues sur le cerveau :**

Tous les produits qui peuvent déclencher une dépendance chez l'homme ont en commun une propriété : ils augmentent la libération d'un neuromédiateur, la dopamine, dans une zone précise du cerveau, le noyau accumbens, aussi appelé le circuit de récompense.

La dopamine est un neuromédiateur. Un neuromédiateur est une substance chimique libérée par un neurone au niveau d'une synapse, qui modifie, de manière spécifique, l'activité d'une autre cellule. La dopamine est apparue très tôt au cours de l'évolution et participe à de nombreuses fonctions essentielles à la survie de l'organisme, comme la motricité, l'attention, la motivation, l'apprentissage et la mémorisation. Mais surtout, la dopamine est un élément clé dans le repérage de récompenses naturelles pour l'organisme. Ces stimuli naturels comme l'eau ou la nourriture provoquent des comportements d'approche d'un individu. La dopamine participe aussi à la mémorisation (Inconsciente) des indices associés à ces récompenses. La stimulation des neurones à la dopamine produit une sensation de plaisir intense. Ce phénomène peut expliquer la consommation répétitive de certains produits libérant de la dopamine, visant à retrouver cette sensation.

Les substances psychoactives présentant un risque de dépendance agissent sur un circuit du cerveau dont la fonction est de favoriser les fonctions vitales (système de récompense). Il est impliqué dans la récompense (plaisir cérébral) des comportements liés à la nutrition et à la reproduction de l'espèce. Il participe ainsi à la satisfaction de vivre. Les substances psychoactives stimulent anormalement ce circuit naturel et engendrent à terme la possibilité d'un déséquilibre plus ou moins permanent.

La toxicité potentielle des substances psychoactives, comme celle de tout médicament, est liée à la quantité consommée. Elle varie d'un produit à l'autre. Donc plus on consomme un

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

produit à des doses toxiques, plus on en subit les conséquences. À l'inverse, moins on consomme un produit, ou si on le consomme à des doses non toxiques, moins on en subit les conséquences néfastes.

Une substance psychoactive dont la structure moléculaire ressemble à celle d'une substance produite naturellement par l'organisme peut se fixer à la place de celle-ci sur les récepteurs spécifiques. Il existe trois modes d'action sur le neuromédiateur, selon les substances. Certaines drogues imitent les neuromédiateurs naturels et donc se substituent à eux sur les récepteurs: la nicotine, par exemple, s'installe dans les récepteurs à acétylcholine. D'autres renforcent la sécrétion d'un neuromédiateur naturel : l'ecstasy, par exemple, augmente la présence de dopamine et de sérotonine. D'autres enfin obstruent un neuromédiateur naturel: par exemple, l'alcool bloque les récepteurs NMDA. (**Salmandjee, 2003, PP. 21-22**)

### **3. Les approches psychopathologiques de la toxicomanie :**

Le National Institute of Drug Abuse (NIDA) a recensé plus d'une quarantaine de classifications liées aux théories de la toxicomanie. Cependant, il est important de souligner que la majorité des grandes théories sur les addictions évoquées précédemment s'appuient essentiellement sur l'observation et l'analyse des comportements liés à la consommation de substances. De ce fait, elles peuvent tout à fait être appliquées à la compréhension du phénomène de la toxicomanie.

#### **3.1. Approche cognitivo-comportementale :**

Dans cette approche, on s'intéresse surtout aux mécanismes psychologiques que l'individu a développés au fil du temps pour comprendre comment la toxicomanie s'installe et se maintient. L'attention est particulièrement portée sur le lien entre le stress et la consommation, en examinant de près certains facteurs cognitifs intermédiaires. L'approche cognitivo-comportementale accorde une place centrale aux croyances et aux représentations que la personne se fait d'elle-même et du monde.

Dans cette approche, on s'intéresse surtout aux mécanismes psychologiques que l'individu a développés au fil du temps pour comprendre comment la toxicomanie s'installe et se maintient. L'attention est particulièrement portée sur le lien entre le stress et la consommation, en examinant de près certains facteurs cognitifs intermédiaires. L'approche cognitivo-comportementale accorde une place centrale aux croyances et aux représentations que la personne se fait d'elle-même et du monde. (**Varescon, 2005, PP. 121-122**)

### **3.2. Approche systémique :**

Lorsqu'on cherche à comprendre la toxicomanie, il est essentiel de ne pas se limiter uniquement à l'individu, mais d'élargir le regard à son environnement familial, tant les liens affectifs et relationnels jouent un rôle central dans cette problématique.

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

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

### **3.3. Approche psychosociale :**

Il est nécessaire de mentionner les travaux de Stanton Peele dans cette théorie. Essayant de réfuter « l'opinion selon laquelle l'addiction est un phénomène spécifiquement biologique » par « l'absence d'étude empirique montrant son origine biochimique », Peele a littéralement construit une théorie psychosociale de la toxicomanie. Le biologique et le psychologique, d'une part, et socioculturel et environnemental, d'autre part, doivent être pris en compte pour que tout soit clair dans le domaine de la toxicomanie. Peut-être va-t-il mieux dire que Peele a écrit la théorie intégrative de l'addiction.

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

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

Selon Cormier (1984) la toxicomanie pourrait être conçue comme un style de vie. Considérée sous cet angle, la toxicomanie en vient à représenter pour la personne une technique d'adaptation particulière. La position de l'auteur renvoie davantage à une sorte de stratégie de coping, c'est-à-dire que le sujet tente de maîtriser, de réduire ou de tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ses ressources.

Selon les différents types de coping proposés par Paulhan et Bourgeois (1995), il semblerait que le coping retenu par les toxicomanes soit plus centré sur l'émotion. Les toxicomanes auraient recours à une substance externe, n'ayant pas les défenses internes nécessaires pour une autre forme de stratégie d'adaptation. (**Varescon, 2005, PP. 130-131**)

### **3.4. Approche psychanalytique :**

Il existe de nombreux écrits sur le concept psychanalytique de toxicomanie :

Rappelons que Freud a brièvement abordé le domaine de la toxicomanie dans ses écrits. Cependant, Freud était bien conscient du désir des gens pour les substances psychotropes, car il consommait lui-même de la cocaïne depuis 1883.

Freud fut impressionné par les recherches sur la cocaïne à l'époque, en particulier par ses effets thérapeutiques potentiels sur la dépendance à la morphine. Convaincu de ses propriétés régulatrices de l'humeur, il en fit don à sa fiancée, Marta Bernays, et à son meilleur ami de l'époque, E. Von Fleischl.

Dès 1897, Freud cherche à comprendre les origines psychologiques de la toxicomanie. Il a lié les comportements addictifs aux comportements sexuels, en particulier la masturbation, qu'il considérait comme le principal comportement addictif. Selon lui, d'autres formes d'addiction, comme l'alcool, la morphine ou le tabac, ne sont que des substituts à cette envie initiale.

En 1905, il compare les effets des drogues et les troubles résultant de leur sevrage à ceux observés dans les névroses, soulignant la relation clinique entre ces deux formes de souffrance.

Freud a été fasciné par les effets des substances psychoactives tout au long de sa vie. En 1929, il explique que les humains utilisent diverses méthodes pour échapper à la douleur : la distraction, la compensation et les anesthésiques. Parmi eux, il estime que l'empoisonnement chimique est le moyen le plus direct et le plus efficace de soulager la douleur psychologique.

### **A. La structure de la personnalité :**

En terme psychopathologique, il existe deux tendances: la première consiste à tenter d'identifier la toxicomanie à une variante d'une pathologie déjà connue (perversion...) et la seconde se propose de mettre en évidence des traits autonomes démontrant ainsi l'impossibilité de rattacher la toxicomanie à une structure.

En ce qui concerne la première tendance, on remarque que certains travaux des années 1930 allaient dans ce sens. Glover (1932) écrivait: L'addiction agit comme une protection contre une réaction psychotique dans les états de régression ». L'auteur présentait, dès cette époque, les addictions comme « des états borderline, en ce sens qu'ils ont un pied dans les psychoses et l'autre dans les névroses». Il notait cependant que ces états se situaient suffisamment du côté névrotique du développement pour préserver une relation adéquate à la réalité, malgré l'importance de la relation aux drogues, masquant le versant paranoïde.

Rosenfeld (1960) pour sa part, rapprochait étroitement toxicomanie et maladie maniaco-dépressive, reliant la manie à l'omnipotence destructrice et la toxicomanie à la dépression par l'identification à un objet malade ou mort. (**Cité par Varescon, 2005, P. 124**)

Par ailleurs, Freda (1990) voit dans le toxicomane la figure moderne de la perversion: le rapport sexuel est possible pour le toxicomane, moyennant la drogue qui fonctionne à sa place comme objet fétiche du pervers. (**Cité par Varescon, 2005, P. 124**)

Jeammet (1991) insiste davantage sur la dimension perverse de la conduite addictive. Les modalités particulières d'aménagement de la relation objectale à des fins narcissiques constituerait une variante de l'aménagement pervers. (**Cité par Varescon, 2005, P. 124**)

Pour Bergeret (1982), il n'existe aucun modèle unique de la personnalité toxicomaniacal. Il met en évidence un certain nombre de caractères communs aux divers aménagements rencontrés dans la clinique: la dépression, les carences identificatoires et l'incapacité à gérer la violence naturelle qui, non élaborée, engendre le besoin de nuire aux autres et à soi-même. Toutefois Bergeret nous renseigne sur la personnalité du toxicomane. (**Cité par Varescon, 2005, P. 124**)

L'auteur décrit les toxicomanes selon leur structure de personnalité. Les toxicomanes de structure névrotique présentent une organisation de leur économie mentale centrée autour de la problématique génitale et d'une conflictualisation se situant autour de la représentation œdipienne. Ils représentent, selon l'auteur, un nombre restreint, mais donnant des formes graves

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

de toxicomanies. Le toxicomane de structure psychotique manifeste des conduites comportementales moins intégrées et cherche à éponger sur le registre comportemental les risques de débordement de leur imaginaire en difficulté avec le registre de la réalité. Il ajoute une autre catégorie de toxicomanes, qui est moins typée que les deux précédentes celle des toxicomanes dépressifs. En filigrane, on voit se profiler la notion d'état limite. (**Varescon, 2005, P. 125**)

### **B. L'objet drogue :**

Certains auteurs pensent que ce n'est pas l'objet drogue en tant que tel qui est important pour le toxicomane, mais ce sont ces effets : « Ce qui est à la base de la toxicomanie, ce n'est pas la rencontre perceptive de l'objet drogue, mais la rencontre du flash produit par elle» (Vera O Campo, 1980). Aulagnier (1979) caractérise la relation du toxicomane à l'objet drogue comme une relation passionnelle qu'elle qualifie d'asymétrique où la problématique besoin/plaisir est posée de façon centrale. L'objet drogue devient pour le toxicomane la source exclusive du plaisir qui apparaît comme ce qui ne peut manquer sans confronter le sujet au manque. (**Cité par Varescon, 2005, P. 126**)

**4. La drogue :** Le terme drogue désigne un certain nombre de produits, dont le point commun est d'agir sur le psychisme des individus. Les effets et dangers de la consommation de drogues sur un individu dépendent principalement de deux facteurs combinés: la substance consommée (sa nature, la quantité absorbée, le mode de consommation, etc.), l'individu lui-même (sa tolérance au produit, ses habitudes de consommation, sa corpulence, son état de santé général, son état psychique, etc.). Les toxicomanes, c'est-à-dire les consommateurs réguliers, encourrent des risques importants, en particulier celui de devenir sujet à une dépendance, qu'elle soit psychique ou physique. (**Lejoyeux, 2017, P. 05**).

Cette classification différencie trois grandes familles de produits, selon leur effet principal sur le système nerveux central (SNC):

- les substances sédatives, qui inhibent et diminuent l'activité du SNC (ou psychocataleptiques):
- les substances stimulantes, activatrices du SNC et excitantes (ou psychoanaleptiques)
- les substances perturbatrices, modifiant le cours de la pensée et les perceptions sensorielles (ou psychodysleptiques). (**Morel et al, 2003, P. 12**)

### **5. Typologie des substances psychoactives :**

#### **5.1. Les perturbateurs (délirogènes et hallucinogènes)**

##### **5.1.1. Cannabis et ses dérivées :**

Le cannabis est une plante herbacée, annuelle, dioïque de taille fort variable selon les conditions de sa culture.

Le cannabis est le nom latin du chanvre. C'est une plante de la même famille que le houblon. Il en existe deux espèces quasiment jumelles :

- Cannabis sativa indica ou chanvre indien, à partir de laquelle est produite la drogue dont l'usage, la production, la vente et la simple possession sont interdits ;
- Cannabis sativa sativa ou chanvre textile, qui n'a pas d'action psychoactive et dont la culture est autorisée mais réglementée. On le cultive notamment pour ses fibres dont on tire la corde de chanvre. (**Algalarondo, 2005**)

##### **5.1.2. LSD : Le Lysergic Saüre Diethylamid**

Le Lysergic Saüre Diethylamid (diéthylamide de l'acide lysergique) est plus connu sous le nom d'acide. C'est un très puissant perturbateur des perceptions. Il produit des troubles sensoriels visuels, auditifs, olfactifs, gustatifs et céphaliques, modifie la perception temporo-spatiale (le temps se ralentit, s'accélère ou s'arrête, l'espace est distordu), les couleurs et les formes changent, etc. L'humeur est modifiée soit dans le sens d'une euphorie plaisante, soit d'une panique anxiante, de façon peu prévisible. Le cours de la pensée, l'attention et la mémoire sont également très perturbés, parfois jusqu'à de véritables délires oniriques ou interprétatifs. (**Morel et al 2003, P. 24**)

##### **Comment se consomme-t-il ?**

En générale, Le Lysergic Saüre Diethylamid est avalé. (**Morel et al, 2003, P. 25**)

##### **5.1.3. Les champignons hallucinogènes :**

Les plantes ou champignons à effets hallucinogènes sont nombreux et également connus depuis des siècles. Les plus célèbres sont le peyotl (un cactus mexicain) et différents champignons andins contenant de la mescaline, mais aussi les psilocibes dont le principe actif est la psilocibine et dont certaines espèces poussent en Europe. Dans cette rubrique se trouvent également l'amanite tue-mouches, la noix muscade, le datura, la mandragore, la jusquia, l'iboga, etc. (**Morel et al, 2003, P. 25**)

### **5.1.4. Les drogues de synthèse et L'ecstasy :**

Il s'agit d'une molécule synthétisée en 1912 par le laboratoire Merck. La molécule active contenue dans l'ecstasy est la MDMA, mais souvent des amphétamines sont ajoutées aux cachets d'ecstasy. L'effet est intermédiaire entre les effets euphorisant ou stimulant des amphétamines et les effets psychodysleptiques des hallucinogènes.

Les effets de la MDMA durent environ quatre et six heures et débutent environ une demi-heure après la prise. La stimulation physique est proche de celle des amphétamines. Du côté psychique, elle génère un besoin de contact tant physique qu'intellectuel. Ces contacts sont facilités par une levée des inhibitions sociales. La capacité d'empathie envers les autres est améliorée (la MDMA est aussi qualifiée de drogue empathogène ou entactogène). Les fonctions défensives s'assouplissent et l'angoisse s'atténue. Lorsque ces effets disparaissent (descente), il peut s'ensuivre une phase à tonalité dépressive avec irritabilité, pouvant perdurer plusieurs jours après la prise.

La consommation d'ecstasy et parfois d'amphétamines se fait par ingestion (gobés), ce qui est une spécificité par rapport aux autres drogues plus <classiques>. La prise ne nécessite pas de préparation, elle est d'une rapidité et d'une discréction remarquables. Le geste est simple et il est de plus facilité par son caractère banal et familier. L'usage de la voie nasale (poudre, comprimé écrasé) semble en augmentation. De rare cas d'injections ont également été signalé.  
**(Varescon, 2006, P. 155)**

Les effets toxiques, bien qu'objet de controverses, paraissent sensiblement les mêmes que ceux des amphétamines: tolérance, troubles psychiques de types anxieux ou délirant (bad trip), accidents mortels rares par troubles du rythme cardiaque ou par hyperthermie maligne. À cela, il faut ajouter des complications liées aux conditions d'utilisation déshydratation par débauche d'activité physique, insomnie et parfois tromperie sur la nature du produit vendu (LSD, etc.).  
**(Morel et al, 2003, P. 26).**

### **5.1.5. La kétamine ou Spécial K :**

La kétamine est un dérivé de la phencyclidine. Elle provoque des effets hallucinogènes et possède des propriétés anesthésiques pour l'homme et l'animal et analgésiques. Initialement, la kétamine est un produit à usage médical, utilisé en médecine d'urgence, en anesthésie et également dans le traitement de l'asthme. La kétamine a été synthétisée en 1963 et testée en 1965.

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

Après une mode venue de certaines boîtes de nuit américaines dans les années 1990, la kétamine s'est répandue en Europe où elle est de plus en plus retrouvée dans certaines « rave parties ». L'effet recherché à des fins récréatives est surtout hallucinogène (hallucinations visuelles et tactiles) avec exacerbation des sensibilités obtenue rapidement après la prise.

La kétamine est vendue sous forme de comprimés. Elle peut être ingérée, sniffée et plus rarement injectée par voie intramusculaire.

### **- Conséquences cliniques de l'usage de kétamine :**

Quelques troubles neurologiques ont été rapportées ainsi que des signes digestifs tels que des nausées et des vomissements. Ce sont surtout les effets psychiques qui sont à noter: attaques de panique, manifestations anxieuses...

D'autres substances comme la phencyclidine, le peyotl et la mescaline, les daturas, les champignons hallucinogènes (agaricales, amanites), l'ayahuasca sont classées dans cette catégorie de produits. (**Vrescon, 2006, P. 119**).

## **5.2. Les psychostimulant (ou activateurs du SNC) :**

### **5.2.1. Les stimulants mineurs ou xanthines**

Les xanthines sont des molécules à l'origine des effets stimulants de produits dont l'usage quotidien est extrêmement répandu. Elles sont principalement au nombre de trois: la caféine (café, thé, cola, cacao), la théobromine (chocolat) et la théophylline (présente dans des médicaments bronchodilatateurs utilisés dans le traitement de l'asthme).

Si l'on excepte cette dernière, leur usage médical est négligeable. Leur innocuité cellulaire semble avérée, mais il existe des consommations compulsives et massives pouvant entraîner une tolérance (au-dessus de 600 mg de caféine par jour par exemple) et une dépendance.

Cet usage chronique à hautes doses peut provoquer un accroissement de l'anxiété, des troubles dépressifs, des insomnies, des tremblements, de la tachycardie, de l'hypertension.

Mais ils sont généralement consommés, dans une alimentation quotidienne mesurée, pour leur effet de stimulation corticale qui augmente la vigilance et la force musculaire et qui diminue légèrement la sensation de fatigue et de sommeil. (**Morel et al, 2003, P. 19**)

### **5.2.2. Les amphétamines :**

Les amphétamines véritables (dextroamphétamine, métamphétamine et amphétamine), appelées de façon générique « le speed », sont des stimulants d'origine synthétique qui ont été utilisés contre la dépression et la fatigue dans les années 1930, puis pour le dopage des armées (pendant la Seconde Guerre mondiale, notamment chez les aviateurs) ou de certains sportifs. Leur usage médical a été pratiquement abandonné depuis une vingtaine d'années (Tonedron, Maxiton, Captagon, etc.). Les dérivés amphétaminiques entrant dans la composition d'antidépresseurs, d'anorexigènes (coupe-faim) ou de médicaments antifatigue ont peu à peu disparu de la pharmacopée française. Ne figure plus dans cette dernière que la Ritaline dont les modes de prescription sont très encadrés et dont l'unique indication est les troubles de l'attention chez des enfants hyperactifs.

Actuellement, ces substances connaissent un regain sensible d'utilisation non-médicale, principalement dans le cadre de rassemblements festifs ou en discothèques. Les métamphétamines (diffusées sous l'appellation d'Ice, Cristal ou Yaba).

Leurs effets portent sur l'éveil, la disparition de la fatigue, l'euphorie, la diminution de l'appétit, l'augmentation de la force physique et de la résistance (d'où leur usage comme dopants). À haute dose ils provoquent hypertension, tachycardie, troubles de l'humeur, du sommeil et confusion. Les accidents cardiaques sont possibles. (**Morel et al, 2003, P. 19**)

Dans un usage répété, la tolérance aux effets euphoriques est rapide et le risque de psychose amphétaminique augmente: angoisse, brusques sautes d'humeur, agitation, idées de persécution et hallucinations. La nature de dépendance est controversée, mais elle est indéniable. Les manifestations de « craving » et d'un besoin irrépressible d'en reprendre ne sont pas rares, surtout en cas de consommation répétée des substances les plus puissantes comme les métamphétamines. (**Morel et al, 2003, P. 19**)

### **5.2.3. La cocaïne :**

Les feuilles d'un arbuste des Andes sud-américaines (l'Erythroxylon coca) sont connues depuis des siècles par les populations locales pour leur action stimulante modérée lorsqu'on les mâche. La cocaïne est un alcaloïde tiré de ces feuilles. Son pouvoir excitant et euphorisant et ses qualités d'anesthésique local furent à l'origine de son usage médical et chirurgical jusqu'au début du xx siècle.

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

La cocaïne vendue sur le marché noir est une poudre d'allure neigeuse contenant principalement une cocaïne-sel (cocaïne chlorhy-drique), d'usage pernasal (sniff), sous-cutanée ou intraveineuse. A un stade intermédiaire se trouve la « pasta » qui contient 40 à 85% de sulfate de cocaïne. La cocaïne est plus généralement sniffée, parfois injectée.

Un procédé spécial s'est répandu depuis une quinzaine d'années pour séparer la cocaïne qui contiennent près de 100% de produit actif. Le crack est fumé, rarement injecté; il est d'action très rapide, intense et brève.

L'activité psychotrope de la cocaïne réside principalement dans son action noradrénergique. Elle produit une euphorie, une excitation, une augmentation de l'activité motrice et idéatoire, un sentiment d'omnipotence. À fortes doses et à doses rapprochées, ces effets provoquent une anxiété majeure, un épuisement et une altération de l'état général, avec des risques de complications psychiatriques sous forme de dépression mélancolique, ou d'états délirants à thème de persécution, comportant parfois des hallucinations. Des convulsions, une hyperthermie, une arythmie cardiaque possiblement mortelle peuvent également survenir.

### **5.2.4. La nicotine :**

Le tabac est une plante originaire de l'île de Tobago dans les Caraïbes (d'où son nom). L'usage du tabac, fumé, prisé ou mâché, fait pénétrer dans l'organisme plusieurs centaines de produits chimiques différents. Mais son effet psychotrope tient essentiellement à la nicotine. Si la toxicité de la nicotine est cardiovasculaire (risques accrus d'accidents cardiaques), ce sont les hydrocarbures (goudrons...) contenus dans le tabac qui sont responsables du risque cancérogène sur les voies respiratoires et digestives, ainsi que des conséquences fonctionnelles (insuffisance respiratoire et tachycardie).

Les effets de la nicotine tiennent à une stimulation corticale mineure, un accroissement du rythme cardiaque, une baisse du tonus musculaire, et, initialement, une augmentation des contractions de l'estomac pouvant aller jusqu'à des vomissements. La tolérance est inconstante, mais la dépendance est souvent importante. Le sevrage est caractérisé par de l'irritabilité, une baisse de la vigilance, des céphalées, de l'anxiété, de l'insomnie, et, quelquefois, des signes de dépression.

Dans certains cas, ces symptômes persistent encore trente jours après le début du sevrage, mais c'est surtout le besoin psychologique qui persiste plusieurs mois.

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

La nicotine n'a plus d'usage médical ni valeur nutritive. L'évolution des politiques tend de plus en plus à assimiler le tabac à une drogue dure et à en restreindre la consommation étant donné son impact considérable en matière de santé publique. (**Morel et al, 2003, PP. 20-21**).

### **5.3. Les sédatifs (ou dépresseurs du SNC) :**

#### **5.3.1. L'alcool :**

L'alcool ou éthanol est une molécule psychotrope, produite par la fermentation de certains sucres, que l'on trouve selon des teneurs variables dans la bière, le vin et les spiritueux. Il est principalement métabolisé par le foie.

L'alcool, dans un premier temps, lève les inhibitions, donne un sentiment d'euphorie et d'assurance, mais il peut provoquer aussi une incoordination motrice, des modifications de l'humeur, des troubles du jugement. À de fortes concentrations, l'intoxication aiguë peut aboutir à un coma, un arrêt respiratoire et donc à une surdose mortelle.

L'usage chronique conduit à une dépendance tant physique que psychologique et à d'importants désordres organiques liés à la toxicité cellulaire de l'éthanol, à la fois sur les cellules hépatiques, les neurones, les cellules du tube digestif, les cellules musculaires et le système cardiovasculaire. Au cours du sevrage, de graves désordres métaboliques peuvent engendrer des accidents (delirium tremens...) parfois mortels encore de nos jours.

L'alcoolisme est le prototype même d'une toxicomanie: dépendance, état de manque à l'arrêt, rétrécissement de la vie affective et sociale, conséquences médicolégales nombreuses, complications somatiques, ivresses pathologiques, etc. Ce n'est sans doute que du fait de son intégration culturelle ancestrale en Occident que cette toxicomanie est mieux tolérée socialement et qu'elle suscite si peu d'effervescence comparée aux drogues illicites. Cette séparation (y compris celle des systèmes de soins entre alcoolologie et toxicomanie) n'a donc d'autre légitimité qu'historique et culturelle. Elle est d'ailleurs remise en cause avec le développement de la notion d'addiction. (**Morel et al, 2003, P. 14**).

#### **5.3.2. Les barbituriques et les benzodiazépines :**

Les barbituriques furent les premiers médicaments somnifères et calmants utilisés à grande échelle à partir du début du XXe siècle. Dans les années cinquante, ce furent les médicaments les plus prescrits et qui connurent le plus d'abus. Le phénobarbital (Gardénal) est encore prescrit pour ses propriétés anticonvulsives dans le traitement de certaines épilepsies.

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

Mais les dangers liés à ces produits, en particulier leur pouvoir toxicomanogène, ont conduit à des mesures de plus en plus restrictives et, en même temps que l'usage médical a été progressivement abandonné, les pharmacodépendances à ces produits ont pratiquement disparu.

Les benzodiazépines sont utilisés le plus souvent pour le traitement du stress, de l'anxiété et des insomnies, ils peuvent également être prescrits en pré-anesthésie et lors de sevrages (de l'alcool, des opiacés ou de la cocaïne).

Ils produisent une sédation pouvant aller jusqu'à l'induction du sommeil, une relaxation musculaire pour certains. À haute dose et à usage fréquent, ils provoquent des troubles de la mémoire et de la concentration, mais peuvent également favoriser des symptômes dépressifs. En plusieurs mois d'utilisation constante, la tolérance s'installe ainsi que la dépendance : à l'arrêt brutal, des symptomrande sevrage (insomnie, céphalées, fatigue, voire convulsions) et des rebonds d'anxiété majeure ne sont pas rares.

Dans le cadre de toxicomanies, ils sont souvent associés à l'alcool ou sont absorbés massivement pour combler un syndrome de manque, ce qui aboutit à des surdoses mortelles dans un nombre de cas sans doute plus important qu'on ne le dit. (**Morel et al, 2003, P. 15**).

### **5.3.3. Les solvants volatils :**

Le plus ancien des produits de cette catégorie fut l'éther, dont les abus pour ses effets enivrants et dépresseurs sont connus depuis le XIXe siècle. D'autres substances en ont enrichi la palette: tétrachlorure de carbone, trichloréthylène, toluène, benzène, méthanol, oxyde nitreux, acétone, etc. Ils sont utilisés comme solvants dans divers produits d'usages domestiques ou industriels tels que colles, solutions nettoyantes, décapants, bombes aérosols, etc.

Les effets psychotropes sont rapides et de courte durée, sous forme d'une ivresse plus ou moins sévère avec perte des inhibitions, de la concentration, de l'élocution, tableau assez proche de l'ivresse alcoolique. (**Morel et al, 2003, P. 15**).

### **5.4. Les analgésiques opiacé et synthétiques :**

Appelés aussi narcotiques, ils sont soit d'origine naturelle ou semi-synthétique, ce sont les dérivés de l'opium (morphine, héroïne, codéine, etc.), soit d'origine purement synthétique (propoxyphène, dextromoramide, méthadone, etc.).

Ces substances ont en commun d'agir dans le SNC sur les sites récepteurs où interviennent des neurotransmetteurs particuliers (les endorphines), impliqués dans la régulation de

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

différentes émotions, particulièrement celles qui accompagnent la douleur mais aussi les échanges sociaux.

Elles ont donc un effet commun d'analgésie, parfois d'anesthésie, elles diminuent l'angoisse, ralentissent la pensée (état d'élation) et différentes fonctions physiologiques (d'où constipation, hypotension et myosis). (**Morel et al, 2003, P. 16**).

Parmi les produits opiacés citons:

- Ceux à base d'opium (Laudanum, Elixir Parégorique);
  - Le sulfate de morphine (Moscontin, Skénan);
  - L'héroïne ou diacétylmorphine qui n'appartient pas à la pharmacopée française, donc ne peut être prescrite, au contraire d'autres pays européens (Grande-Bretagne, Suisse, Pays-Bas)
  - La codéine qui figure dans de nombreux médicaments antitussifs (Néocodion, Netux, Dinacode...)
  - La méthadone, utilisée comme thérapeutique de substitution;
  - La péthidine (Dolosal);
  - La dextropropoxyphène (Di-antalvic, Propofan), antalgique d'usage courant;
  - Les agonistes morphiniques partiels tels que la buprenorphine, Temgésic et Subutex, ce dernier étant destiné au traitement substitutif de l'héroïnomanie.
- (Morel et al, 2003, P. 18).**

Le tableau N°01 ci-dessous présente la classification des substances psychoactives en deux catégories : Les drogues légales et illégales

Les drogues légales	Les drogues illégales
- Alcool	- cocaïne
- Tabac	- héroïne
- Médicaments prescrit	- cannabis

## **6. Les facteurs de vulnérabilité et de protection :**

L'étude de la toxicomanie, souvent considérée comme emblématique des phénomènes addictifs, repose sur une approche à la fois riche et complexe. Elle prend en compte trois dimensions essentielles : les substances elles-mêmes et leurs effets, l'environnement

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

socioculturel dans lequel elles sont consommées, et la personne dans sa globalité — c'est-à-dire dans ses aspects biologiques, psychologiques et comportementaux. Ces trois éléments sont étroitement liés et s'influencent mutuellement. C'est à partir de cette interaction qu'on cherche à mieux comprendre ce qui pousse certaines personnes vers l'addiction, pourquoi d'autres y échappent, et comment certains parviennent à s'en sortir. L'analyse des facteurs de vulnérabilité et de protection s'inscrit ainsi au cœur de cette réflexion. (**Varescon, 2004, P. 141**)

### **6.1. Facteurs de vulnérabilité :**

Les facteurs de vulnérabilité sont multiples et proviennent de diverses disciplines. Ils sont divisés en plusieurs catégories qui s'entrelacent souvent.

#### **6.1.1. Facteurs liés aux produits :**

La disponibilité des substances, leur pouvoir toxicomanogène (c'est-à-dire leur potentiel à induire une dépendance), et les conséquences sanitaires, psychologiques et sociales de leur consommation sont des éléments centraux. Certaines substances ont une plus grande capacité à créer une dépendance rapide, ce qui peut expliquer pourquoi certaines personnes sont plus à risque que d'autres.

**6.1.2. Facteurs individuels :** Plusieurs études ont montré l'influence de génétiques et neurobiologiques sur la susceptibilité à l'addiction. Par exemple, la recherche sur le rôle du sexe montre que les hommes sont globalement plus affectés par les addictions. De plus, certains traits de personnalité, comme la recherche de sensations, la désinhibition, ou la susceptibilité à l'ennui, sont associés à un risque accru.

- **Dimension émotionnelle :** Les individus dépendants auraient souvent une réactivité émotionnelle altérée, avec une difficulté à identifier et réguler leurs émotions. Cette difficulté à gérer les émotions peut entraîner une automédication par les substances.

- **Troubles psychiatriques :** Une comorbidité fréquente entre les addictions et des troubles psychiatriques comme les troubles anxieux, affectifs, et de l'humeur a été démontrée, ce qui suggère que la toxicomanie peut être à la fois une conséquence et un facteur aggravant de troubles psychologiques.

**6.1.3. Facteurs environnementaux :** L'influence du contexte familial et social est cruciale. Des environnements familiaux dysfonctionnels, une absence de modèles d'adultes sobres, ou encore des troubles mentaux présents chez les parents, sont des facteurs de risque.

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

De plus, la précoce initiation à l'usage de drogues, souvent dans un contexte social où ces substances sont disponibles, constitue un facteur de vulnérabilité majeur.

**6.1.4. Stress et traumatismes :** Des expériences de vie stressantes ou des traumatismes vécus pendant l'enfance (comme la maltraitance) sont des facteurs de risque bien établis. Les individus ayant vécu des situations traumatiques ont un risque plus élevé de développer une toxicomanie, souvent comme forme d'auto-médication pour soulager une détresse psychologique. Ce mécanisme peut conduire à un cercle vicieux où la consommation de drogues, censée apaiser, aggrave en réalité la situation. (**Varescon, 2004, P141-142**)

**6.2. Les facteurs de protection :** Les facteurs de protection sont les éléments qui peuvent réduire les risques d'addiction en modérant les effets des facteurs de vulnérabilité. Ils incluent des aspects psychoaffectifs et sociaux :

**6.2.1. Soutien familial et social :** Un soutien familial fort, un sentiment de participation à la vie familiale et une implication dans des groupes sociaux positifs jouent un rôle crucial dans la prévention. Le soutien social et la qualité des relations familiales (par exemple, avoir des parents impliqués et bienveillants) sont des remparts importants contre l'addiction.

**6.2.2. Compétences psychologiques et émotionnelles :** L'estime de soi, la confiance en soi, et la capacité à gérer ses émotions sont des facteurs de protection qui aident les individus à faire face à des situations stressantes sans recourir à des substances. La résilience (capacité à rebondir face à l'adversité) est directement liée à ces compétences et est cruciale dans la prévention et le traitement de la toxicomanie.

**6.2.3. Réseau social et engagement communautaire :** Un individu impliqué dans sa communauté, ayant un but de vie, un sentiment d'appartenance sociale et un modèle adulte sobre et responsable, est moins susceptible de développer une dépendance. De même, la participation à des activités collectives favorisant l'estime de soi et l'intégration sociale peut constituer un facteur de protection important. (**Varescon, 2004, P. 141-142**)

## **II. Le cannabis**

### **1. Histoire du cannabis**

Connu depuis des millénaires au Proche-Orient, le cannabis y était utilisé comme remède ou substance rituelle. On le connaissait et l'utilisait toute- fois aussi pour ses propriétés psychotropes. Jusqu'au XX siècle, le chanvre indien était cultivé pour ses fibres, dont on

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

fabriquait des cordages et des textiles, pour ses graines, que l'on pressait pour en extraire de l'huile et pour ses propriétés psychoactives. Introduit en Europe au début du XIX siècle par les soldats de Bonaparte et par des médecins anglais de retour des Indes, le cannabis était alors utilisé en médecine pour le traitement des migraines ou de l'épilepsie. Ce n'est que quelques décennies plus tard que le cannabis sera utilisé à nouveau pour ses effets psychotropes, en particulier par les populations jeunes du monde entier.

Ce n'est que quelques décennies plus tard que le cannabis sera utilisé à nouveau pour ses effets psychotropes, en particulier par les populations jeunes du monde entier. Par ailleurs, aujourd'hui, les propriétés thérapeutiques du THC contre la douleur et les vomissements sont reconnues scientifiquement. Dans quelques États des États-Unis et en Grande-Bretagne, sa prescription est autorisée au cours des chimiothérapies anticancéreuses et pour certaines affections liées au sida. (**Salmandjee, 2003, P. 98**)

### **2. Définition du cannabis :**

Le cannabis provient des feuilles et des fleurs séchées de la plante Cannabis sativa. Elle se consomme sous des formes variées, comme l'herbe, la résine ou l'huile. Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le D9THC (deltag-tétrahydrocannabinol), ou plus simplement THC, inscrit sur la liste des stupéfiants. Sa concentration est très variable selon les préparations et la provenance du produit. Plus le cannabis contient de THC, plus il est puissant. (**Salmandjee, p. 64**).

Le cannabis est un perturbateur du système nerveux central. La sensation d'euphorie légère, de relaxation et de perception auditives et visuelle amplifiées que produit le cannabis s'explique presque entièrement par son action sur le récepteur cannabinoïdes. Ces récepteurs sont présents un peu partout dans le cerveau. Le cannabis remplace la molécule endogène qui s'y lie naturellement, l'anandamide, perturbant ainsi la régulation de l'humeur, de la mémoire, de l'appétit, de la douleur, de la cognition et des émotions. Il entraînant aussi une faible libération de dopamine. (**Selmandjee, P. 23**).

Sur la base des teneurs en Δ-9-tétrahydrocannabinol (THC, psychoactif) et en cannabidiol (CBD, non psychoactif), on distingue trois types de chanvre:

- Le type « résine » à forte teneur en THC (<1%) et dépourvu de CBD, ce type de composition s'observe avec tous les chanvres croissant dans les zones climatiques chaudes et produisant beaucoup de résine

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

- Le type « fibre » à très faible teneur en THC (>0, 3%) et teneur élevée en CBD, en fait < 0,1 % pour la majorité des variétés « textiles » sélectionnées et cultivées dans les zones tempérées septentrionales.
- Le type « intermédiaire » à teneur forte en THC et en CBD, ce type est caractéristique du chanvre originaire du bassin méditerranéen (**Fournier, 2020**).

Ce principe actif se retrouve à différentes concentrations dans les dérivés du cannabis :

- **L'herbe (Marijuana)** : constituée des fleurs ou feuilles séchées, parfois hachées (kif), qui est fumée (1 à 5% de THC).



*Figure 01 : plante de marijuana*

<https://www.ofdt.fr/cannabis-resine-herbe-huile-cbd-synthese-des-connaissances-1724>

- **Le hachisch** : bloc de résine variant du beige au noir suivant l'origine géographique et dont le taux de THC est supérieur à celui de l'herbe (5 à 20%). Le hachisch est le plus souvent mélangé à du tabac pour être fumé.



*Figure 02 : La résine*

<https://cbd-discounter.fr/resine-cbd-pas-cher/72-hash-afghan-resine-cbd-pas-cher.htm>

## Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis

---

- **l'huile** : liquide très concentré en THC (50% ou plus). (**Morel et al, 2003, P. 22**)

L'huile de cannabis est extraite de l'herbe ou de la résine. C'est un liquide visqueux et goudronneux, vert foncé, marron ou noir, obtenu par percolation à partir de l'herbe ou de la résine, purifiée avec un solvant organique ou de l'alcool.

Les huiles sont généralement déposées sur le papier à cigarettes ou ajoutées aux joints pour en augmenter la puissance. Elles sont relativement rares et coûteuses. (**Salmanjee, 2003, P. 96**)



*Figure 03 : L'huile de cannabis*  
<https://www.granions.fr/ingredients/actifs/cbd.html>

Toutes ces formes peuvent être consommées par inhalation, ingestion ou (fait rarissime) injection. Les effets d'une inhalation sont plus rapides mais plus courts qu'une absorption orale. Ils ne durent que quelques heures, mais des métabolites peuvent être retrouvés dans les urines jusqu'à un mois après la consommation. (**Morel et al, 2003, P. 22**)

Le cannabis a souvent été perçu comme une substance aux vertus presque mystiques. Il a été surnommé « paradis du pauvre », « chemin vers le paradis » ou encore « libérateur du péché ». Des figures littéraires comme Baudelaire, ou des groupes comme le club des Hashischins, en ont fait l'éloge. Toutefois, avec le recul, ces discours apparaissent comme largement idéalisés. Aujourd'hui, le cannabis est surtout connu pour être la drogue illicite la plus consommée, en particulier chez les jeunes.

### 3. Les principaux constituants de cannabis :

Toutes les formes de cannabis contiennent un principe actif appelé D9THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), communément appelé THC. Le THC est l'un des 460 éléments chimiques que compte le cannabis.

À des fins médicales, le THC peut servir à diminuer les vomissements des personnes ayant à subir un traitement de chimiothérapie contre le cancer. La concentration en THC varie suivant l'espèce et la partie de la plante utilisée, mais aussi la forme consommée: herbe, résine ou huile.

On connaît en tout plus de 460 composants du cannabis (benzopyrène, stérols, terpènes, alcaloïdes, etc.) dont 60 cannabinoïdes. Les principaux cannabinoïdes sont le THC, présenté précédemment, mais aussi le cannabidiol (CBD), un cannabinoïde non psychoactif dans sa forme pure, mais possédant des effets sédatifs, analgésiques et antibiotiques. Son interaction avec le THC en potentialise les effets dépresseurs et en limite les effets euphoriques, tout en allongeant la durée d'action des effets psychoactifs. Les plants les plus résineux en possèdent un taux élevé. Le cannabis contient aussi du cannabinol (CBN) et du cannabigerol (CBG).

(Salmandjee, 2003, P. 96)

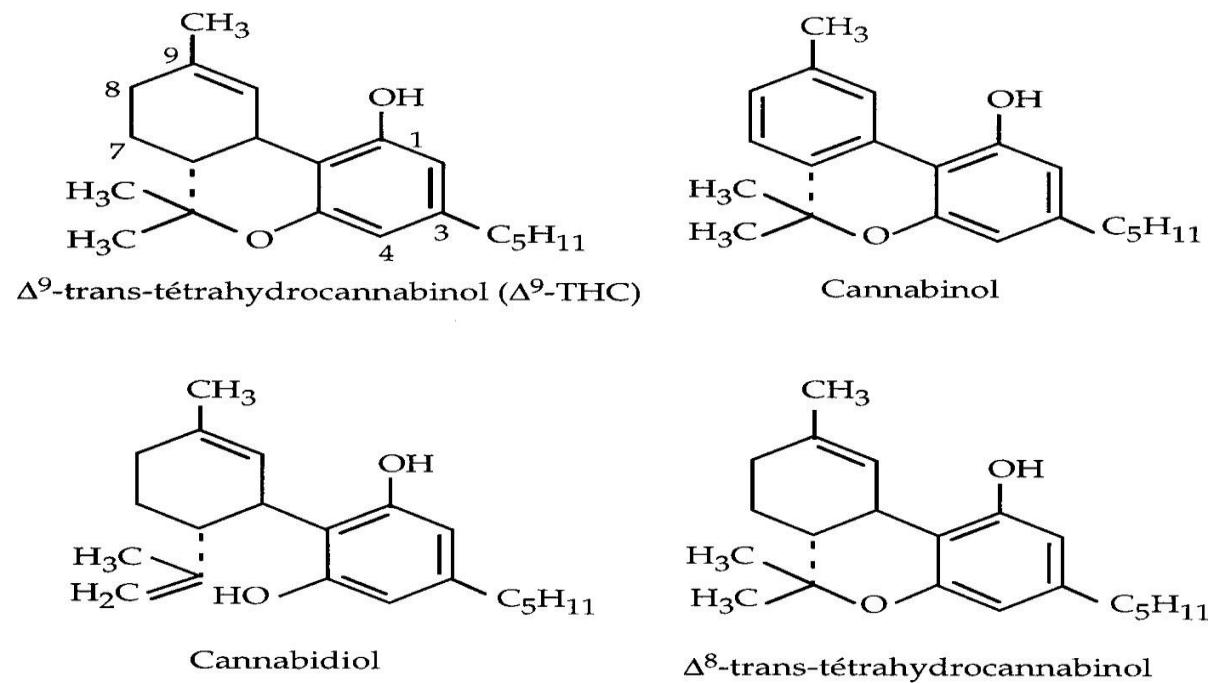


Figure 04 : Formules chimiques des principaux cannabinoïdes (INSERM, 2001, P. 144)

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

### **4. Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage du cannabis (DSM-5) :**

**A.** Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance qui sont cliniquement significatives, comme en témoignent au moins 2 des éléments suivants survenant dans une période de 12 mois :

**1.** Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.

**2.** Il y a un désir persistant de diminuer ou de contrôler l'utilisation du cannabis ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation.

**3.** Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir du cannabis, utiliser le cannabis et récupérer de ses effets.

**4.** Forte envie, désir ou besoin de consommer du cannabis.

**5.** L'usage du cannabis a pour conséquence des manquements récurrents à des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.

**6.** Poursuite de l'utilisation du cannabis malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.

**7.** Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.

**8.** Usage récurrent du cannabis dans des situations où c'est physiquement dangereux.

**9.** L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne soit consciente d'avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.

**10.** Tolérance, telle que définie par l'un des éléments suivants :

**a.** Besoin de quantités notamment plus grandes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet souhaité.

**b.** Effet notamment diminué avec l'utilisation continue de la même quantité de cannabis.

**11.** Sevrage, tel que manifesté par un des éléments suivants :

**a.** Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis.

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

- b.** Le cannabis (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

### **Niveaux de sévérité :**

- Léger : présence de 2-3 symptômes.
- Modéré : présence de 4-5 symptômes.
- Sévère : présence de 6 symptômes ou plus.

#### Sevrage au cannabis

**a.** Cessation d'une consommation du cannabis qui a été importante et prolongée (c'est-à-dire, utilisation habituellement quotidienne ou presque sur une période d'au moins quelques mois).

**b.** Trois (ou plus) des signes et symptômes suivants se développent à l'intérieur d'environ 1 semaine après la cessation :

1. Irritabilité, colère ou agressivité.
  2. Nervosité ou anxiété.
  3. Difficulté de sommeil (par exemple, insomnie, rêves perturbants).
  4. Diminution de l'appétit ou perte de poids.
  5. Agitation.
  6. Humeur dépressive.
  7. Au moins un des symptômes physiques suivants causant une gêne importante : douleur abdominale, tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou maux de tête.
- a.** Les signes ou symptômes du critère B causent une détresse significative ou une altération significative du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres importants.
  - b.** Les signes ou les symptômes ne sont pas attribuables à une autre condition médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont l'intoxication ou le sevrage d'une autre substance.

En plus des symptômes du critère B, les symptômes suivants peuvent également être observés après l'abstinence : fatigue, bâillements, difficulté à se concentrer, et périodes de rebond

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

d'augmentation de l'appétit et d'hypersomnie qui suivent des périodes initiales de perte d'appétit et d'insomnie.

Plusieurs utilisateurs rapportent fumer du cannabis ou prendre d'autres substances pour aider à soulager les symptômes de sevrage, et beaucoup rapportent que ces symptômes rendent difficile de quitter ou contribuent à la rechute.

La plupart des symptômes apparaissent dans les premières 24 à 72 heures après la cessation, le pic est atteint dans la première semaine, et les symptômes peuvent durer environ 1 ou 2 semaines. Les troubles du sommeil peuvent durer plus de 30 jours. (**Richard, 2009**)

### **5. Cannabis et dépendance :**

Dans le DSM-IV, la dépendance au cannabis est décrite comme un usage compulsif ne s'accompagnant pas, en général, d'une dépendance physiologique. Toutefois, une tolérance a été rapportée chez des consommateurs chroniques. Un syndrome de sevrage est décrit par certaines études.

L'arrêt brutal d'une consommation chronique de cannabis induit des signes de sevrage. Ils surviennent environ de 12 à 24 heures après la dernière prise pour s'intensifier pendant un à deux jours avant de disparaître spontanément. Ces signes se caractérisent par de l'anxiété, de l'irritabilité, de l'agitation, des insomnies, de l'anorexie et une altération transitoire de l'état général. (**Richard, 2009, P. 42**)

### **6. Les effets et dangers liés à l'usage de cannabis :**

Les usagers de cannabis recherchent avant tout les effets hédoniques de l'ivresse cannabique, un sentiment de bien-être et de désinhibition sociale, mais aussi des effets anxiolytiques ou hypnotiques. Au-delà de cette expérience psychique, ces effets expliquent aussi la consommation de cannabis comme dopant et comme anti-stress au travail. (**Richard, 2009, P. 43**)

#### **6.1. Les effets cardiovasculaires :**

Chez le sujet sain, les effets du cannabis sur le cœur constituent l'un des biomarqueurs de son activité les plus fiables actuellement, avec bien entendu son action sur le système nerveux central. Le THC réduit le tonus sympathique central et induit par ce biais bradycardie et hypotension. De plus, l'inhalation de la fumée apporte des toxiques nombreux : goudrons, monoxyde de carbone, expliquant que l'inhalation de la drogue soit hautement cardiotoxique - même si,

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

considérés isolément, certains cannabinoïdes peuvent avoir des propriétés cardioprotectrices. Au total, une consommation chronique de cannabis peut avoir d'importantes conséquences cardiovasculaires et, notamment être à l'origine de décès par infarctus du myocarde, probablement liés à une brusque augmentation des besoins en oxygène du cœur sous l'effet de la drogue. L'association à la cocaïne (ou donc au crack), qui n'est pas exceptionnelle, potentialise la toxicité propre des deux drogues et peut être à l'origine d'accidents coronariens aigus parfois fatals. (**Richard, 2009, p. 51**)

### **6.2. Troubles du rythme cardiaque**

En général, l'usage de cannabis se traduit par une accélération du rythme cardiaque (tachycardie) modérée et par une vasodilatation avec hypotension orthostatique (chute de la pression artérielle en station debout). Une utilisation chronique peut, en revanche, être à l'origine d'un ralentissement du rythme cardiaque (bradycardie).

#### **6.2.1. Artériopathies**

La consommation chronique de cannabis est l'une des causes principales d'artérite périphérique chez l'adulte de moins de 50 ans et de thromboangiite oblitérante. Ces affections sévères, de présentation clinique et anatomopathologique similaires, et dont l'incidence augmente en Europe, peuvent conduire à des gangrènes avec amputation. La toxicité propre du cannabis est augmentée par les fortes proportions d'arsenic retrouvées dans certains tabacs commercialisés hors d'Europe auquel il est associé.

#### **6.2.2. Accidents vasculaires cérébraux**

L'abus de consommation de cannabis accroîtrait le risque d'attaques cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Ce phénomène tient probablement à l'augmentation (allant jusqu'à 30%) des taux d'Apo lipoprotéine C, un marqueur de risque cardiovasculaire reconnu. (**Richard, 2009, P. 51**)

### **6.3. Effets pulmonaires**

Les effets de la consommation du cannabis par inhalation sont pour une part d'ordre allergique (asthme, bronchoconstriction, irritation avec toux, etc.) mais découlent également, comme pour le tabac auquel le cannabis est généralement associé, des effets irritants de la fumée particulièrement riche en substances toxiques et notamment cancérogènes. De plus, lors de la consommation du cannabis, le volume des bouffées de fumée inhalée est plus important que

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

celui des bouffées inhalées lors de la consommation de tabac et la fumée, inhalée plus profondément, est retenue plus longtemps dans les poumons.

L'inhalation de la fumée de cannabis induit des pathologies souvent sévères des voies respiratoires, affectant préférentiellement les bronches (enrouement persistant, raucité de la voix, toux, hypersécrétion bronchique et expectorations, sibilances, dyspnée, bronchites à répétition).

En perturbant l'activité des macrophages alvéolaires, le cannabis fumé favorise le développement d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez les sujets mêmes jeunes sans oublier l'augmentation du risque de cancer broncho-pulmonaire.

Tout comme le tabac, un usage prolongé de cannabis diminue la capacité oxyphorique du sang, c'est-à-dire sa capacité à transporter l'oxygène vers les tissus, d'où une hypoxie chronique. En revanche, il semble que le cannabis n'indue pas d'emphysème pulmonaire, contrairement au tabac.

La combustion du haschisch libère de nombreux produits toxiques, en quantité supérieure (3 à 5 fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone) à celle du tabac. Cette toxicité incline certains consommateurs à privilégier la voie orale ou le recours à des vaporisateurs (type Volcano), usage qui pourrait permettre de rendre plus facile et probablement, sous cet angle, plus sûre l'utilisation thérapeutique du cannabis. (**Richard, 2009, P. 50-51**)

### **6.4. Les effets neuropsychologiques :**

Les récepteurs cannabinoïdes CB1 sont des récepteurs présynaptiques qui se trouvent en grand nombre dans les régions corticales et sous-corticales impliquées dans l'apprentissage, la mémoire et la récompense (cortex frontal, hippocampe, amygdale) ainsi que dans la coordination motrice (cervelet, cortex). Ils jouent un rôle dans la plasticité synaptique et le flux de l'information au niveau cérébral par le biais du rétrocontrôle synaptique, de la potentialisation au long terme et de la suppression de l'excitation ou de l'inhibition.

Après une prise aiguë, les mesures des fonctions cognitives montrent une altération des performances psychomotrices et cognitives, à l'exception des capacités d'abstraction et de vocabulaire.

Le cannabis perturbe les processus associatifs, facilitant les associations inhabituelles. Il diminue la mémoire et l'apprentissage des mots. Les doses modérées induisent une altération

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

de la perception temporelle, des troubles de la mémoire à court terme et une incapacité à accomplir des tâches multiples simultanées.

À dose plus importante, des troubles du langage et de la coordination motrice peuvent apparaître avec une augmentation du temps de réaction. Plus controversés sont les effets persistant après l'arrêt de la consommation. Certains ont mis en évidence des déficits chez les patients abstinents depuis 28 J. Après 3 mois, les déficits intellectuels et cognitifs s'estompent. L'âge précoce du début de l'utilisation est un facteur aggravant. Consommé jeune, le cannabis perturbe la maturation neuronale qui se poursuit pendant l'adolescence. Les déficits cognitifs induits sont plus importants chez ceux qui consomment du cannabis avant 17 ans. Les potentiels évoqués cérébraux traduisent la fonctionnalité et la réactivité cérébrale. (**Lejoyeux, 2017, p. 206**).

### **6.5. Les effets psychologiques (trouble psychique) :**

L'usage chronique du cannabis peut être à l'origine de troubles psychiques susceptibles d'altérer la qualité de vie du consommateur. La plupart des signes observés sont ceux, exacerbés, décrits lors d'un usage ponctuel de la drogue. Ils sont d'autant plus sévères que l'usage de la drogue est plus précoce. (**Richard, 2009, P. 59**)

#### **6.5.1. Troubles de l'humeur**

Entre 30% et 50% des usagers de cannabis présentent un trouble de l'humeur: il s'agit le plus souvent d'un état dépressif. Le risque de comportement suicidaire est plus élevé chez les usagers de cannabis adolescents ou jeunes adultes que dans la population de comparaison. Pour autant, l'existence d'un lien de causalité entre usage chronique de cannabis et dépression n'est pas établie, notamment chez les très jeunes usagers.

La consommation de cannabis est fréquemment associée à la maladie bipolaire, mais les conséquences de l'usage de cette drogue sur les sujets bipolaires semblent moins péjoratives que celles de l'alcool. Toutefois, l'usage de cannabis peut induire ou aggraver un virage maniaque chez les sujets bipolaires. Des études mériteraient d'être poursuivies sur cette cooccurrence banale et souvent problématique. (**Richard, 2009, P. 60**)

#### **6.5.2. Troubles anxieux**

Quelque 36% des sujets présentant une forme ou une autre d'anxiété chronique sont dépendants d'une substance psychoactive et, dans ce contexte, la consommation de cannabis peut améliorer leur symptomatologie. Pourtant, la survenue de troubles anxieux aigus chez les

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

consommateurs chroniques de cannabis est repérée. Des réactions allant jusqu'à l'attaque de panique (observée chez environ 20% d'entre eux) motivent parfois l'arrêt de la consommation. Ces observations ne sont pas paradoxales: l'action des agonistes cannabinoïdes en général - et du THC en particulier - est effectivement biphasique à l'égard de l'anxiété de faibles doses se révèlent anxiolytiques (par faible stimulation des récepteurs CB1 du cortex préfrontal et de l'hippocampe) alors que de fortes doses restent sans action sur l'anxiété, voire se révèlent potentiellement anxiogènes (stimulation des récepteurs CB1 de l'amygdale) Richard. D, 2009, p60)

### **6.6. Syndrome amotivationnel :**

Le syndrome dit amotivationnel a été décrit par le psychiatre français Benjamin Ball (1833-1893) en 1894, Cet ancien interne de Joseph Moreau de Tours avait, comme son maître, un intérêt spécifique pour les questions relatives à l'us et l'abus de stupéfiants. Ce ne fut toutefois que dans les années 1970 que l'importance clinique de ce syndrome fut mise en lumière par un autre psychiatre français, Pierre Deniker (1917-1998) (Deniker et al. 1973). Il fédère un ensemble de manifestations psychiques que caractérise un désinvestissement existentiel souvent observé chez l'usager chronique de cannabis, volontiers rapporté à l'action du THC sur les zones frontales ou précorticales du cerveau. Le consommateur de la drogue perd tout intérêt comme tout plaisir (anhédonie) pour les activités quotidiennes, et il manifeste un émoussement affectif et intellectuel susceptible défaire évoquer une psychose, voire une démence précoce.

Il ne parvient pas à se concentrer sur une tâche, présente des troubles mnésiques importants, une grande pauvreté idéatoire et se désinsère de son environnement quotidien). Ces signes, spontanément résolutifs en quelques semaines à l'arrêt de la consommation de la drogue, peuvent toutefois perturber les mécanismes d'apprentissage et éducatifs. (**Richard, 2009, P. 61).**

### **6.7. Cannabis et cancer**

Si les cannabinoides ne sont pas en eux-mêmes cancérigènes (Costes 2007), la fumée des cigarettes de cannabis contient de nombreuses substances toxiques (goudrons divers, naphtylamines, nitrosamines, benzène, benzanثra-cène, benzopyrènes) connues comme cancérigènes. D'ailleurs, expérimentalement, cette fumée s'est révélée carcinogène à l'égard de cultures cellulaires et le risque de survenue d'un cancer des voies respiratoires chez l'usager de cannabis au long cours est important, d'autant plus que les propriétés bronchodilatatriques des

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

cannabinoïdes favorisent les dépôts toxiques dans les bronches les plus fines et les alvéoles pulmonaires.

Une évaluation épidémiologique affinée s'impose toutefois, pour relier ce risque à la durée d'utilisation des préparations fumables de cannabis, aux doses inhalées, et à la part réciproque du tabac et du cannabis dans le processus de cancérisation (observé même avec des consommateurs exclusifs de cannabis, ne recourant pas au tabac) car les études publiées restent discordantes sur ces points précis.

Le contenu des cigarettes artisanales de cannabis est moins dense que celui des cigarettes industrielles de tabac; il n'y a pas de filtre efficace et la fumée, inhalée plus profondément, est plus fortement concentrée en composés cancérigènes que la fumée d'une cigarette du commerce.

### **6.7.1. Cancers des voies respiratoires**

Diverses études ont montré l'existence de lésions précancéreuses et d'anomalies génétiques dans le tractus respiratoire de fumeurs de cannabis. Toutefois, s'agissant du risque de cancérisation effective des tissus, les résultats restent discordants selon les localisations. On peut toutefois retenir, globalement, que les effets cancérogènes du cannabis et de ses dérivés dans les domaines ORL et broncho-pulmonaires sont au moins égaux à ceux du tabac.

### **6.7.2. Cancers bronchopulmonaires :**

Si la majorité des études s'accordent à trouver le risque augmenté, il en est qui ne retrouvent pas ce résultat.

Dans une étude cas-témoin conduite en Nouvelle-Zélande sur des adultes de plus de 55 ans, ayant inclus 79 cas de cancer bronchopulmonaire et 324 sujets témoins, le risque de cancer augmentait de 8% pour chaque joint de cannabis-année après ajustement sur les variables confondantes telles le tabagisme, et de 7% pour chaque paquet-année de tabac après ajustement pour le cannabis. Le troisième tertile ( $> 10,5$  joints-années) de cannabis était associé à une augmentation du risque de cancer bronchopulmonaire après ajustement sur le tabagisme.

### **6.7.2. Cancers de la tête et du cou (ORL) :**

Une étude réalisée selon une méthodologie similaire à la précédente, n'a pas permis de montrer, en revanche, que l'usage de cannabis est associé à un accroissement du risque de

## **Chapitre I : Toxicomanie et usage du cannabis**

---

survenue d'un cancer de la tête ou du cou. Toutefois, cette étude n'a inclus que peu de sujets et porte sur une période limitée.

### **6.7.3. Cancer testiculaire :**

Les hommes qui fument du cannabis ont une probabilité accrue de 70% de contracter un cancer des testicules. Le risque le plus important a été trouvé chez ceux qui fument depuis longtemps ou très fréquemment. Ces observations restent préliminaires et des recherches supplémentaires s'imposent, en particulier pour expliquer comment le cannabis favoriserait le cancer testiculaire. (**Richard, 2009, P. 49-50**)

## **7. Les modalités de prise en charge :**

### **7.1. Prise en charge psychologique**

#### **7.1.1. Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :**

Les thérapies cognitivo-comportementales constituent une approche clé dans le sevrage du cannabis, en permettant au patient de travailler sur ses pensées, ses désirs et les situations propices à une rechute. Ces thérapies visent à aider la personne à mieux réguler ses émotions, en l'incitant à ne plus recourir au cannabis comme une réponse automatique aux difficultés émotionnelles. L'objectif est que le patient ne cherche plus à « apaiser » ses états émotionnels tels que la colère, l'anxiété ou la tristesse par la consommation de substances psychoactives (**Lejoyeux, 2017, P. 214**).

#### **7.1.2. Entretien motivationnel (EM)**

L'entretien motivationnel se déroule en plusieurs étapes, adaptées au niveau de motivation du patient. L'objectif principal est de favoriser l'évolution de cette motivation et de réduire les résistances au changement. Ce processus renforce également l'estime de soi et la perception de l'autonomie, soulignant que le changement de comportement doit être porté par le patient lui-même, et non imposé par un thérapeute ou son entourage. Les psychothérapies jouent un rôle crucial en aidant le patient à réévaluer ses croyances, son point de vue et ses comportements. Les techniques cognitivo-comportementales viennent compléter l'entretien motivationnel en offrant des stratégies concrètes pour résoudre les problèmes, gérer les émotions et faire face aux envies de consommer sans recourir au cannabis (**Lejoyeux, 2017, P. 214**).

### **7.1.3. Thérapies d'inspiration analytique**

Les approches thérapeutiques d'inspiration psychanalytique peuvent également s'avérer pertinentes dans certains cas, en particulier lorsqu'il s'agit d'aider le patient à réorienter ses investissements psychiques vers des sources de satisfaction non liées à l'usage de substances. L'objectif est de permettre un accès au plaisir sans passer par la consommation de toxiques. Chez les adolescents, ces thérapies nécessitent une adaptation spécifique afin de correspondre aux enjeux propres à cette période de développement. (**Lejoyeux, 2017, P.215**).

### **7.1.4. Thérapies familiales**

Les thérapies familiales peuvent jouer un rôle clé dans le processus de rétablissement, notamment en aidant à restaurer un climat familial apaisant et en rétablissant les liens parfois fragilisés entre les membres. En intégrant la famille dans la prise en charge, ces approches permettent d'agir directement sur l'environnement du patient. Certaines méthodes, plus structurées, ont été spécifiquement conçues pour ce type d'intervention.

C'est le cas des thérapies familiales multidimensionnelles (Multidimensional Family Therapy), qui combinent un travail avec la famille à des accompagnements individuels (**Lejoyeux, 2017, P. 214**).

## **7.2. La prise en charge médicamenteuse :**

### **7.2.1. Neuroleptiques ou antipsychotiques**

Les neuroleptiques, ou antipsychotiques, sont principalement utilisés dans le cadre des prescriptions psychiatriques, en particulier pour le traitement des psychoses. Ces maladies mentales affectent profondément le comportement et la perception de la réalité, et les patients peuvent parfois ne pas reconnaître leur caractère pathologique. Le traitement de ces pathologies de longue durée nécessite souvent une prise en charge combinée, incluant des interventions

### **7.2.2. Tranquillisants ou anxiolytiques**

Les tranquillisants, ou anxiolytiques, sont des médicaments utilisés pour réduire les symptômes de l'anxiété, tels que l'angoisse, l'insomnie ou la tension musculaire. Bien qu'ils ne soient pas destinés à traiter une pathologie spécifique, ils visent à apaiser un état général d'anxiété. Parmi les plus couramment prescrits, en particulier pour des traitements prolongés, on retrouve les benzodiazépines.

### **7.2.3. Somnifères ou hypnotiques**

Les somnifères, également appelés hypnotiques, sont utilisés pour induire et maintenir le sommeil. Ils peuvent toutefois entraîner une réduction de la vigilance. Contrairement aux anxiolytiques, les somnifères prescrits sur de longues périodes n'appartiennent pas toujours à la classe des benzodiazépines, bien que celles-ci soient encore fréquemment employées en raison de leur efficacité dans le traitement de l'anxiété.

### **7.2.4. Les antidépresseurs :**

(Laroxyl, Anafranil, Déroxat, Zoloft..), Ils sont prescrits dans le traitement de la dépression dont les symptômes sont notamment : la tristesse, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir à vivre, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires (perte de l'appétit ou plus rarement boulimie), sensation de fatigue ou perte d'énergie inexplicables, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer.

Les antidépresseurs peuvent entraîner des effets indésirables : perte de vigilance, somnolence ou excitation. Ces médicaments doivent être réservés aux dépressions diagnostiquées par le médecin et ne peuvent être prescrits pour des difficultés passagères. Ils n'entraînent pas de réelle dépendance physique. Cependant, la diminution de la posologie doit être progressive pour éviter des symptômes comme des nausées ou des sensations vertigineuses en cas d'arrêt brutal (**INPES, 2006, PP. 121-124**).

### **Conclusion du chapitre :**

La toxicomanie au cannabis peut être vue comme un problème complexe et dévastateur qui affecte profondément le cerveau et le comportement des individus. Elle se manifeste par un besoin compulsif et irrépressible de consommer cette substance, malgré les effets négatifs qu'elle peut avoir sur la santé, les relations personnelles et divers aspects de la vie quotidienne. Dans ce contexte, la résilience joue un rôle crucial, en offrant la possibilité de s'adapter et de surmonter les défis posés par cette dépendance.

# *Chapitre II*

## *La résilience : fondements théoriques et applications cliniques*

### **Préambule :**

La résilience est un concept qui découle de l'expérience humaine des difficultés et nous aide à comprendre comment certaines personnes surmontent l'adversité et reconstruisent leur vie. Dans le cadre de notre recherche auprès des usagers de drogues, il est crucial d'explorer les bases théoriques de ce concept.

Dans ce chapitre, nous présenterons donc les principales approches de la résilience, retracerons son évolution dans le temps et mettrons en évidence les facteurs qui facilitent son émergence.

### **1. L'origine et l'historique du concept de la résilience :**

La résilience est un terme français, issu du latin *resilientia*, qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner la « résistance du matériel aux chocs élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre » (Dictionnaire Robert). Dans le contexte, la résilience désigne donc la qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité et qui manifeste la capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. En informatique, la résilience concerne la qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner en dépit d'anomalies, liées aux défauts d'un ou de plusieurs éléments constitutifs.

D'après le Dictionnaire historique de la langue française, le terme résilier est étymologiquement constitué de *re* (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et *salire* (sauter, bondir). Résilier signifie donc littéralement sauter en arrière, se rétracter.

Ainsi, la résiliation est l'acte par lequel on met fin à un engagement, à une promesse, à un contrat. La résiliation se situe donc dans le processus de désengagement. La résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance qui véhicule l'idée d'une rigidité, mais évoque davantage les propriétés de souplesse et d'adaptation. Il ne s'agit donc pas de réduire ce phénomène à « l'invulnérabilité » (Anthony et al. 1982) qui pourrait correspondre à une résistance au choc mais également signerait un état pouvant entraîner la paralysie du sujet : une carapace solide mais impénétrable et débouchant sur la rigidité, ce qui s'éloigne totalement de la souplesse nécessaire à la résilience. (**Anaut, 2005, P. 34.**)

### **1.1. Premiers pas de la résilience dans les pays anglo-saxons :**

L'utilisation du concept de résilience en psychologie et psychopathologie demeure encore assez récente en France. Les premiers travaux en appui sur ce concept viennent des pays anglo-saxons et nord-américains. Nous pouvons citer parmi les précurseurs de cette approche, des chercheurs anglo-saxons comme Werner (1982; 1992); Rutter (1983; 1992); Garmezy (1983, 1996); Fonagy (1994; 2001); Haggerty, Sherrod et al. (1996); mais également francophones comme Cyrulnik (1999; 2001); Guedeney (1998); Manciaux (1999; 2001) ou Lemay (1999) au Québec.

Une revue de littérature permet de situer l'émergence de ce concept au début des années 1980. Cependant, certains chercheurs considèrent que les racines de ce concept sont plus anciennes, et sont présentes notamment dans les premiers travaux sur l'attachement.

Manciaux et al. (2001) font référence à l'utilisation du terme de résilience par Bowlby pour désigner « leressort moral, qualité d'une personne qui ne se décourage pas, ne se laisse pas abattre ». D'autres auteurs, s'inscrivant dans la lignée psychanalytique, considèrent que Freud avait posé les bases épistémologiques de cette approche, mais en ayant recours à une terminologie différente, notamment autour du concept de sublimation.

En psychologie développementale et en psychopathologie, Garmezy et Rutter ont posé les bases théoriques et les principes méthodologiques des recherches dans ce domaine (notamment à partir de leur ouvrage: Stress Coping and Development in Children, 1983). Garmezy et al. (1996) ont ensuite mis en travail ce thème avec de nombreux chercheurs qui ont parti-cipé aux développements théoriques de l'approche de la résilience chez J'enfant et permis sa diffusion dans les applications théorico-cliniques contemporaines. (**Anaut, 2005, P. 35**)

### **1.2. Les travaux d'Emmy Werner :**

La psychologue américaine Werner (1982) est reconnue comme ayant joué un rôle majeur dans l'approche de la résilience, à travers la recherche qu'elle a menée auprès des enfants de Kauaï (archipel de Hawaï).

Les travaux de Werner se sont appuyés sur une recherche longitudinale portant sur l'étude et le devenir d'une cohorte multiraciale de 545 enfants (survivants de l'étude initiale des 698 enfants nés en 1955) suivis sur une période de 32 ans (Werner, 1989, 1993; Werner et Smith, 1992). La population étudiée s'est composée de sujets suivis depuis la naissance

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

jusqu'à l'âge adulte, vivant en situation de grande précarité environnementale, du point de vue des conditions socio-affectives (pauvreté, violence, discorde et psychopathologie parentales...). Werner et al. ont observé qu'un certain nombre de ces enfants s'accommodaient de l'environnement défaillant en témoignant d'une adaptation sociale parfois remarquable et d'une capacité de rebondir après avoir vaincu et dépassé des situations délétères, caractéristiques d'un fonctionnement résilient.

Bien que ne portant pas initialement sur la résilience, cette recherche longitudinale a beaucoup alimenté les recherches sur la résilience, en premier lieu en soulignant sa réalité clinique. Les observations de cette étude ont contribué à poser les bases d'une analyse du fonctionnement de la résilience, en soulignant la dynamique du processus résilient, son évolution au cours du développement du sujet et sa variabilité dans le temps et en fonction des sujets (notamment une variabilité selon le sexe). Werner et al. ont ainsi décrit et étudié la résilience comme résultant d'un équilibre évolutif entre la confrontation aux éléments délétères ou stressants du milieu, la vulnérabilité et les facteurs de protection internes du sujet (tempérament, aptitudes cognitives, estime de soi...) et externes (sources non officielles de soutien, tels que la famille élargie, le quartier et les ressources communautaires). (**Anaut, 2005, P. 36**)

### **1.3. Résilience et premiers contours théoriques :**

Autour et en parallèle des travaux de Werner, d'autres recherches se sont développées sur les réponses adaptatives face aux stress cumulés. Les premières recherches sur la résilience ont mis l'accent sur les éléments, ou facteurs de résilience, mis en relation avec un << bon fonctionnement malgré des circonstances adverses ». Il s'agissait donc de travailler à partir de définitions de la résilience reposant surtout sur une approche en termes de résultats comportementaux supposés positifs ou adaptés en face d'un contexte socio-affectif difficile.

Depuis les premiers travaux de recherche sur la résilience, nous pouvons remarquer une évolution importante de ce modèle théorique ainsi que de son champ d'application qui s'est considérablement développé et semble avoir également affermi ses contours théoriques. Le risque d'appauvrissement de ce concept étant d'une part, de s'appliquer à tous et à tous, et donc de présenter des contours flous, et d'autre part, de devenir un simple synonyme du concept de coping (ou stratégie d'ajustement) ou encore de celui d'adaptation.

Le concept de résilience a trouvé assez rapidement des adeptes dans le champ social, comportemental et cognitif et en psychiatrie; plus tardivement en psychologie clinique et

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

psychopathologie adulte. Le domaine de la sociologie, celui de la psychologie sociale et de la compréhension des comportements (dont l'éthologie) se sont emparés de ce concept pour des applications théoriques et pratiques, notamment dans le champ éducatif et social et le secteur de l'inadaptation. (**Anaut, 2005, P. 36-37**)

Nous pouvons considérer que ce concept s'est également enrichi, plus récemment, du point de vue théorique, au contact de la psychopathologie et de la psychologie clinique. Il semble actuellement avoir trouvé ses lettres de noblesse, en devenant, non plus simplement un concept, mais un modèle de compréhension du sujet humain dans sa dimension normale et pathologique. Nous pouvons également souligner que les travaux sur la résilience ont enrichi en retour les approches actuelles dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie, en contribuant à réinterroger les modèles de pensée, jusque-là trop exclusivement centrés sur la psychopathologie et la vulnérabilisassions des sujets.

### **2. définitions de la résilience :**

La résilience est un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique. (**Cyrulnik & Jorland, 2012, P. 08**)

Anaut (2005) à souligner que « La résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologiques et socio-psychologiques) en développant des capacités en lien avec des ressources internes (intrapsychiques) et externes (environnement social et affectif), permettant d'allier une construction psychique adéquate et l'insertion sociale ». (**P. 33**).

Parmi les diverses définitions qui existent pour aborder ce concept, on peut citer celle de Cyrulnik (1999), qui le présente comme « la résilience est la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative ». (**Anaut, 2005, P. 33**)

A partir de ces différentes définitions nous constatons que la résilience est un processus qui permet à la personne de mieux gérer, et de mieux s'adapter face à son adversité, elle permet aussi d'évoluer de manière positive pour réduire les effets du stress.

Cela contribue également à améliorer la santé mentale face à des situations difficiles pouvant provoquer des traumatismes et du stress.

### **3. Les concepts apparentés à la résilience :**

Aborder le concept de la résilience implique également d'explorer des notions tels que :

#### **3.1. Pseudo résilience :**

Ou 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 du pseudorésilient.

#### **3.2. L'invulnérabilité :**

Ce concept « 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.

#### **3.3. L'endurance :**

Il fait son apparition en 1967, dans une publication de Maddi. Décrite par Kobasa en 1979, l'endurance caractérise les personnes qui ont le sentiment de contrôler leur vie, qui s'engagent dans les activités qu'elles mènent et qui considèrent le changement comme un défi plutôt que comme une menace.

#### **3.4. La cohérence :**

En situation de stress, les personnes utilisent des ressources dites de résistance généralisée qui facilitent la compréhension du sens des facteurs de stress auxquels elles sont confrontées. Le sens de la cohérence correspond justement au sentiment durable de confiance que ce qui se passe est intelligible, que la personne soumise au stress est capable de gérer les situations rencontrées, qu'aux plans cognitif et affectif les événements vécus ont un sens qui permet de les vivre comme des défis et non pas comme des fardeaux.

#### **3.5. L'épanouissement :**

Il fait référence à quelque chose de plus qu'un simple retour à la situation telle qu'elle était avant l'action du stress. En 1995, O'Leary et Ickovics, qui sont à l'origine de ce nouveau

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

concept, considèrent qu'il s'agit d'une valeur ajoutée: un individu ou une communauté peuvent non seulement survivre ou récupérer après une situation à caractère stressant. Mais peuvent même aller mieux qu'avant, peuvent s'épanouir.

### **3.6. L'adaptation**

Ce concept est comme le souligne Fröhlich, emprunté à la biologie et à la physiologie, et ses expressions sont de complexité croissante, allant des tropismes à l'adaptation sociale. Pour certains auteurs, comme Masten, la résilience fait référence à une adaptation réussie, en dépit du risque et de l'adversité. Dans cette perspective, pour considérer un individu comme résilient, il est nécessaire d'évaluer son niveau d'adaptation, démarche qui soulève la question, très débattue, des critères. (**Cyrulnik & Jorland, 2012**)

### **4. Profil de l'individu résilient :**

L'individu résilient (quel que soit son âge) serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes (**Cyrulnik, 1998**) :

- un quotient intellectuel élevé.
- capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement.
- ayant le sentiment de sa propre valeur.
- de bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie.
- capable d'anticiper et de planifier.
- et ayant le sens de l'humour.

### **5. Résilience et dépendance :**

Ionescu (2011) n'a distingué que la résilience comprise comme un processus à visée adaptative qui, selon nous, correspond le mieux à la réalité clinique des pathologies de la dépendance et nous aide à comprendre à la fois leur installation et leur sortie. Plus précisément, les caractéristiques communes aux personnes résilientes peuvent être classées en trois groupes. Le premier concerne des dispositions liées à la personne elle-même, le second à l'environnement et le troisième aux transactions entretenues entre l'individu et son milieu.

Depuis plusieurs années, Ionescu défend l'idée que les conduites addictives peuvent être considérées à certains égards comme des stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés de la vie, qu'elles soient individuelles ou liées à l'environnement. Assurément, grâce à l'effet magique du produit consommé, l'addiction gomme toutes les failles, le mal-être physique et

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

psychologique, les perturbations de l'image de soi ainsi que les difficultés interpersonnelles. La personne dépendante de substances psychoactives attribue à l'addiction un ou plusieurs rôles dans sa capacité à affronter les événements et les relations interpersonnelles. (**Ionescu, 2011**).

Ainsi, selon les études menées par Ionescu (2011) sur le lien entre résilience et addiction, trois lectures possibles ont été proposées :

- la première est de considérer l'addiction comme un échec du processus de résilience. L'individu n'a pas trouvé les ressources nécessaires pour dépasser les difficultés rencontrées, qu'elles soient individuelles et/ou environnementales. Les personnes qui développent une addiction suite à des situations difficiles, des traumatismes, ne sont donc pas résilientes. Leur addiction signe bien l'échec de la résilience alors que d'autres, ayant connu des événements de même nature, n'ont pas développé d'addiction. Quelques recherches ont tenté d'éclairer ce qui différencie ces personnes. Par exemple, certaines études ont tenté de mettre en évidence des variables distinguant les femmes résilientes des femmes dépendantes aux substances, toutes victimes d'abus sexuel.
- La deuxième considère l'addiction comme une forme paradoxale de résilience conçue comme une étape pour pouvoir continuer à vivre. La consommation de substances deviendrait alors la résilience du pire et serait une sorte de béquille nécessaire pour affronter la vie
- La troisième concerne les personnes qui ont arrêté leur addiction. Dans un premier temps, l'addiction est comprise comme une tentative d'adaptation. Puis, dans un second temps, le plus souvent après plusieurs années de consommation, le sujet souhaite stopper la dépendance aux substances psychoactives. Une période de résilience à la conduite addictive peut être entamée. Il s'agit de reprendre une vie sans dépendance aux substances. (**P. 370**).

La question du lien entre résilience et dépendance est cruciale pour comprendre le processus de dépassement de la dépendance. En fait, vaincre une dépendance ne se limite pas à arrêter la consommation de drogues, mais implique également de porter un regard profond sur soi-même, ses émotions et son environnement. Pour élucider ce processus complexe, il est important d'aborder les mécanismes psychologiques, sociaux et émotionnels qui soutiennent la résilience chez les toxicomanes.

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

C'est dans cette perspective que nous proposons les réflexions suivantes, mettant en lumière des questions telles que la motivation au changement, la gestion des émotions et les facteurs environnementaux dans le cheminement vers la résilience.

L'arrêt de la dépendance repose sur trois questions fondamentales : pourquoi arrêter de consommer, d'où vient la force pour le faire, et comment vivre sans substances. Le discours des personnes dépendantes montre une prise de conscience et une volonté de changement, liée à une évaluation des coûts et bénéfices de leur conduite. Pour certains, l'énergie du désespoir motive un changement radical : « la mort ou la résilience » (**Pédinielli, 2006**). La période post-consommation devient ainsi une nouvelle étape d'intégration des expériences passées.

Actuellement, les facteurs sociaux et environnementaux sont les mieux identifiés dans les mécanismes de résilience, alors que les facteurs individuels restent à explorer, notamment la gestion des émotions. Les troubles émotionnels participent au développement et au maintien des conduites addictives. L'alexithymie, caractérisée par une difficulté à identifier et exprimer ses émotions, est très présente chez les personnes dépendantes.

Fox et al, 2007, ont montré qu'au moment de l'arrêt, la difficulté de régulation émotionnelle et de contrôle des impulsions représente un risque important de rechute.

Les émotions influencent directement la qualité de vie. Dans les addictions, les dimensions plaisir-déplaisir et activation sont perturbées par la consommation. Ainsi, il est nécessaire de comprendre comment les émotions jouent un rôle dans l'arrêt et le maintien de l'abstinence. La résilience pourrait ne pas être envisageable sans un processus d'accès à unerégulation émotionnelle. L'étude combinée de l'expression émotionnelle, des facteurs dispositionnels, situationnels et des processus de changement semble indispensable. Enfin, la définition de la rémission reste à préciser : elle peut signifier une abstinence totale ou un retour à une consommation modérée. (**Ionescu, 2011, P.371**)

### **5.1. La résilience assistée dans le champ des addictions :**

Dans le contexte du rétablissement de la dépendance, la résilience se présente sous deux formes principales : la résilience naturelle et la résilience assistée. Pour mieux comprendre cette dernière, nous nous référons à l'étude d'Ionescu et Jourdan-Ionescu (2006) qui en précisent les caractéristiques et les problématiques.

Selon Ionescu et Jourdan-Ionescu (2006), dans le champ des addictions, certaines personnes nécessitent une aide supplémentaire pour sortir de leur dépendance, au-delà des soins

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

classiques. Cette aide prend différentes formes et constitue ce que l'on appelle la résilience assistée, qui se distingue de la résilience naturelle. Alors que la résilience naturelle désigne un processus spontané sans intervention extérieure, la résilience assistée s'appuie sur les connaissances acquises concernant les facteurs de protection et de résilience pour soutenir les personnes vulnérables. (**Cité par Ionescu, 2011, P.375**)

La résilience assistée repose principalement sur quatre aspects : développer les potentialités des personnes à risque, détecter les ressources présentes dans leur environnement, mettre en place des programmes de prévention, et utiliser des stratégies d'intervention de type maïeutique, favorisant l'émergence des ressources internes du sujet.

Si les déterminants intrapersonnels sont souvent cités comme moteurs principaux du changement, le soutien social (famille, amis, partenaires) est tout autant mis en avant par les personnes dépendantes. La présence d'un tuteur de résilience, souvent dégagé d'un rôle médical ou professionnel, joue un rôle crucial. Ce tuteur, par sa disponibilité et sa connaissance des problématiques de dépendance, accompagne le sujet sans imposer de direction, aidant à l'appropriation de ses propres ressources et objectifs.

Dans ce contexte, l'importance des groupes d'entraide est soulignée. Ces groupes, constitués de pairs ayant vécu des expériences similaires, offrent un soutien accessible et efficace dans la démarche de résilience assistée. Dès 1995, des initiatives comme le modèle Outreach-assisted peer-support (OAPS) ont été mises en œuvre, visant à soutenir les consommateurs marginalisés. D'autres modèles, tel que l'Addiction Trauma Recovery Integrated Model (ATRIM), insistent sur la reconnaissance de la résilience, la reconstruction des protections internes et l'établissement de liens sociaux significatifs.

Toute intervention qui facilite l'autoévaluation, aide à fixer des objectifs réalistes et prend en compte le contexte social de la personne s'inscrit dans la logique de la résilience assistée. De nombreux centres d'accueil et d'hébergement, par leur disponibilité et leur accueil bienveillant, participent également à ce processus.

Par ailleurs, l'efficacité de la résilience assistée reste un domaine à approfondir. Il est important de mieux comprendre le rôle des groupes d'entraide, des communautés thérapeutiques et du soutien familial dans la rupture du lien de dépendance aux substances.

Se baser sur les besoins exprimés par les personnes elles-mêmes et reconnaître leur capacité d'auto-efficacité est essentiel. Les recherches montrent que ceux qui surmontent leur

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

dépendance sans traitement conventionnel mettent en avant leur propre force intérieure et leur capacité à apprendre de leur expérience passée.

Néanmoins, il ne faut pas imaginer que la sortie de l'addiction soit un processus linéaire. Que ce soit dans la résilience naturelle ou assistée, les rechutes font partie du cheminement. Une reprise de la consommation ne signifie pas forcément l'échec de la résilience ; elle peut être perçue comme une étape temporaire dans la reconstruction de soi.

Enfin, pour parler de résilience à long terme, il ne suffit pas d'observer l'abstinence d'une substance. Il est fondamental que la personne ait retrouvé un sens à sa vie, qu'elle ait compris les mécanismes de son addiction et de sa libération, et qu'elle poursuive son développement personnel. Des études comparatives entre différents types d'aides et de trajectoires pourraient ainsi enrichir notre compréhension de ce processus complexe.(Ionescu, 2011)

### **5.2. La résilience toxicomaniacale comme processus en deux temps : résistance et résolvance :**

Bruno Didier (2005), dans ses travaux sur les trajectoires de personnes en situation d'addiction, propose une conceptualisation originale et nuancée de la résilience dans les parcours de dépendance. Selon lui, la consommation de drogues peut être comprise comme une forme de résilience manquée ou incomplète : une tentative de soulagement du mal-être initial, sans pour autant aboutir à un véritable processus de développement personnel.

La métaphore du "tricot" empruntée à Cyrilnik (1999, 2001) illustre bien cette construction chaotique du soi, faite de mailles mal agencées, que la résilience permettrait progressivement de réparer ou de reconstituer.

Didier distingue deux phases dans ce processus : une première phase qu'il nomme résistance, dans laquelle la consommation de psychotropes agit comme un pansement émotionnel face à une douleur psychique ou à un déficit de lien social ; puis une seconde phase, la résolvance, définie comme une résilience plus mature et constructive, qui émerge souvent grâce à une "bonne rencontre" (professionnel, proche, groupe d'entraide). Cette résolvance permet une transformation réelle, en facilitant une adaptation sociale et affective durable.

L'auteur met également en évidence le rôle structurant des groupes d'entraide, comme les Narcotiques Anonymes, qui favorisent une identification positive et le développement de nouvelles compétences relationnelles. Ces espaces offrent aux anciens consommateurs une

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

nouvelle forme de socialisation, souvent ressentie comme une "famille d'accueil", facilitant la réparation narcissique et l'estime de soi.

Par ailleurs, certaines activités artistiques, intellectuelles ou spirituelles apparaissent dans son analyse comme des leviers essentiels de reconstruction. L'humour (Freud, 1928), la création artistique (Monjauze, 1999 ; Changeux, 1994), la quête de sens et la spiritualité laïque sont autant de moyens de sublimer l'angoisse, de suspendre le temps et d'accéder à une nouvelle dynamique existentielle. L'ancienne intensité de la vie sous substance est alors partiellement retrouvée à travers ces formes de dépassement, offrant aux individus une voie d'expression et de réappropriation de soi.

Ainsi, la résilience du sujet dépendant se révèle comme un processus complexe, non linéaire, articulé entre efforts de survie et dynamique de croissance. Elle engage non seulement des ressources internes, mais aussi des médiations extérieures (groupes, art, savoir, spiritualité) permettant une réparation du lien à soi, aux autres et au monde. (**Bruno, 2002**)

### **6. Les facteurs de protection**

Les facteurs de protection sont considérés comme des modérateurs du risque et de l'adversité. Selon Rutter (1990), les facteurs de protection permettent de réduire l'effet d'une situation à risque et ainsi d'éviter les répercussions négatives du risque sur l'individu. Comme les facteurs individuels de vulnérabilité, les facteurs de protection sont de différentes natures, notamment individuelles et environnementales. (**Ionescu, 2011, P. 367**)

De ce fait, La plupart des chercheurs pensent que la capacité de résilience d'un agent implique des facteurs internes tels que la génétique, la cognition et le comportement, ainsi que des facteurs environnementaux à un moment donné. Par conséquent, la même chose changera avec le temps, l'environnement et les différentes épreuves de la vie. Mais on peut constater que tous les domaines qui composent l'environnement quotidien de chacun peuvent y contribuer énormément.

Dans le cadre de cette recherche portant sur la résilience chez les toxicomanes consommant du cannabis, il est essentiel de mettre en évidence les facteurs de protection qui favorisent la résilience chez les individus dépendants aux substances psychoactifs en particulier le « cannabis ».

La majorité des travaux sur ce thème insistent principalement sur les facteurs psychoaffectifs et psychosociaux favorisant la capacité du sujet à s'adapter, à traverser des

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

expériences personnelles plus ou moins douloureuses. Un certain nombre de déterminants impliqués dans la résistance à l'usage de drogues a été ainsi avancé. (**Ionesco, 2011, P. 368**)

### **6.1. Les Facteurs liés à la personne :**

Plusieurs travaux insistent sur un certain nombre de qualités psychologique individuelles tels que :

- L'estime de soi.
  - La confiance.
  - La connaissance et l'épanouissement de ses domaines d'excellence.
  - L'acquisition d'habiletés sociales.
  - La capacité à choisir et à devenir autonome.
  - Une bonne aptitude à résoudre les problèmes.
  - Des stratégies d'adaptation efficaces.
  - L'attachement à un modèle adulte sobre et ne consommant pas de substance.
  - Un niveau d'intelligence élevé.
- La capacité à investir différents domaines d'activité.

### **6.2. Les facteurs liés à l'environnement :**

Selon (Kumpfer et bluth, 2004), un sens aigu de la participation à la famille et l'implication dans celle-ci, c'est-à-dire avoir le sentiment d'être un membre qui compte pour tout le groupe familial et un soutien familial adapté constituerait des facteurs de protection. Mais l'appartenance à un réseau social non consommateur serait lui aussi un bon rempart contre l'addiction. Plus largement, l'implication dans un groupe où la personne aurait un rôle, développerait un sentiment d'appartenance à la communauté, une adhésion à ses valeurs favoriserait une reconnaissance qui constitue un puissant moyen de protection. (**Cité par Ionesco, 2011, P. 368**)

Ces facteurs de protection permettent de repérer d'une part, les capacités des sujets à faire face aux situations de vie difficiles sans avoir recours aux substances et d'autre part, de mieux comprendre les mécanismes d'arrêt de la toxicomanie et de maintien de l'abstinence pour ceux qui ont développé une addiction. (**Ionesco, 2011, P. 368**)

### **7. Les facteurs de Vulnérabilités et de risque :**

Nous aborderons ici les facteurs de vulnérabilité, c'est-à-dire les éléments qui fragilisent l'individu et augmentent sa probabilité de recourir à la consommation de substances psychoactives.

La vulnérabilité se définit comme l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions et rend compte de la variabilité interindividuelle. La vulnérabilité évoque les sensibilités et les faiblesses patentées ou latentes immédiates ou différées et peut être comprise comme une capacité (ou incapacité) de résistance aux contraintes de l'environnement. En sciences humaines, le terme de vulnérabilité (vient du latin vulnera qui veut dire blesser) est employé pour désigner des individus ou des groupes considérés comme vulnérables du fait de prédispositions (génétiques, biologiques ou psychosociales) à la maladie, à un dommage ou à une issue négative. (**Anaut, 2005, P. 13**)

#### **7.1. Les facteurs de vulnérabilité :**

C'est dans ce contexte que le rôle des facteurs génétiques et neurobiologiques a été démontré dans les addictions et constitue une voie de recherche fortement encouragée. Le genre est également l'un des facteurs identifiés. Toutes les études montrent que l'abus et la dépendance aux substances psychoactives (alcool et opiacés) concernent davantage les hommes.

Certains aspects dimensionnels de la personnalité et le tempérament tel que le trait de personnalité « recherche de sensations » développé par Zuckerman (1983), notamment pour les facteurs désinhibition et susceptibilité à l'ennui qui le constituent, ainsi que la dimension « recherche de nouveauté » proposée par Cloninger (1998) sont clairement identifiés et impliqués dans la consommation de drogues.

Concernant la sphère émotionnelle, l'addiction a pu être considérée comme une maladie des émotions dans le sens où la réactivité émotionnelle des individus dépendants serait défaillante. C'est dans ce sens que s'inscrivent les travaux actuels montrant une prévalence élevée des dimensions alexithymiques et anhédoniques chez les personnes dépendantes.

Par ailleurs, l'hyperactivité avec trouble déficitaire de l'attention chez l'enfant est considérée comme un facteur de vulnérabilité. Il en est de même pour l'impulsivité qui est corrélée positivement à l'addiction aux substances psychoactives.

La comorbidité fréquente entre addictions, troubles anxieux et troubles de l'humeur (ou affectifs) a été largement démontrée. Actuellement, on sait que les toxicomanes présentent plus fréquemment des troubles psychiatriques que la population générale et que les individus présentant des troubles mentaux montrent une plus forte appétence pour les drogues. Sur toute la vie, la prévalence d'au moins un trouble anxieux, un trouble panique et une phobie sociale est significativement plus élevée chez les toxicomanes, quel que soit le sexe. Cette prévalence s'aggrave en fonction de l'intensité de la toxicomanie. Enfin, les troubles de la personnalité tels que la personnalité antisociale, la personnalité borderline, la personnalité narcissique mais aussi la schizophrénie constituent des facteurs de vulnérabilité au développement d'une dépendance. (**Ionescu, 2011**)

### **7.2. Les facteurs de risque :**

La notion de risque implique la probabilité de subir un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure. En psychologie, les facteurs de risque sont des variables liées à l'apparition ultérieure de pathologies ou d'inadaptations. Le plus souvent, les recherches en psychologie restent attachées à l'analyse des problèmes et des perturbations des enfants, voire des psychopathologies et ont pour but principal d'essayer de les comprendre en leur attribuant un sens.

Aussi c'est à partir de l'étude de la pathologie individuelle, et éventuellement de celle du groupe d'appartenance, que la psychologie clinique va contribuer à esquisser des pistes en vue d'une prévention fondée essentiellement sur la mise en évidence d'indices ou facteurs de risque pour le devenir des enfants. (**Anaut, 2005, P. 23**)

Les facteurs de risques peuvent être regroupés en plusieurs catégories :

- **Les facteurs liés aux produits consommés** : ils concernent le cadre légal des produits et leur disponibilité, le pouvoir toxicomanogène des substances dont on sait que certaines d'entre elles engendrent, plus rapidement que d'autres, un état de dépendance provoquant des complications sanitaires, psychologiques et sociales. (**Ionescu, 2011, P. 364**)

-**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. (**Anaut, 2005, P. 24**).

- **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

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

(somatique ou psychique), le couple incomplet (mère célibataire), la mère adolescente et/ou immature, le décès brusque d'un proche. (**Anaut, 2005, P. 24**).

**-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, 2005, P. 24**).

Parmi les facteurs de risque les plus connus et les plus courants dans le développement de la consommation de substances et de la dépendance, l'environnement joue un rôle central, en particulier le groupe de pairs. Comme le souligne Serban Ionescu (2011) : « Le groupe des pairs joue un rôle important dans l'initiation et la consommation de substances psychoactives. Le groupe des pairs semble être une sorte de regroupement où l'on partage tout, un besoin de reciprocité autour du produit. La précocité de l'initiation et de la consommation apparaît comme le facteur le plus prédictif de l'abus ou d'une dépendance à la fin de l'adolescence. La période de la vie qui paraît la plus exposée au risque est bien sûr celle de l'adolescence ». (**P. 366**).

Nous constatons alors que la pression sociale exercée par le groupe de pairs peut inciter les gens à essayer la consommation, puis à l'utiliser régulièrement. La fréquentation malsaine, c'est-à-dire le contact avec des personnes qui ont des comportements déviants ou qui consomment régulièrement, peut également constituer un facteur aggravant, encourageant les personnes à adopter des comportements addictifs.

### **8. Les critères de la résilience :**

Rutter (1985; 1996) a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables. Il considère que ces personnes, face à des situations d'impuissance et d'absence d'aide qui accompagnent habituellement des situations de stress et d'adversité, mettent en place d'autres formes de comportements qui font appel à des modes de fonctionnement spécifiques qui prennent appuis sur des mécanismes d'élaboration de la pensée. (**Cité par Anaut, 2005, P. 51**)

Selon Rutter, la personne résiliente concilie trois caractéristiques :

#### **8.1. La conscience de son auto-estime et du sentiment de Soi :**

L'estime de soi pouvant se définir comme l'image que l'individu se forge de lui-même et le sentiment de sa propre valeur se traduisant à travers un ensemble d'attitudes et d'opinions que

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. L'estime de soi recouvre une disposition mentale qui prépare l'individu à réagir selon ses attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelle. Elle indique dans quelle mesure l'individu se croit capable, valable, important, Selon André & Lelord (1999) l'estime de soi comporte trois dimensions: l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. Cette appréciation de l'estime de soi pourra être affectée par les événements de la vie et les expériences individuelles. Elle est donc sujette à variations chez un sujet au cours de son développement. Mais l'amour de soi aidera l'individu à se reconstruire après un échec. (**Cité par Anaut, 2005, P.52.**)

### **8.2. La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité**

Cette caractéristique correspond chez un sujet, à la croyance et à la confiance dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes nécessaires pour y parvenir. L'individu résilient aurait donc tendance à voir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir confiance dans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes de son existence. Le sentiment d'auto-efficacité permet l'anticipation et les projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir les capacités requises pour réussir une tâche déterminée. Ce sentiment rejoint pour partie la confiance en soi.(**Anaut, 2005, P.53**)

### **8.3. Un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux**

Ce dernier point se réfère à l'expérience et à la capacité pour l'individu résilient de s'appuyer sur des expériences personnelles, familiales ou extra-familiales (dans l'entourage proche de l'individu) suffisamment positives, ou reconnues comme telles socialement.(**Anaut, 2005, P.53**)

## **9. Méthode d'évaluation de la résilience :**

Les chercheurs utilisent différentes échelles pour déterminer les critères du fonctionnement résilient et évaluer la résilience.

Parmi les critères les plus souvent retenus par les chercheurs nous pouvons citer les échelles qui permettent d'évaluer :

- Le niveau d'anxiété et de dépression.
- Le niveau de compétence sociale (questionnaires adressés aux parents ou à l'entourage proches).
- La réussite scolaire et intellectuelle.

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

- La symptomatologie clinique.

Les méthodes d'évaluation prennent en compte un ou plusieurs critères dits de résilience (ou facteurs de résilience) qui seront l'objet de cette évaluation. Les protocoles évaluatifs se fondent soit sur l'utilisation de tests ou d'échelles existants, soit sur des questionnaires et des échelles construits spécifiquement.

La méthodologie d'investigation de la résilience peut comprendre des évaluations comportementales, cognitives, ou encore se centrer sur l'évaluation de traits de personnalité ou de troubles psychologiques et/ou psychiatrique

Suivant les cas, et les facteurs retenus, l'évaluation pourra porter sur l'appréciation de capacités ou de compétences (adaptation sociale, estime de soi, Q.I.) relevant de l'utilisation de tests psychologiques ou d'échelles de comportement. Alors que dans certains cas, l'investigation pourra tenter de vérifier l'absence de troubles comportementaux ou psychopathologiques pour attester de la résilience des sujets. Pour les très jeunes enfants un bilan pédopsychiatrique est parfois utilisé.

Du point de vue méthodologique, plusieurs types de médiations ou d'instruments d'évaluation peuvent être utilisés, de manière complémentaire dans le cadre d'une même investigation. De même la passation peut concerner essentiellement les sujets examinés, éventuellement soumis à des questionnaires en auto-évaluations, ou bien prendre en compte les évaluations faites par l'entourage (famille, réseau social, éducatif, les pairs...) et s'appuyer sur des observations croisées.

Nous trouvons également des observations directes sur des terrains cliniques ou des milieux dits naturels (p. ex. l'école) qui peuvent participer à l'évaluation des compétences réputées résilientes.

Nous pouvons remarquer que l'utilisation de telle ou telle méthode et critère(s) détermine la définition de la résilience adoptée par le chercheur et son positionnement théorique. À noter que parmi les médiations répertoriées, l'utilisation des tests projectifs, destinés à l'étude de la structure psychique, commence à être préconisée mais reste encore peu utilisée dans l'approche de la résilience. De Tyche (2001) préconise notamment l'emploi du test du Rorschach pour accéder aux processus intrapsychiques des sujets résilients. (**Anaut, 2011**).

### **10. Application clinique de la résilience :**

#### **10.1. Méthodes de développement des capacités de résilience :**

Les méthodes et pratiques de développement des capacités de résilience concernent trois domaines:

1) l'individu (intrapsychique, personnalité).

2) les comportements.

3) l'environnement relationnel.

Les méthodes d'accompagnement du processus résilient visent principalement à:

-travailler sur les processus individuels défensifs et l'estime de soi

- encourager la réussite dans des domaines qui sont importants pour le sujet (pas forcément académiques et/ou reconnus par le corps social, le cadre scolaire ou professionnel); - l'investigation familiale, afin de travailler sur les potentiels familiaux susceptibles d'aider à la résilience individuelle en appui sur la famille réelle et intériorisée. (**Anaut, 2005, P. 110**)

#### **10.2. Applications éducatives et rééducatives :**

Dans les pays anglo-saxons, nous pouvons relever que c'est principalement dans la perspective théorique d'une résilience étayée sur et par le réseau social, que se situent les tentatives de mise en place de modalités d'aide éducative, voire rééducative, visant à aider les jeunes, ou plus largement les sujets quel que soit leur âge.

L'hypothèse d'une résilience étayée par le réseau social a conduit des praticiens et des chercheurs à explorer les ressources socio-environnementales et à instaurer des méthodes d'aide éducatives. Ainsi, certains cliniciens et éducateurs considèrent que les expériences éducatives et la réussite scolaire doivent être encouragées, comme autant de possibilités pour le jeune de développer des « résistances » face aux situations de l'adversité, aux difficultés de la vie et pouvant pallier les défaillances familiales. (**Anaut, 2005, P. 111**)

#### **10.3. Applications cliniques et psychothérapiques**

Dans une perspective psychodynamique, les chercheurs cliniciens commencent à s'intéresser au fonctionnement psychique de la résilience et à explorer (avec beaucoup de précautions) les possibilités d'aide et d'éventuelles psychothérapies fondées sur ce modèle.

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

Des médiations cliniques éducatives et thérapeutiques fondées sur des techniques comme le génogramme (ou arbre de vie), les récits de vie, le graphisme, les contes et divers supports médiateurs construits à cet effet, sont utilisées. Elles constituent à l'heure actuelle autant de médiations à caractère expérimental, au sens où elles sont en cours d'exploration. Il reste à évaluer leur portée et à valider leur réelle pertinence clinique.

La littérature scientifique concernant la résilience ne cache pas certaines limites de ce processus. Ainsi, il est souvent rappelé qu'un individu réputé résilient ne l'est pas toujours dans toutes les circonstances. Selon Luthar (1993), certains individus peuvent, par exemple, se montrer résilients dans le domaine des compétences sociales mais, cependant, ne pas l'être du point de vue des performances académiques. Cela permet d'expliquer, par exemple, les échecs scolaires chez des individus qui par ailleurs font preuve de bonnes capacités d'intégration sociale et d'un potentiel cognitif tout à fait adéquat. (**Cité par Anaut, 2005, P. 111**)

### **11. Les limites de la résilience :**

Bien que la résilience soit généralement considérée comme un processus positif, elle présente néanmoins certaines limites. Boris Cyrulnik soutient que la résilience n'est pas toujours possible et dépend de diverses conditions. Les limites exposées ci-après sont issues de ses travaux

#### **11.1. Les limites biologiques :**

Selon Cyrulnik (2012) Le fait que l'homme soit soumis à des déterminants génétiques (sexe, couleur des yeux, 7000 maladies génétiques) ne signifie absolument pas que l'homme est génétiquement déterminé. Mille autres déterminants interviendront à leur tour. Pourtant, au commencement était l'alphabet génétique. La génétique moléculaire a découvert que les garçons maltraités porteurs d'un allèle entraînant une forte activité de l'enzyme mono-oxydase A, témoin du transport de la sérotonine (neuromédiateur qui renforce l'humeur), non seulement affrontaient mieux la maltraitance, mais, par la suite, reprenaient plus facilement un bon développement. Les petits transporteurs de sérotonine, face à la « même » agression de coups, d'humiliations ou d'abandon, souffraient de dépressions quatre fois plus nombreuses.

Ceux qui aiment les causalités linéaires ont donc parlé de gène de la résilience, mais ceux qui s'entraînent aux raisonnements systémiques ont appris dans les mêmes publications que les

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

gros transporteurs de sérotonine avaient eu des réactions émotionnelles plus paisibles qui les avaient rendus capables d'aller chercher un soutien affectif nécessaire.

Aucun gène ne peut s'exprimer en dehors de son milieu, et même les maladies génétiques qui provoquent de graves altérations cérébrales subissent l'influence de l'entourage qui aggrave les troubles ou les diminue. Un gros transporteur de sérotonine, isolé affectivement après la maltraitance, souffrira quand même de graves troubles du développement. Et, quand un petit transporteur, effondré par la « même » maltraitance, parvient à rencontrer un soutien affectif, il manifestera envers lui un hyper attachement anxieux capable de déclencher un processus résilient. Dès le début du développement, ce qui limite la résilience, c'est l'isolement sensoriel, la carence affective des premiers liens, bien plus que les déterminants génétiques. (**cyrulnik, Gérard, 2012, P. 193**)

### **11.2. Les limites psychologiques :**

En termes de résilience, les limites psychologiques déterminent le niveau de stress et de difficulté qu'une personne peut supporter. Lorsque ces facteurs sont dépassés, certains mécanismes s'activent pour protéger l'équilibre psychologique et favoriser l'adaptation. D'autre part, d'autres facteurs peuvent ralentir cette adaptation et empêcher la reconstruction.

D'après les études de Boris cyrlnik 2012 « Les mécanismes de défense qui facilitent la résilience sont clairement identifiés: la mentalisation semble le plus précieux, mais aussi la sublimation et l'humour qui permettent l'expression des émotions douloureuses sans provoquer le rejet ou la condescendance ». (**Cyrulnik, Gerard, 2012, P. 198**)

D'autres modes de défense empêchent la résilience: l'agressivité qui repousse les autres, la régression qui mène au renoncement, l'hypocondrie qui se trompe d'explication ou le refoulement qui protège en provoquant des conduites coûteuses, apparemment irrationnelles.

Certains mécanismes de défense, momentanément protecteurs, peuvent entraver la résilience. Le refuge dans la rêverie permet d'éviter la souffrance infligée par le réel et, de ce fait, empêche de l'affronter. Quand le réel est insupportable (déportation, isolement des prisonniers, perte ou deuil), la vie mentale est moins douloureuse grâce à cette défense, mais, quand ce procédé persiste et coupe le sujet de la réalité, il peut mener à la mythomanie ou au délire.

Le déni est le mécanisme de défense le plus habituel. Il fonctionne comme un plâtre sur une jambe cassée. Si l'on fait marcher trop tôt le blessé, on agrave sa fracture, on ne

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

provoque que de la souffrance. Le plâtre protège et permet un début de cicatrisation, mais on ne peut pas passer sa vie avec un plâtre. Une cohorte de traumatisés après les guerres du Proche-Orient a été suivie pendant plusieurs années. Ceux qui ont bénéficié du déni n'ont pas souffert, ils ont bien dormi et fait des projets de retour à la paix. Ceux qui n'ont pas pu maîtriser l'émotion d'effroi provoquée par la guerre ont souffert de syndromes psycho-traumatiques. Dix ans plus tard, le groupe « déni » a donné plusieurs évolutions différentes. La plupart des traumatisés déniant, se sentant plus forts et bien soutenus par leur entourage, ont pu évoquer les dégâts et les affronter. D'autres, isolés avec le trauma dans la mémoire, l'ont vu resurgir « comme si ça venait d'arriver ». Certains ont évolué vers un véritable clivage qui altérait les relations et les représentations de soi. (**Cyrulnik & Gérard, 2012, P. 199.**)

De ce fait nous relevons que le déni est un mécanisme de défense qui est initialement protecteur face au traumatisme, peut faciliter et faire avancer la reconstruction s'il est temporaire, mais il peut devenir aussi pathogène s'il persiste dans l'isolement.

### **11.3. Les limites sociales et relationnelles :**

La plupart des auteurs s'accordent pour estimer que les individus ne sont pas résilients à tout et tout le temps. Ces chercheurs considèrent que la qualité de la résilience s'appuie sur les expériences relationnelles et les possibilités de nouer des liens; ce qui lui confère un caractère variable selon les individus et chez un individu. Cependant, des différences de conception entre les chercheurs apparaissent concernant l'impact des premières expériences relationnelles d'attachement et des possibilités de réaménagements ultérieurs des liens primaires. Certains auteurs postulent que toutes les premières expériences relationnelles précoces, le plus souvent avec la mère, sont primordiales. D'autres allèguent que les liens affectifs et/ou d'attachement sont en interactions constantes avec l'environnement et peuvent connaître des influences plus tardives liées à des relations affectives éventuellement extra-familiales notamment en appui sur le réseau social. Cyrulnik (1999) s'inscrit, quant à lui, dans la prise en compte de l'historicité du sujet en affirmant ce qui détermine la qualité de la résilience est la qualité du lien qui a pu se tisser avant le trauma et tout de suite après. (**Anaut, 2005, P. 115**)

### **Conclusion du chapitre:**

Tout au long de ce chapitre, nous avons mis en évidence l'évolution du concept de résilience, depuis ses origines psychologiques jusqu'à son développement dans d'autres disciplines. Cette exploration théorique permet de mieux comprendre les mécanismes internes

## **Chapitre II : La résilience : fondements théoriques et applications cliniques**

---

et externes qui soutiennent les processus de résilience. Ces fondements fournissent un cadre d'analyse pertinent pour étudier les parcours des toxicomanes et les facteurs qui facilitent leur rétablissement.

# *Partie pratique*

# *Chapitre III*

## *La méthodologie de la recherche*

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

### **Préambule :**

La méthodologie de recherche est l'épine dorsale de toute recherche scientifique et afin de mener la recherche de manière efficace et adaptée aux objectifs de recherche, il est d'abord nécessaire d'expliquer en détail la méthodologie de la recherche en montrant les méthodes et les outils utilisés.

Dans un premier temps, nous commencerons par l'exposition du déroulement de la pré-enquête ainsi que celui de l'enquête principale, en soulignant les étapes successives du travail de terrain.

Ensuite, nous présenterons le contexte de notre étude, y compris le cadre de l'étude et les critères d'inclusion et d'exclusion du groupe d'étude.

Enfin, Nous décrirons également la méthode et les outils utilisés pour collecter les informations nécessaires et analyser les données. Nous conclurons ce chapitre par une synthèse des points essentielle du chapitre.

### **1. La pré-enquête :**

Elle s'agit d'une étape préliminaire avant de réaliser une recherche sur le terrain.

A ce stade de l'étude, nous avons recueilli toutes les informations nécessaires pour que notre étude se déroule sans encombre et sans rencontrer d'obstacles majeurs. Dans cette optique, nous avons également pris des notes précises sur les particularités des consultations médicales pour les personnes en situation de dépendance, tout en évaluant la faisabilité de trouver l'échantillon nécessaire à l'avancement de notre travail sur la résilience chez les toxicomanes en particulier ceux qui consomment du cannabis.

La pré-enquête a été essentielle pour formuler des hypothèses solides, fiables, bien documentées, enrichies et fondées sur des arguments clairs. Comme le souligne **Edith Salès-Wuillemin (2006)** « Elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global (sociologique, économique, historique, psychologique) et de formuler des hypothèses générales. Bien que cruciale, cette étape est peu formalisée. Tous les supports ou moyens d'information accessibles sont exploités, il peut ainsi s'agir de réaliser une observation directe ou de mettre en œuvre une méthode documentaliste ». (**P. 45**)

Ainsi, grâce à cette approche, nous sommes en mesure d'intégrer tous les facteurs pertinents dans notre réflexion et d'utiliser les différentes sources d'information disponibles

### **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

pour affiner nos hypothèses. Cette approche nous a permis de mieux comprendre le phénomène étudié et a fourni une base solide pour le reste de nos recherches.

Nous avons mené notre étude au sein de l'hôpital psychiatrique EHS de Oued Ghir, Bejaia, dans le service adulte, du 8 février 2025 au 24 mars 2025, pour une période de 45 jours.

Dès notre arrivé, nous avons été chaleureusement accueillies par Monsieur KHEIREDINE Amine, coordinateur du service de psychologie adulte, à qui nous avons présenté notre demande ainsi que nos objectifs. Il a répondu favorablement à notre requête avec bienveillance. Après avoir obtenu son accord et signé la lettre d'envoi remise par le département, nous avons immédiatement débuté notre pré-enquête.

Le premier jour de notre stage, nous avons été accueillies par deux psychologues, Monsieur DJAMAOUNE et Madame MENSSOUR, qui ont pris en charge notre intégration. Ils nous ont fait découvrir les locaux, nous ont présentées au personnel, et nous ont guidées à travers le terrain de la recherche. Nous avons également pris l'opportunité de nous présenter en tant que psychologues stagiaires, dans le cadre de notre étude pour la rédaction de notre mémoire de fin de cycle.

La période de la pré-enquête été une étape importante pour consolider notre sélection de sujets et affiner notre approche. En ciblant plus précisément notre population d'étude, cela confirme la pertinence de nos recherches axées sur « la résilience chez les toxicomanes dépendants au cannabis ».

Au cours de cette phase, des observations et des rencontres ont été menées avec des patients dépendants aux substances psychoactifs, de différents âges, en dehors du cadre de la cure, dans un jardin en plein air, pour créer un environnement détendu, non médicalisé et moins stigmatisant. Ce cadre naturel favorise une atmosphère de confiance, aide les patients à s'exprimer plus librement, et permet d'observer les comportements dans un contexte plus proche de leur quotidien, en dehors des contraintes institutionnelles. Tous ont accepté de participer à l'étude, et certains se sont même portés volontaires pour témoigner. Ce retour positif renforce la légitimité de notre travail et souligne le réel intérêt que suscite cette problématique. Nous accordons une attention particulière au respect des principes éthiques, notamment l'anonymat et la confidentialité des communications.

Les données recueillies au cours de ces rencontres nous ont permis de définir avec précision les critères d'inclusion, tout en validant les outils retenus pour la recherche : le guide

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

d'entretien semi-directif et l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-25), choisis pour leur pertinence et leur fiabilité dans le cadre de cette étude.

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

L'établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie (Hôpital psychiatrique d'Oued Ghir) est situé à Oued Ghir, Wilaya de Bejaia en Algérie, inauguré par Ahmed El Touhami le wali de la wilaya de Bejaia le : 23/08/2019.

**L'Hôpital dispose de deux services principaux :**

- **Psychiatrie adulte** : avec une capacité d'accueil de 120 lits, elle possède quatre unités, à savoir :

**Unité d'hospitalisation :**

- Hospitalisation Homme
- Hospitalisation femme
- Urgences psychiatriques et consultations.

- **Pédopsychiatrie** : ce service offre que des consultations pédopsychiatriques sans hospitalisation.

**Activité disponible :**

L'EHS d'Oued Ghir met à disposition une variété de prestations, notamment :

- Hospitalisation
- Consultation d'urgence
- Ergothérapie (réhabilitations)
- Enseignement, formation (médecins, résidents, paramédicaux, psychologue, orthophoniste).

### **3. La méthode de recherche :**

#### **3.1. La méthode clinique :**

La méthode clinique répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations (l'observateur est partie intégrante de l'observation), à la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse. Tout être humain

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. (**Bénony et Chahraoui, 2003, P. 10**).

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. L'analyse des productions en provenance de ces outils est largement diversifiée puisqu'il peut s'agir d'analyse de contenu, d'analyse psychopathologique, d'analyse normative, d'analyse perceptivo-cognitive, etc. (**Bénony et Chahraoui, 2003, P. 11**).

À partir de cela, nous comprenons que les méthodes cliniques sont fondamentales dans le domaine de la psychologie, en particulier lorsqu'elles abordent des phénomènes subjectifs tels que notre sujet de recherche : la résilience chez les toxicomanes au cannabis. Cette approche nous a permis de mieux comprendre les expériences des sujets, d'acquérir une compréhension détaillée de leurs réalités psychologiques actuelles et futures, en tenant compte de leurs histoires personnelles, de leurs environnements proximaux et distaux et de leurs relations au monde. Cela nous aide également à mieux comprendre les facteurs qui influencent la résilience de ces patients, révélant les dynamiques internes et externes qui soutiennent ou entravent leur capacité à faire face aux situations difficiles et à se reconstruire.

### **3.2. L'étude de cas :**

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu.

Selon Dana Castro (2009) « les études de cas ont un rôle majeur dans le développement des pratiques psychologiques et dans la formation des praticiens. Car, en effet, elles agissent comme des puissants médiateurs entre la pratique de la psychologie clinique et les aspects théoriques de la discipline.

À travers la présentation d'une étude de cas, le praticien explique, comment, à sa manière personnelle, il/elle lie sur le terrain de ses interventions modèles conceptuels et modalités d'intervention ». (**Cité par Schaulder, 2012, P. 04**)

**Pour Claude Revault d'Allonnes (1989)** « l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique » (**cité par Schaulder, 2012, P. 04**)

De ce fait, l'approche par études de cas nous permet d'explorer en profondeur la résilience chez les toxicomanes consommateurs de cannabis en analysant leurs parcours individuels, leurs mécanismes de défense, et leurs relations interpersonnelles. Elle nous aide à comprendre les facteurs personnels et sociaux qui influencent leur capacité à surmonter la dépendance, en identifiant des leviers de protection comme le soutien social et des obstacles comme la stigmatisation. Grâce à différentes méthodes comme l'entretien cliniques, tests et les échelles d'évaluations, cette approche approfondit notre compréhension de la résilience et nous permet de personnaliser les interventions thérapeutiques en fonction des spécificités de chaque individu.

### **4. Groupe d'étude et ses caractéristiques :**

Notre étude a été menée auprès d'une population présentant une dépendance au cannabis. L'échantillon sélectionné était composé de sept participants rigoureusement sélectionnés sur la base de critères spécifiques que nous développerons dans la section suivante. Ce choix méthodologique nous a permis de constituer un groupe pertinent pour explorer en profondeur la dynamique de résilience dans ce groupe d'étude :

#### **4.1. Critères d'inclusion :**

La sélection de notre échantillon a été basée sur des critères de sélection clairement définis, visant à assurer la cohérence de notre méthodologie et la pertinence des données collectées. Ces critères sont détaillés ci-dessous :

- Patient dépendant au cannabis diagnostiqué par un professionnel de santé (psychiatre ou psychologue).
- Adulte âgé à partir de 19 ans.
- Sexe masculin : L'étude se concentre exclusivement sur les hommes pour éviter les biais liés aux différences de genre dans les comportements de dépendance et de résilience
- Le patient n'est pas atteint d'une maladie chronique ou grave (consultation de dossier médicale)

### 4.2. Les critères d'exclusions :

- Les polytoxicomanes : ceux qui consomment plusieurs substances psychoactives par exemple : (cannabis et prégalbaine). Car ils introduisent des facteurs confondants qui compliquent l'analyse spécifique.
- Patients dépendants aux : (alcool, prégalbaine, cocaïne).
- Le sexe féminin : exclusion des femmes pour assurer une homogénéité du groupe étudié.
- Les adolescents et les personnes âgées car les mécanismes de résilience et les effets du cannabis varient selon les étapes de la vie
- Pathologie psychiatriques sévères : présence de troubles comme la schizophrénie ou un trouble bipolaire en phase aiguë, susceptibles d'altérer la validité des repenses ou l'interprétation des données.

Le tableau suivant présente les principales caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à notre étude. Il s'agissait notamment de noms fictifs donnés aux cas, de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau d'éducation, de l'âge au début de la consommation de cannabis et de la durée de la consommation de cannabis :

**Tableau N°03 : Présentation du groupe d'étude**

Participant	Age actuel	Situation familiale	Profession	Age au début de consommation	La durée de la consommation
<b>P01</b>	32 ans	divorcé	Commençant	26 ans	6 ans
<b>P02</b>	24 ans	Célibataire	étudiant	19 ans	5 ans
<b>P03</b>	24 ans	Célibataire	plombier	18 ans	6 ans
<b>P04</b>	38 ans	Marié	Sans emploi	24 ans	13 ans
<b>P05</b>	20 ans	Célibataire	Vendeurs	18 ans	1 an et demi
<b>P06</b>	35 ans	Célibataire	Barman	15 ans	20 ans

La lecture de ce tableau met en lumière la diversité des profils sociodémographiques et des trajectoires de consommation des participants, apportant une profondeur significative à l'étude de la résilience chez les usagers de cannabis. L'âge des patients interrogés s'échelonne

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

de 20 à 35 ans, avec un début de consommation situé entre 15 et 26 ans, traduisant une initiation majoritairement précoce, souvent à une période déterminante du développement personnel.

La majorité des participants sont célibataires, il donc être comme un facteur qui reflète une certaine vulnérabilité en matière de soutien affectif et social. Leur situation professionnelle est également variée : certains occupent un emploi, d'autres sont sans activité ou encore en cours d'études. Cette diversité reflète une pluralité de contextes de vie, susceptibles d'influencer de manière différenciée les mécanismes de résilience face à l'addiction.

La durée de consommation, comprise entre 4 ans et demi et près de 20 ans, permet d'explorer différentes temporalités de l'usage et leur impact potentiel sur les parcours de résilience. Il convient enfin de souligner que l'ensemble des données a été recueilli et analysé dans le strict respect des principes éthiques de la recherche clinique, assurant l'anonymat et la confidentialité des participants.

### **5. Les outils de recherche :**

Pour réaliser notre étude sur « L'étude de la résilience chez les toxicomanes » nous avons utilisé deux outils, dans le but de recueillir le maximum de données concernant notre thème de recherche, ces outils sont les suivants :

- L'observation clinique
- L'entretien semi directif
- L'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-25)

#### **5.1. L'observation clinique :**

Le mot « observation » affirme l'idée d'extériorité ; il vient du latin « ob »(en face, à l'encontre) et « servare » (regarder, protéger, conserver) et possède plusieurs sens : se conformer à, respecter une loi, légère remontrance, remarquer, porter son attention, et procédé logique à l'aide duquel on constate toutes les particularités d'un phénomène, sans le troubler par l'expérimentation.

L'observation est l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue, donc coupe, de l'ensemble. (**Pedinielli, Fernandez, 2020, P. 14**)

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

Selon De Ketele et Rogiers (2016) Elle est un « processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence, orienté vers un objectif terminal ou organisateur et dirigé vers un objet pour en recueillir des informations » (**Cité Par Pedinielli, Fernandez, 2020, P. 14**)

Pedinielli (2016) et Chahraoui et Benony (2003) ont désigné que l'observation est de « relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs, afin de leur donner un sens en les situant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé » (**Pedinielli, Fernandez, 2020, P. 15**)

L'observation, en tant que méthode qualitative, a constitué un outil précieux dans le cadre de notre étude sur la résilience chez les toxicomanes consommateurs de cannabis. Elle a permis de recueillir des informations implicites, souvent non verbalisées, sur les comportements, les attitudes et les interactions des participants au sein des structures de soin. En observant les gestes, les silences, les réactions émotionnelles ou encore la manière dont les sujets interagissent avec leur environnement ou avec le personnel encadrant, cette méthode a enrichi la compréhension des mécanismes de résilience à l'œuvre.

Elle a également permis de confronter les discours recueillis lors des entretiens aux comportements observés, renforçant ainsi la validité de l'analyse. Cette immersion a offert une perspective plus nuancée et humaine de la problématique, tout en respectant les principes éthiques liés à la confidentialité et à la non-intervention.

### **5.2. L'entretien clinique de recherche :**

L'entretien clinique permet l'accès aux représentations les plus personnelles des sujets : histoire, conflits, représentations, croyances, rêves, événements vécus, etc. C'est un outil irremplaçable dans le domaine des sciences humaines et encore davantage dans celui de la clinique où il s'agit de comprendre l'origine de différentes psychopathologies et d'appréhender le fonctionnement psychologique. (**Bénony, Chahraoui, 1999**)

Selon Blanchet (1987), 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 favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B. (**Bénony, Chahraoui, 1999, P. 64**)

L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication). (**Bénony, Chahraoui, 1999, P. 64**)

Dans notre étude sur la résilience chez les toxicomanes en particulier les consommateurs du cannabis, l'entretien clinique nous a beaucoup aidés à comprendre certains effets de la consommation sur le corps et le mental. Grâce à ces entretiens, nous avons pu écouter les récits de vie des participants, repérer les moments de stress, de souffrance ou de changement, et voir comment leur corps et leur esprit y ont réagi. Cela nous a permis d'établir une corrélation entre leur vécu subjectif et leurs capacités d'adaptation, et certaines réactions de leur corps, comme le dérèglement hormonal souvent causé par la consommation de drogues. L'entretien nous a donc aidés à recueillir des informations précieuses, à la fois sur le plan psychologique et biologique.

### **5.2.1. L'entretien semi-directif :**

Pour effectuer notre étude nous avons adopté l'un des types d'entretien qui est l'entretien semi directif qui nous a permis de formuler des questions claires, ciblées et approfondies à l'aide d'un guide d'entretien, encourageant ainsi le sujet à s'exprimer librement. Cela a facilité la collecte de données riches et nuancées, et nous a permis d'obtenir un premier éclairage sur la résilience des personnes dépendantes au cannabis.

L'entretien semi-directif est une technique de recueil de données très largement utilisée dans la recherche qualitative en sciences sociales.

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

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive: il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (**Bénony, Chahraoui, 1999, P. 16**)

Le guide d'entretien que nous avons appliqué est composé de quatre axes, chaque axe est comprend des questions principales en lien directe avec notre étude de recherche, ainsi que

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

d'autre question complémentaire visant à recueillir des informations sur les facteurs et les mécanismes influençant la dépendance, ainsi que sur le vécu psychique des personnes toxicomanes.

### **AXE 1. Parcours de vie et contexte personnel**

L'objectif : de comprendre l'environnement personnel, familial et social du patient dans lequel il/elle a grandi.

### **AXE 2. Expérience avec la toxicomanie**

L'objectif : d'explorer la relation du patient avec la consommation du cannabis, les débuts, les motivations et les effets.

### **AXE 3. Les ressources et stratégies de résilience**

L'objectif : identifier les mécanismes de résilience, les ressources internes et externes mobilisées par la personne.

### **AXE 4. Protection et espoir d'un changement**

L'objectif : Comprendre les facteurs de protection perçus par le patient et sa vision d'un avenir possible sans dépendance.

### **5.3. L'échelle de résilience Wagnild et Young (RS-25) (1993) :**

Les premiers travaux allant dans cette direction ont été effectués, à partir de 1988, par Gail Wagnild et Heather Young, de l'École de nursing de l'Université de Seattle, et la première publication concernant leur échelle de résilience date de 1993. Dans l'élaboration de cet instrument, Wagnild et Young sont parties des récits de 24 femmes qui s'étaient bien adaptées, tel que l'indiquaient leur « moral » et leur « niveau d'implication sociale » après avoir vécu des « événements de vie majeurs » (**Ionescu, 2011, P. 64**).

À partir des données ainsi recueillies, Wagnild et Young identifient les cinq composantes suivantes de la résilience :

- **l'équanimité (ou la sérénité)** qui s'exprime par le fait de prendre les choses comme elles viennent, en minorant les réponses extrêmes à l'adversité, par le fait d'avoir une perspective équilibrée de la vie et des expériences qu'elle offre, en étant capable de rester détendu tout en considérant une sphère large de situations;

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

- **La persévérance**, qui consiste à persister malgré l'adversité ou le découragement, à continuer le combat pour reconstruire sa vie, à rester impliqué et à faire preuve d'autodiscipline;
- **La confiance en soi**, c'est-à-dire la capacité à compter sur soi, à reconnaître ses forces et ses limites
- **La capacité à donner du sens**, à réaliser qu'il y a des buts à atteindre dans la vie et qu'on en a déjà atteint certains, qu'il y a des choses pour lesquelles il faut vivre ;
- **La solitude existentielle**, qui correspond à la présence d'un sentiment de liberté et d'unicité, au fait de réaliser que le parcours de vie de chaque personne est unique et que même si certaines situations sont partagées avec d'autres personnes, il y a des situations qu'on doit affronter seul.  
**(Ionescu, 2011, p. 65)**

### **5.3.1. Structure et dimension de l'échelle :**

L'analyse en composantes principales a mis en évidence deux facteurs qui expliquaient 44% de la variance. Le facteur I, dénommé « compétence personnelle », inclut 17 items qui représentent la confiance en soi, l'indépendance, la détermination, la maîtrise, le fait de disposer de ressources pour faire face aux situations difficiles, la persévérance. Quelques exemples d'items peuvent bien illustrer ce facteur:

- « Lorsque je fais des projets, je les mène à terme » (item n° 1).
- « Je peux compter sur moi plus que sur les autres » (item n° 3).  
« Je suis une personne déterminée » (item n° 10).
- « Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir » (item n° 23).
- « J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire » (item n° 24).

Le second facteur, désigné « acceptation de soi et de la vie », est représenté par huit items qui concernent l'adaptabilité, l'équilibre, la flexibilité et une perspective équilibrée de la vie. Ces huit items reflètent l'acceptation de la vie et un sentiment de paix présent malgré l'adversité. Les exemples suivants permettent d'illustrer ce second facteur:

- « Je prends les choses comme elles viennent» (item n° 12).
- « Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire » (item n° 16).
- « Ma vie a un sens » (item n° 21).

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

- « Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle (item n° 22). (**Ionescu, 2011, P. 66**)

### **5.3.2. Consigne et cotation :**

L'échelle de résilience de Wagnild et Young est constituée de 25 items. Les personnes à qui on l'administre doivent noter leur degré d'accord avec l'énoncé de chaque item sur une échelle allant de 1 (« fortement en désaccord ») à 7 (« totalement en accord »). Les scores totaux théoriques vont de 25 à 175, les scores élevés indiquant un niveau plus important de résilience. (**Ionescu, 2011, P. 65**)

Nous avons choisi l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-25) pour effectuer notre recherche, car cet outil nous permet d'évaluer de manière standardisée le niveau de résilience psychologique de chaque participant, à travers plusieurs dimensions telles que la confiance en soi, la persévérance, l'équanimité, la capacité à donner un sens à la vie, ou encore la solitude existentielle. Nous considérons que la résilience joue un rôle fondamental dans le vécu des personnes dépendantes, notamment dans leur manière de faire face aux difficultés, de gérer les rechutes, et de se reconstruire malgré l'adversité. Grâce à cette échelle, nous cherchons à identifier les niveaux de résilience au sein de notre population, à comparer les profils selon certaines variables (âge, durée de consommation, soutien social, etc.), et à mieux comprendre les ressources internes mobilisées ou affaiblies chez ces individus. Ainsi, l'utilisation de l'échelle RS-25 s'inscrit pleinement dans notre démarche de compréhension approfondie des mécanismes de résilience chez les consommateurs du cannabis et complète aussi les données recueilli dans l'entretien semi directif.

## **6. Déroulement de la recherche :**

Lors de notre stage à l'Hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, du 12 février au 26 mars 2024, nous avons eu l'opportunité de découvrir les différents services de psychiatrie, la cure libre et l'isolement. Nous avons visité le service de psychiatrie adulte, où nous avons rencontré des patients hommes souffrant de troubles liés à la dépendance au cannabis.

Avant toute participation, nous avons obtenu le consentement éclairé des patients concernés, après leur avoir présenté de manière transparente le but de notre recherche, les étapes de la démarche, ainsi que les éventuels risques et bénéfices liés à leur implication.

Nous nous sommes présentés devant nos patients de cette manière :

### **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

« Bonjour, nous sommes des étudiantes en Master 02 psychologie clinique nous sommes là pour effectuer une recherche qui s'intitule « l'étude de la résilience chez les toxicomanes particulièrement consommateurs du cannabis » L'objectif de cette étude est de recueillir et d'analyser des données en vue d'aboutir à des résultats pertinents dans le cadre de notre recherche. À ce titre, nous vous invitons à y participer. En cas d'acceptation, vous serez sollicitée pour répondre à un entretien basé sur un guide de questions et à répondre également à une échelle d'évaluation de la résilience, conçue pour mieux comprendre votre vécu et vos stratégies d'adaptation et bien nous allons vous expliquer les procédures en détaille.

Toutes les informations que vous partagerez seront traitées avec la plus grande confidentialité. Aucun nom, ni élément permettant de vous identifier, ne figurera dans les rapports ou publications issus de cette recherche.

Si à tout moment vous vous sentez fatiguée, mal à l'aise ou gênée, vous êtes libre d'interrompre votre participation sans aucune obligation ni conséquence ».

Accompagnés de notre maître de stage, nous avons participé à des activités récréatives avec les patients (baby-foot, cartes, football) tout en adoptant le programme tracé par les psychologues, afin d'établir un climat de confiance et de faciliter les échanges. Cette immersion nous a permis d'observer leur quotidien de manière plus authentique.

La participation spontanée de certains patients à l'étude témoigne de la confiance instaurée grâce à une posture respectueuse, bienveillante et non jugeant.

Après avoir obtenu la confiance et le consentement éclairé des participants, nous avons entamé directement les entretiens avec six patients.

Les entretiens ont été menés au sein du service de cure libre pour hommes, ainsi qu'en isolement dans un bureau calme, afin de garantir un environnement propice à l'échange. Ce cadre confidentiel et apaisant a favorisé des discussions plus détendues et authentiques avec les patients.

À la suite de ces entretiens, nous avons procédé à l'administration de l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-25), dans le but d'évaluer de manière plus structurée les capacités de résilience des participants. Nous avons pris le temps d'expliquer calmement les consignes et les modalités de passation. Pour les personnes ayant des difficultés avec la langue française, nous avons veillé à traduire l'ensemble des questions dans leur langue maternelle, le kabyle, afin d'assurer une bonne compréhension et la fiabilité des réponses.

## **Chapitre III : Méthodologie de recherche**

---

### **7. Difficultés rencontrés**

La réalisation d'une recherche scientifique implique inévitablement des difficultés, qui font partie intégrante du processus de construction des savoirs.

L'une des principales difficultés rencontrées a été la sélection du groupe d'étude, en raison de la forte présence de patients en situation de polytoxicomanie. Beaucoup consommaient le cannabis en combinaison avec d'autres substances, ce qui compliquait l'inclusion de participants correspondant strictement aux critères de la recherche. Malgré tous ces défis, nous avons réussi à avancer dans notre démarche et à obtenir les résultats visés.

#### **Conclusion de chapitre :**

Dans notre étude sur la résilience chez les toxicomanes consommateurs de cannabis, nous avons adopté une approche méthodologique clinique combinant l'étude de cas et l'observation de terrain.

La pré-enquête menée à l'EHS d'Oued Ghir nous a permis de valider nos outils (entretien semi-directif et échelle de résilience RS-25), tout en garantissant leur accessibilité et leur pertinence.

L'utilisation conjointe de ces deux instruments nous a offert une vision croisée et complémentaire des parcours de résilience, alliant profondeur subjective et mesure standardisée. Cette méthode a enrichi notre compréhension des mécanismes internes et externes mobilisés par les patients dans leur processus de reconstruction psychique face à la dépendance au cannabis.

*Chapitre IV :*

*Analyse et*

*interprétation des*

*résultats et discussion*

*de l'hypothèse*

### **Préambule**

Dans la présente partie de ce travail, nous présenterons le cas clinique étudié et analyserons les données recueillies à l'aide d'un entretien clinique et de l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993) pour évaluer les niveaux de résilience des participants. La validité scientifique de ces instruments est largement reconnue et nous a permis de comparer les résultats obtenus avec les hypothèses que nous avons proposées dans le cadre de nos questions de recherche concernant la résilience des consommateurs de cannabis.

### **1. Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle de résilience RS-25**

#### **Patient N° 01 :**

Avant la présentation, nous tenons à préciser que le patient ne maîtrise pas la langue française et s'exprime uniquement en kabyle. Ainsi, nous lui avons expliqué les items de l'échelle de résilience RS-25 un par un, en les traduisant en kabyle, tout en veillant à respecter fidèlement le sens initial de chaque énoncé.

Le patient a lui-même compléter l'échelle en cochant les repères qui correspondaient à sa perception. Il est également important de rappeler que, comme mentionné précédemment, il se trouvait dans un état psychique stable au moment de l'évaluation. L'entretien a duré 32 minutes

#### **1. Présentation et l'analyse de l'entretien semi directif du patient N°01 :**

Le patient N°01 est un homme de 32 ans. Il est l'aîné d'une fratrie composée de trois frères (dont deux plus jeunes) et d'une sœur. Divorcé et sans enfants, il a interrompu sa scolarité en 3<sup>e</sup> année moyenne. Il exerce aujourd'hui le métier de commerçant, une activité qu'il prend au sérieux, bien qu'il ne manifeste aucune réelle passion pour celle-ci. Malgré un contexte familial favorable, un père fortuné, une famille soudée, deux frères vivant à l'étranger, une sœur mariée, un confort matériel important et des voyages fréquents, notamment en Turquie et en France, le patient semble marqué par une profonde tristesse. Une mélancolie constante l'accompagne, comme une ombre fidèle. La consommation de cannabis a débuté chez lui à l'âge de 26 ans.

Lors de notre première rencontre, il s'est montré très timide, silencieux, évitant le regard et fuyant toute question trop directe. Cependant, après quelques minutes d'échange, il a commencé à se détendre progressivement.

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

Il nous a parlé de son enfance, qu'il a décrite comme heureuse et équilibrée. Il nous a confié : « *La seule chose que je veux, c'est revenir en arrière et revivre mon enfance.* »<sup>1</sup> Après avoir prononcé cette phrase, il est resté silencieux pendant un long moment, les yeux baissés, visiblement ému.

Nous l'avons alors interrogé sur les changements qu'il avait ressentis au fil du temps. Il a poursuivi en disant : « *À partir de l'âge de 17 ans, j'ai commencé à me sentir seul. Je me déteste... malgré les efforts de mes parents et le confort dans lequel je vis, je me sens toujours comme si je vivais en enfer.* »<sup>2</sup> Et il a ajouté, d'un ton désabusé : « *La raison... je ne la connais pas* »<sup>3</sup>

Lorsque nous avons abordé la relation qu'il entretient avec ses frères, il nous a répondu : « *Mes frères ont toujours été bien avec moi, gentils, serviables. Ils essaient de m'aider.* »<sup>4</sup> Concernant son entourage social, il a évoqué un vécu d'échec et de trahison : « *Je n'ai pas de chance dans l'amitié... c'est à cause d'eux que je suis ici, que je suis devenu droguiste.* »<sup>5</sup>

Sa consommation de drogue a débuté à l'âge de 26 ans, bien que les premières dérives remontent à l'adolescence, vers l'âge de 17 ans, où il a commencé par consommer du tabac, notamment le snus et les cigarettes. Période influencée par de mauvaises fréquentations. Le cannabis a été la première substance illicite consommée. Cette consommation est progressivement devenue un refuge, puis un piège. Une hospitalisation psychiatrique, à la suite de tentatives de suicide, ont marqué des tournants critiques dans son parcours.

Nous lui avons demandé comment ses parents avaient réagi lorsqu'ils ont découvert sa consommation. Il nous a raconté : « C'est ma mère qui a trouvée du cannabis dans mon sac, elle était choquée mais a caché ça à papa. »<sup>6</sup> Il marque une pause, puis poursuit : « *Malheureusement, il y avait notre voisin, qui a dit à mon père : Ton fils fume et il fréquente des drogués.* »<sup>7</sup>

Après un moment de silence, il a ajouté que la réaction de son père fut la plus douloureuse pour lui : « *Il n'a rien dit... il n'a pas réagi. Il a juste arrêté le contact avec moi. Et il m'a tué, quand il m'a dit : C'est bien dommage... après tout ce que j'ai fait pour toi. Là, j'ai commencé*

---

<sup>1</sup>...« *Lhaja ikel ibghigh, atheqlegh ar theffir wad3iwtheugh ath3ichegh temziynu.* »

<sup>2</sup>...« *Gasmi illa l3emriw 17 sna ibdigh shoussayegh imaniw wahdi, tghouchough l3emriw ghas aken s les efforts yimawlaniw wahid d raha gachu t3ichegh lama3na shoussayegh amaken t3ichegh guel jahenama.* »

<sup>3</sup>...« *Sebba ...u3limghara dachut* »

<sup>4</sup>...« *Ayethma toujours bien yithi, hnininthen, khedmeniyid ayn bghigh tsseyinne ay3awnen.* »

<sup>5</sup>...« *Uss3ighara zher guemdoukal ... 3lajal sen akline dayi 9legh da droguiste.* »

<sup>6</sup>... « *Dima igoufane le cannabis deg saciw, techouqui lama3na tffer deg baba* »

<sup>7</sup>... « *Malheureusement, il yiwen neljariw issinane i baba mik itkeyyif irna itkhallat les droguistes* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

*à me sentir faible, impuissant. J'ai vraiment perdu la confiance de mon père. »<sup>8</sup>* En prononçant ces mots, le patient a commencé à trembler, il bougeait ses pieds nerveusement et transpirait abondamment. Nous lui avons alors demandé s'il souhaitait arrêter l'entretien, mais il a refusé et nous a répondu : « *C'est bon... c'est le moment de parler, de raconter, pour se libérer. J'ai vraiment besoin de ça.* »<sup>9</sup>

Nous avons poursuivi en lui demandant ce qui s'était passé après la réaction de son père. Il nous a répondu : « *Le jour où mon père a découvert tout ça... j'ai fait une overdose pour me suicider, car je n'ai pas pu supporter la réaction de mon père, les larmes de ma mère, et même les regards de mon entourage... c'était comme si j'avais tué quelqu'un* »<sup>10</sup>. Puis, ils l'ont ramené directement aux urgences, et le médecin a demandé une hospitalisation psychiatrique à l'EHS d'Oued Ghir. Et il a ajouté : « *Plus tard, mon père m'a demandé pardon et même toute ma familles.* »<sup>11</sup>

Et pourtant, malgré cette souffrance visible, nous avons perçu en lui une volonté sincère de changer. Il nous a confié : « *À l'avenir, je veux vraiment changer. J'ai eu une expérience ici, à l'hôpital, où les psychologues et les infirmiers m'ont vraiment aidé. Je dois me rétablir et changer, car je ne peux pas revivre l'enfer de l'isolement. Je veux me remarier, et montrer à tout le monde, surtout à mes parents qui ont tout fait pour moi, que je peux réussir et que je ne suis pas faible.* »<sup>12</sup>

En analysant le discours du Cas N°01, on peut voir comment il utilise progressivement des mécanismes de résilience internes et externes pour se libérer de sa dépendance. Il manifeste dès le début un grand tourment associé à un sentiment d'isolement et à une dissolution de son identité : « *À partir de l'âge de 17 ans, j'ai commencé à me sentir seul. Je me déteste... malgré les efforts de mes parents et le confort dans lequel je vis, je me sens toujours comme si je vivais en enfer* », Cela témoigne d'un profond malaise qui ouvre la voie à son parcours d'addiction. Cependant, il démontre aussi un effort de construction identitaire malgré les difficultés, comme il le mentionne avec une certaine mélancolie : « *La seule chose que je veux, c'est revenir en*

<sup>8</sup>...« Uydini ouma dazouh ugreagara meme pas ihbesse kan oghedrara yithi inghayi miydina dommage ayen ikhedmegh l3ajalik dayi bdigh shousayegh imanis faible twarzegh srouhegh vraiment la confiance ni n baba »

<sup>9</sup>...« C'est bon delwe9th adhedregh adahkough adssoufghagh uhwajegh anechta »

<sup>10</sup>...« Asseni gachu ididécouvrri baba anechatiikel khedmegh l'overdose bach asuicidigh laboud uzmirghara ath supportigh la reaction ni n baba wahi d'imetawen n yemma meme lekhzour nelhoumanegh amaken nghigh hed»

<sup>11</sup>...« Asseni gachu ididécouvrri baba anechatiikel khedmegh l'overdosebach asuicidigh laboud uzmirghara ath supportigh la reaction ni n baba wahi d'imetawen n yemma meme lekhzour nelhoumanegh amaken nghigh hed»

<sup>12</sup>... « A l'avenir ynu beghig ath changiagh, dayen, wighed l'expérience dayi g l'hôpital, les psychologues les infirmiers awneniyi mlih, ilq athegagh wath changiagh parce que que uzmirghara ath3iwtheugh ljahenamani n l'isolement. Bghigh ath »iwltheugh zwaj wadesbeynagh, surtout iymawlaniw igkhemen koulech 3la jaliw beli zemregh athnejhegh et machi faible ayleigh »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

*arrière et revivre mon enfance* », révélant une recherche de signification et un effort pour se reconnecter à une perception positive de soi-même.

En dépit de ses problèmes, il démontre une volonté de transformation lorsqu'il déclare : « *À l'avenir, je veux vraiment changer. J'ai eu une expérience ici, à l'hôpital, où les psychologues et les infirmiers m'ont vraiment aidé. Je dois me rétablir et changer, car je ne peux pas revivre l'enfer de l'isolement* », Cela traduit donc une prise de conscience proactive et une motivation dynamique cruciale pour le processus de résilience. Le Cas démontre également une aptitude à exprimer et à gérer la douleur, en particulier lorsqu'il évoque avec émotion la séparation d'avec son père. : « *Il n'a rien dit... il n'a pas réagi. Il a juste arrêté le contact avec moi. Et il m'a tué, quand il m'a dit : C'est bien dommage... après tout ce que j'ai fait pour toi* », sans fuir cette souffrance mais en cherchant à la partager : « *C'est bon... c'est le moment de parler, de raconter, pour se libérer. J'ai vraiment besoin de ça* ». Ce segment démontre un progrès significatif dans sa faculté de faire face à ses blessures. De plus, comme il le met en avant, il reçoit un soutien familial solide. : « *Mes frères ont toujours été bien avec moi, gentils, serviables. Ils essaient de m'aider* » et plus loin : « *Plus tard, mon père m'a demandé pardon et même toute ma famille* », Facteurs qui sont essentiels pour la reconstruction de sa confiance en soi et l'établissement d'une stabilité émotionnelle indispensable à la guérison de la dépendance. Finalement, un soutien institutionnel et thérapeutique se révèle être une zone sécurisante dans son parcours de reconstruction, comme il le confesse : « *Les psychologues et les infirmiers m'ont vraiment aidé* », Cela souligne l'importance du contexte thérapeutique dans le renforcement de sa résilience. À l'issue de cette entrevue, on discerne une vision d'avenir et un plan de vie post-addictif clairement défini : « *Je veux me remarier, et montrer à tout le monde, surtout à mes parents qui ont tout fait pour moi, que je peux réussir et que je ne suis pas faible* », Ce qui représente un outil efficace pour appuyer son engagement dans la transformation.

Par conséquent, au cours de cette entrevue, le patient N°01 illustre parfaitement l'hypothèse selon laquelle les personnes en réhabilitation de leur dépendance utilisent des mécanismes spécifiques de résilience, fusionnant des ressources personnelles (motivation, gestion émotionnelle) et environnementales (soutien familial, assistance thérapeutique), ce qui leur permet de surmonter leur addiction et d'élaborer un nouveau projet de vie.

**2. Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild & Young (RS-25)**

**Tableau N°02 : Résultat du patient N°01**

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Total
1						6		
2				4				
3							7	
4							7	
5						6		
6							7	
7				4				
8							7	
9						6		
10						6		
11							7	
12		3						
13							7	
14							7	
15							7	
16							7	
17							7	
18	2							
19							7	
20							7	
21						6		
22						6		
23			4					
24							7	
25							7	

151

### **Analyse de l'échelle N°01 :**

L'analyse des réponses obtenues par le patient N°01 à l'échelle de résilience donne un score total de 151 sur un maximum de 175, ce qui indique un niveau de résilience élevé.

La majorité des réponses se situent entre 6 et 7, reflètent des mécanismes psychologiques importants, comme l'auto-efficacité (sentiment de pouvoir réussir par soi-même), la confiance en soi, la détermination, et une bonne gestion émotionnelle. Par exemple, dans les items suivant : item 1 « *lorsque je fais des projets, je les mène à terme* », item 10 :« *Je suis une personne déterminée* », ou item 8 :« *Je m'aime bien* », item 4 : « *L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses* » montrent que cette personne a développé des stratégies d'adaptation efficaces face aux situations stressantes. Il semble aussi capable de prendre du recul, de ne pas s'attarder sur les choses qu'il ne peut pas contrôler, et de rester stable émotionnellement dans l'adversité. Cela correspond à la manière d'être qui permet de s'adapter de façon naturelle et stable dans le temps.

Cependant, certains items ont reçu des scores faibles, ce qui signale la présence de quelques faiblesses psychologiques. Par exemple, l'item 12 : « *Je prends les choses comme elles viennent* » a obtenu un score bas (03), ce qui peut indiquer que le patient N°01 n'adopte pas facilement une posture de lâcher-prise ou d'adaptation spontanée et peut être aussi qu'il fait face aux événements de manière plus tendue ou planifiée . . .

Un autre score plus faible (02) dans l'item 18 « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* », ce qui peut signifier une faible confiance perçue en situation de crise. Et c'est possible aussi qu'il y est un manque d'assurance, peur de mal faire, ou tendance à se retirer.

L'évaluation de l'échelle de résilience (RS-25) effectuée sur le patient N°01 met en évidence un haut degré de résilience global, indiquant une aptitude assez robuste à surmonter les défis de la vie. Les résultats obtenus indiquent qu'il possède des mécanismes psychologiques performants tels que l'auto-efficacité, la détermination, une certaine stabilité émotionnelle et une vision optimiste du futur. Ces facteurs indiquant qu'il dispose de ressources internes qui lui offrent la capacité de faire face à des situations stressantes et d'entretenir un sentiment de contrôle sur sa propre existence. Toutefois, certaines facettes demeurent plus délicates, signalant une souplesse réduite face à l'imprévu ou une incapacité à se sentir totalement efficace en situation de crise. Donc, malgré une structure psychologique généralement solide, le profil

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

obtenu souligne la nécessité d'un accompagnement soutenu pour consolider ces zones vulnérables et favoriser un processus de résilience durable et intégré.

En résumé, le participant possède plusieurs facteurs protecteurs de résilience, tels que la confiance en ses capacités, la persévérance, de la détermination et une gestion émotionnelle stable. Cependant, des fragilités ponctuelles sont notées dans la gestion de l'imprévu et la confiance en situation d'urgence qui peut être prise en compte dans un accompagnement psychologique.

### **Synthèse :**

À partir de l'analyse de l'entretien clinique et des résultats obtenus à l'échelle de résilience (RS-25), il apparaît que le patient N°01 dispose de ressources internes solides qui soutiennent son processus de rétablissement. Sur le plan du discours, il exprime une volonté claire de changement, une capacité d'introspection, et une gestion de la douleur émotionnelle à travers le récit de sa rupture avec son père. Ces éléments indiquent une dynamique personnelle orientée vers la reconstruction. Les résultats à l'échelle de résilience confirment cette tendance : il obtient un score élevé de 151/175, avec des réponses fortes sur des items liés à l'auto-efficacité « je mène mes projets à terme », la détermination « je suis une personne déterminée », l'amour de soi « je m'aime bien », et la capacité à garder de l'intérêt pour la vie. Ces indicateurs traduisent une stabilité émotionnelle relative, une confiance en ses capacités, et une posture proactive face aux difficultés.

En complément, le patient mobilise également des ressources externes importantes, qui jouent un rôle de soutien dans sa trajectoire de changement. Il évoque la présence bienveillante de ses frères, la réconciliation avec son père, ainsi qu'un soutien émotionnel familial globalement restauré. De plus, il reconnaît explicitement l'apport du cadre thérapeutique institutionnel : « *les psychologues et les infirmiers m'ont vraiment aidé* ». Ces éléments montrent que l'environnement familial et soignant contribue activement à renforcer sa motivation et sa capacité à se projeter dans l'avenir.

### **Patient N°02 :**

Avant de commencer la présentation, il est important de préciser que le patient N°02 présente une bonne structure cognitive et une intelligence notable. Il s'exprime exclusivement en français lors de l'entretien clinique, ce qui a facilité la passation de l'échelle. En effet, c'est

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

lui-même qui a lu les items, y a répondu et a coché directement sur l'échelle. L'entretien a duré 42 minutes.

### **1. Présentation et l'analyse de l'entretien clinique du patient N°02 :**

Le patient N°02 a 24 ans. Étudiant en troisième année de licence en électromécanique. Célibataire, il vit actuellement avec sa mère dans un cadre familial stable et aisné. Son père est décédé lorsqu'il avait 9 ans, une perte marquante survenue durant l'enfance. Depuis ce drame, son oncle joue également un rôle de soutien actif dans sa vie. Malgré les apparences d'un environnement familial solide, il semble évoluer dans une profonde solitude intérieure.

Lors de notre première rencontre, dans le cadre d'un entretien guidé, le patient s'est montré particulièrement à l'aise. Souriant, en bonne forme physique et manifestement intelligent, il dégageait une attitude posée et réfléchie, propre à celle d'un homme mûr et sage. Il s'exprimait principalement en langue française, avec aisance et clarté. Son comportement calme et respectueux a rapidement instauré un climat de confiance, ce qui nous a permis de conduire l'entretien dans de bonnes conditions. Il a commencé la consommation à l'âge de 19 ans.

Lorsque nous lui avons demandé de nous parler de la nature de son enfance, le patient a d'abord répondu de manière brève et distante : « *C'était comme tout le monde, normal.* » Puis, il a évoqué un moment difficile : « *Après le décès de mon père à l'âge de 9 ans, j'ai commencé à ressentir un sentiment de solitude et de peur.* »

Il a ensuite parlé de son oncle avec beaucoup de reconnaissance : « *Mais il y a mon oncle... il a toujours été là pour moi. Il a pris la responsabilité de moi et de ma mère, il s'occupait de tout : les vêtements, la nourriture... Il a toujours été gentil avec moi. Il me ramenait des jouets, on allait au parc pour jouer.* » Il a ajouté : « *Il a presque pris la place de mon père... et jusqu'à aujourd'hui, el hamdoullah.* »

Après ces mots, il est resté silencieux, les yeux pleins de larmes. Puis il a dit, la voix tremblante : « *Je suis chanceux d'avoir un oncle comme lui dans ma vie... ah non, un père comme lui.* ».

D'après ses récits, son adolescence s'est bien passée, sans problème. Il était toujours le premier de sa classe, que ce soit à l'école primaire, au CEM ou au lycée. Son oncle était toujours fier de lui et le défendait devant toute la famille, et surtout devant les gens de son village, qui disaient souvent qu'un garçon sans père était voué à mal tourner. Il ajoutait : « *Je suis peut-être le seul à avoir vécu une adolescence dans de bonnes conditions et sans aucun problème.* ».

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

C'est à l'âge de 19 ans, alors qu'il vivait en résidence universitaire, que ce jeune homme a expérimenté pour la première fois la consommation du cannabis. Il se souvient encore de cette période avec un mélange de regret et de mise en garde. Ou il a avoué : « *Si vous êtes étudiante, faites attention. Je ne veux pas que vous tombiez dans le même piège que moi.* »

Lorsqu'on lui a demandé comment tout avait commencé et ce qui l'avait poussé à franchir cette étape, il a pris un moment avant de répondre. Sa voix était calme, presque résignée : « *Je viens d'une famille stable. Mon oncle a toujours été là pour moi, il m'a tout donné. Ma mère aussi a fait de son mieux* ». Depuis le décès de son père, il éprouve un profond sentiment de solitude, qu'il exprime à travers ses comportements ses paroles disant : « *Mais depuis la mort de mon père, ce sentiment de solitude ne m'a jamais vraiment quitté. J'ai grandi avec ce vide, sans jamais réussir à le combler. Je n'ai jamais été vraiment heureux. Je suis resté seul, sans amis proches. Je fuis les contacts, je passe mon temps enfermé, perdu dans les jeux vidéo. C'est cette solitude, je pense, qui m'a poussé à essayer ce poison.* »

Il a évoqué aussi un réseau bien connu dans la résidence : un groupe de jeunes filles qui fumaient et vendaient du cannabis. Parmi elles, l'une avait tenté de se rapprocher de lui.

Il confie «*Je n'avais jamais eu de relations, ni d'amis. Alors, quand j'ai voulu me rapprocher de quelqu'un, je me suis retrouvé entouré de personnes qui avaient déjà sombré. C'était un groupe de filles à la dérive, qui consommaient toutes sortes de substances. Et ce sont elles, oui, qui m'ont poussé à fumer pour la première fois.* »

Il explique qu'au départ ces produits lui procurent une sensation de soulagement temporaire, une impression d'évasion face à son ennui et à sa tristesse intérieure. Toutefois, cette « paix » fugace fait vite place à un besoin récurrent, renforçant peu à peu son isolement et sa dépendance psychique. Le patient explique : « *Bahh, c'était stimulant wooow j'ai adoré, et satisfaisant, ça couvrait ce sentiment de solitude que je portais en moi depuis l'enfance.* » Puis il poursuit, avec un ton plus sombre, «*Mais avec le temps, c'est plus pareil... olala, mon corps en redemandait tout le temps. J'étais obligé d'augmenter les doses. Sans ça, je tremblais, j'étais en panique, stressé de ouf... c'était super dur à vivre.* »

Quand sa famille a appris qu'il fumait du cannabis, ce fut un moment très difficile. Ils étaient tous profondément déçus, surtout sa mère, qui n'a pas pu retenir ses larmes, et son oncle, qui lui avait toujours montré confiance et fierté. Ce dernier lui a dit avec beaucoup de peine : « *Pourquoi tu as fait ça ? Tu vas donner raison à ceux qui disent que tu es faible.* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

Mais lui, il n'a rien ressenti. On disant : « *Ses mots ne m'ont pas touché c'était comme si mon cœur était devenu dur, comme de la pierre*»

Pourtant, malgré la douleur, sa famille est restée près de lui. Ils ne l'ont pas laissé seul. Avec le temps, ils ont continué à l'accompagner, à l'encourager, même sans parler. Leur présence l'a aidé, peu à peu, à tenir le coup.

Ainsi, le patient a réussi à arrêter la consommation de cannabis pendant plusieurs mois, grâce au soutien constant de sa famille. Sa mère et son oncle l'ont beaucoup aidé. Ils l'ont inscrit dans une salle de sport pour qu'il puisse se dépenser et s'occuper l'esprit. Peu de temps après, il a même trouvé un emploi dans un domaine qu'il aime particulièrement : le commerce en ligne. Il achetait et revendait des produits sur internet, et cela lui plaisait vraiment.

Pendant tout ce temps, il n'était jamais seul. Sa mère et son oncle veillaient sur lui, l'entouraient et l'encourageaient. Mais un jour, pour la première fois depuis des mois, il s'est retrouvé seul à la maison. Tout était calme. Trop calme. C'est alors que les pensées sont revenues. Il a commencé à repenser au cannabis, à la sensation qu'il lui procurait. Il a essayé de résister, mais il n'a pas pu.

Pris dans l'envie, il a fini par appeler la fille qui lui en avait fourni autrefois, et lui a demandé de lui en ramener. Elle a accepté tout de suite. Dès la première cigarette, il s'est senti bien, presque euphorique. Et disait « *Je me sentais comme si j'étais au paradis* ».

Mais cette sensation l'a rapidement emporté. Il n'a pas réussi à s'arrêter. Il a continué à fumer, encore et encore, jusqu'à la septième cigarette. Puis, il s'est évanoui.

Il a été transporté d'urgence à l'hôpital. Après un premier passage aux urgences, il a été transféré à l'hôpital d'Oued Aïssi. Là, les médecins ont décidé de l'orienter vers l'établissement spécialisé en santé mentale de l'EHS de Oued Ghir, pour une prise en charge plus adaptée.

En parlant de son avenir, il dit qu'il espère sortir de l'hôpital le plus vite possible pour reprendre son travail et ses études à l'université. Il avoue avec tristesse : « *Quand je vois tous ces infirmiers et même les stagiaires qui ont le même âge que moi, je deviens jaloux.* » Il se demande : « Pourquoi je ne suis pas comme eux ? Pourtant, j'ai une bonne situation, j'ai un oncle qui m'aide. » Il insiste avec espoir : « *Je dois me reconstruire, recommencer à zéro et m'éloigner de ce poison.* » Enfin, il ajoute : « *J'ai envie de devenir un homme responsable et je voudrais reprendre mon travail et de créer ma propre entreprise, je suis prêt à faire tout pour réaliser ça.* ».

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

L'étude du discours du patient N°02 révèle une profonde douleur intérieure, associée au deuil anticipé de son père et à un sentiment d'isolement constant, malgré un cadre familial stable et prévenant. Il semble que ce manque affectif non résolu ait été déterminant dans l'usage du cannabis comme moyen d'évasion émotionnelle, validant ainsi une tentative de gestion personnelle de son trouble psychologique. En dépit des apparences d'un parcours éducatif et familial réussi, il révèle une solitude profonde existentielle persistante : « *Depuis la mort de mon père, ce sentiment de solitude ne m'a jamais vraiment quitté* » Cela met en évidence une fragilité émotionnelle latente liée à son addiction. Toutefois, ses propos reflètent également une aptitude marquante à activer des ressources internes, notamment une intelligence émotionnelle affirmée, une clarté d'esprit concernant son cheminement et un véritable désir de reconstruction. Cette détermination est évidente lorsqu'il déclare : « *Je dois me reconstruire, recommencer à zéro et m'éloigner de ce poison* », ou encore quand il exprime ses ambitions personnelles et professionnelles : « *J'ai envie de devenir un homme responsable... je suis prêt à faire tout pour réaliser ça* ».

Il reçoit également une forte aide familiale, notamment de sa mère et particulièrement de son oncle, qui joue un rôle paternel fondamental et stabilisant. Ce soutien a souvent soutenu ses tentatives de désintoxication, mettant en évidence le rôle crucial des ressources extérieures dans la construction de sa résilience. Malgré des rechutes, le patient N°02 démontre une aptitude à rebondir, à se questionner sur lui-même et à envisager un futur organisé, témoignant ainsi d'une dynamique résiliente en développement, soutenue tant par des attaches sécurisantes que par une détermination personnelle manifeste.

Le cas du patient N°02 met en lumière une dynamique de résilience en développement, soutenue par l'activation de mécanismes internes et externes face à son parcours d'addiction au cannabis. D'un côté, l'analyse de l'entretien clinique montre qu'il mobilise des ressources internes solides telles que la capacité d'introspection, une volonté affirmée de changement, un sens de l'autonomie, et une vision claire de ses objectifs de vie. Il exprime également un certain sentiment d'efficacité personnelle et une envie de se reconstruire, malgré un passé difficile marqué par le deuil et un isolement affectif.

D'un autre côté, il bénéficie de ressources externes essentielles, notamment un soutien familial constant principalement de sa mère et de son oncle, qui représentent des figures stabilisatrices. Ce soutien semble jouer un rôle central dans sa capacité à envisager un avenir sans drogue et à persévérer malgré les rechutes.

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

L'évaluation par l'échelle RS-25 confirme cette lecture clinique : avec un score de 124/175, il démontre une résilience modérée, illustrée par des scores élevés dans des items liés à la confiance en soi, à l'autonomie et à la perception d'un sens à la vie. Certaines fragilités, comme une faible utilisation de l'humour ou des difficultés à affronter les tâches désagréables, sont présentes mais ne remettent pas en cause son potentiel de rétablissement. Ces éléments suggèrent qu'en mobilisant ses capacités personnelles et son entourage de manière continue, le patient peut construire un projet de vie post-addictif cohérent et durable.

**2. Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild & Young (RS-25)**

**Tableau N°03 : Résultat du patient N°02**

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Total
1				4				
2				4				
3							7	
4					5			
5							7	
6							7	
7				4				
8				4				
9		2						
10							7	124
11				4				
12							7	
13					5			
14							7	
15					5			
16	1							
17							7	
18						6		
19				4				
20	1							
21							7	
22			3					
23				4				
24					5			
25							7	

### **Analyse de l'échelle N°02 :**

Le participant a obtenu un score total de 124 sur un maximum de 175 à l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-25), ce qui correspond à un niveau modéré de résilience. Cette échelle vise à mesurer la capacité d'un individu à faire face à l'adversité, à rebondir après des épreuves et à maintenir un équilibre psychologique.

Ce score indique que la personne dispose de ressources internes relativement solides, mais qu'il existe également certaines zones de fragilité émotionnelle ou comportementale. Un score modéré peut traduire un fonctionnement adaptatif globalement satisfaisant, mais potentiellement instable dans certaines situations stressantes ou imprévues.

À travers l'analyse des réponses, les scores élevés (6 ou 7) sur certains items qui reflètent des mécanismes psychologiques qui indiquent une forte capacité de résilience. Ces affirmations traduisent une autonomie marquée, une confiance en soi et un sentiment d'efficacité personnelle face aux difficultés, comme les Items suivants tel que l'item 03 : « *je peux compter sur moi plus que sur les autres* », item 05 : « *s'il le faut, je peux me débrouiller seul* », item 06 : « *je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie* ». De plus, le fait qu'il perçoive sa vie comme ayant un sens dans l'item 21 « *Ma vie a un sens* » et qu'il se considère comme une personne fiable sur laquelle on peut compter en cas d'urgence, renforce la possibilité d'être capable de mobiliser ses ressources internes et externes dans les moments de crise.

En revanche, des scores faibles (1 ou 2) sont apparus dans l'échelle comme item 09 « *je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois* » bien que ce score faible puisse signaler un manque de flexibilité ou de confiance multitâche, mais peut-être il peut aussi refléter des qualités comme la prudence, la réflexion, et une bonne connaissance de soi, ou ce patient aime faire les choses une à une, avec sérieux et attention, ce qui peut être un signe de rigueur ou de travail en profondeur. Deux items ont obtenu un score très faible (1) : « *Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire* » et « *Parfois je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou pas* ». Ces résultats suggèrent une faible mobilisation de l'humour et une difficulté à faire face aux obligations désagréables, pouvant refléter un état émotionnel fragile ou une baisse de motivation. Toutefois, ils peuvent aussi indiquer une posture authentique, une écoute de soi, un respect de ses propres limites, et un besoin de cohérence avec ses propres valeurs qui sont des aspects positifs malgré la faiblesse du score.

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

L'évaluation des performances du patient N°02 selon l'échelle de résilience RS-25 indique un score global de 124 sur 175, ce qui reflète un degré modéré de résilience. Ce dernier montre une aptitude généralement appréciable à affronter les épreuves et à conserver une certaine stabilité psychologique, même si certaines faiblesses sont perceptibles dans divers aspects émotionnels et comportementaux. Les notes élevées atteintes sur divers critères indiquent que le patient possède une autonomie solide, un sentiment d'efficacité personnelle et une confiance en soi suffisante pour faire face aux défis. De plus, sa vision du sens de l'existence et sa disposition à aider les autres mettent en évidence une dimension altruiste et projetée qui favorise son processus de résilience. Toutefois, les résultats moins élevés signalent une réduction de la flexibilité émotionnelle, en particulier concernant l'emploi de l'humour comme moyen de protection ou la gestion des tâches exigeantes, ce qui pourrait témoigner d'une sensibilité émotionnelle ou d'une incapacité à s'ajuster à certaines tensions quotidiennes. Bien que ces aspects révèlent des limites, ils peuvent également signaler une forte conscience de soi, une approche authentique et réfléchie envers l'existence, ainsi qu'un profond respect pour ses propres principes. Donc, bien que le profil du patient N°02 soit encore en développement résilient, il présente des possibilités prometteuses pour un soutien qui cherche à améliorer ses faiblesses tout en mettant en valeur ses atouts actuels.

Dans l'ensemble, on peut dire que le profil du participant montre peut être une capacité à faire face aux défis, mais avec des ressources qui demandent à être renforcées.

### **Synthèse :**

À partir de l'entretien clinique et des résultats obtenus à l'échelle de résilience RS-25 (score de 124/175), le patient N°02 présente un profil de résilience modérée, en cours de développement. Ce score révèle une capacité globale à affronter les difficultés, malgré certaines fragilités émotionnelles. Le patient mobilise des ressources internes notables, telles qu'un sentiment d'efficacité personnelle, une bonne estime de soi, un sens de l'autonomie, une capacité d'introspection, et une vision claire de ses objectifs. Ces aspects sont visibles dans son discours où il exprime le désir de devenir un homme responsable et d'entamer une reconstruction personnelle profonde.

En parallèle, il bénéficie de ressources externes solides, notamment le soutien constant de sa mère et de son oncle, qui représentent pour lui des figures affectives stables et structurantes. Leur rôle est essentiel dans l'accompagnement de ses tentatives de

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

désintoxication, contribuant à maintenir une stabilité émotionnelle et à encourager ses efforts de changement.

Cette combinaison de ressources personnelles et relationnelles montre que le patient est engagé dans un processus de rétablissement, avec une réelle volonté de s'éloigner de l'addiction et de construire un projet de vie structuré et sobre

### **Patient N°03**

Le patient que nous allons présenter s'exprime exclusivement en langue kabyle et ne maîtrise pas la langue française. Les entretiens cliniques ont donc été menés en kabyle. Pour la passation de l'échelle, nous lui avons traduit et expliqué chaque item dans sa langue maternelle, et c'est lui-même qui y a répondu. L'entretien a duré 44 minutes

### **Présentation et l'analyse de l'entretien semi directif du patient N°03 :**

Le patient N°01 est un jeune homme de 24 ans issu d'un milieu familial modeste. Il vit avec ses deux parents, un petit frère atteint de trouble du spectre de l'autisme, ainsi que quatre sœurs, dont deux sont mariées et deux autres poursuivent leurs études à l'université. Ayant atteint le niveau de la classe de Terminale, il exerce actuellement le métier de plombier grâce à une formation dans ce domaine, bien qu'il ne soit pas encore officiellement déclaré. Sa situation financière est relativement stable, et son père travaille comme agent de sécurité et sa mère est femme au foyer. Il a commencé à consommer à l'âge de 18 ans

Dès le début de l'entretien clinique, ce patient s'est montré particulièrement ouvert, souriant et sympathique. Son attitude chaleureuse et son sens de l'humour, marqué par des rires fréquents, ont rapidement instauré un climat détendu. Lorsqu'on lui a proposé de réaliser un entretien, il a accepté immédiatement, sans chercher à connaître les détails. Il a simplement répondu avec enthousiasme : « *Avec plaisir de parler avec vous, j'aime les gens en blouse blanche, ça me soulage.* »<sup>13</sup>

À partir de cet instant, il a su créer un climat de confiance. Son attitude chaleureuse et spontanée nous a mis à l'aise, et il s'est livré avec beaucoup de facilité. Parfois même, il partageait des éléments de son histoire sans qu'on ait besoin de lui poser de questions précises, ce qui témoigne d'un besoin de parler et d'une grande ouverture relationnelle.

---

<sup>13</sup>...« *Selferh ameqrane adhedregh dithwen, thibigh l3ibad s les blouses blanches serthayegh*»

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

Le patient N°03 est une personne naturellement ouverte, sociable et tournée vers les autres. Il apprécie particulièrement les interactions sociales et aime faire de nouvelles rencontres, ce qui reflète un tempérament extraverti et une facilité à créer du lien.

Cependant, cette attitude a parfois été source de tension avec son père. À ce sujet, il s'exprime en disant : « *Je suis une personne sociable, je suis pour tout le monde et tout le monde est pour moi. Même si mon père n'aime pas ça. Il me dit que je vais le regretter, mais moi, je m'en fiche.* »<sup>14</sup>. Il a ensuite parlé spontanément de sa famille, en commençant par sa mère, qu'il décrit avec beaucoup d'admiration. Il dit : « *Maman, malgré tout, c'est une femme combattante. Je suis fier d'elle. Et mes sœurs aussi, elle sont comme des hommes.* »<sup>15</sup>

Ses mots étaient chargés de respect et d'affection. Puis, soudainement, son ton a changé. Il est resté silencieux un moment, le regard fixe, avant d'ajouter d'une voix plus posée : « *Malheureusement, mon petit frère est autiste, je ne pense pas qu'il guérira.* »<sup>16</sup>

Après cette phrase, un léger voile de tristesse s'est installé dans son expression. Ce changement d'attitude montrait clairement que, derrière sa sociabilité et sa vivacité, le patient porte aussi une souffrance silencieuse liée à la situation de son frère qui est très proche lui.

Au bout de quelques minutes de discours, nous sommes entrés dans le sujet de la consommation. Ce patient était le seul membre de sa famille à consommer. Il a rapporté : « *Vous savez ? Je suis le seul à consommer du cannabis dans toute ma famille, car ils sont tous très religieux. Mes parents se sont battus pour que j'arrête, mais je n'y arrive pas.* »<sup>17</sup>. Puis, nous lui avons demandé comment avez-vous commencé à consommer, et qu'est-ce qui vous a poussé à le faire il nous rependu par « *ahh oui bien sûr comme il a dit mon père c'est la mal fréquentation, car Il 'y avait un groupe de 6 jeunes dans mon village, Je me trouve bien avec eux, et par curiosité j'ai fumé une cigarette complète dès la 1ere fois* »<sup>18</sup>.

Lorsqu'il évoque sa première consommation de cannabis, le patient décrit un sentiment de plaisir intense. Il explique avoir ressenti une sensation de bien-être profond, accompagné d'un

---

<sup>14</sup> ... « *Neki del3ebd iguelane sociable neki nel3ibad ikel et l3ibad ikel n daglaw aken même si aken baba uguethabara anechaty iQareyid beli athendemegh mais neki touq3eyi* »

<sup>15</sup> ... « *Ima malgré tout, tametouth iguelane combatante, je suis fier zyes, isstma daghen, abhal dirgazen* »

<sup>16</sup> ... « *Malheureusement gma abeztouh autiste uhssighara athiji* »

<sup>17</sup> ... « *T3elmet ? Dayen dneki iglane tconsommigh le cannabis g la famille ynu ikel laboud ikelnsen del modeynin. Imawlaniw combatine bach athhebsegħ mais uzmirghara* »

<sup>18</sup> ... « *Ah oui aken idina baba dyar lm̧alha, labous ila yiwen le groupe 6 n lwachoul g le village ynu, taffegħ imaniw yithissen, i s la curiosité keyfiegħ yiwen ougarou complet guibrid amenzou* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

relâchement total du corps et de l'esprit. Il utilise une image forte pour décrire son état, affirmant qu'il avait l'impression de « voler », comme s'il était léger, détaché de la réalité.

Ce moment, vécu comme euphorisant et apaisant, l'a profondément marqué et a fortement contribué à son désir de renouveler l'expérience.

Le patient a expliqué qu'à un moment de sa vie, il a été encouragé par une proche à arrêter la consommation de cannabis. Il a immédiatement cessé, par volonté de lui faire plaisir et dans l'espoir d'un changement. Toutefois, quelques mois plus tard, des tensions ont émergé dans leur relation, et elle a finalement décidé de le quitter. Ce départ a profondément affecté le patient, qui a alors repris sa consommation de cannabis, cette fois avec des doses beaucoup plus élevées. Il rapporte : « *C'était une solution pour oublier et accepter la réalité. Je ne savais pas que j'allais devenir fou et finir hospitalisé à cause d'une drogue.* »<sup>19</sup>

Ses proches ont tenté de l'aider en l'encourageant à retourner à la mosquée, à apprendre le Coran et à pratiquer la prière. Cependant, ces tentatives n'ont pas eu l'effet escompté. Son état mental s'est rapidement détérioré. Il a commencé à présenter des délires mystiques et des hallucinations sévères. Le patient déclare : « *Je me voyais comme si j'étais le prophète Mohammed, et quand je sortais, je demandais aux gens de me suivre, je suis votre prophète.* »<sup>20</sup>

Face à l'aggravation rapide de son état, sa mère a pris l'initiative de l'emmener à l'hôpital. Il a alors été hospitalisé à quatre reprises. Grâce à un suivi pluridisciplinaire comprenant des psychologues, des infirmiers, et même le soutien d'autres patients, il a progressivement pu se stabiliser, prendre conscience de sa souffrance et entamer une démarche de rétablissement. Il confie aujourd'hui : « *C'était très difficile Je n'aurais jamais cru qu'une plante pouvait me faire vivre tout cela.* »<sup>21</sup>. Puis il ajoute, avec un sourire : « *Le vol n'existe pas, et personne ne peut devenir prophète* »<sup>22</sup>.

Il a bénéficié d'un soutien constant de sa mère tout au long de son hospitalisation. Présente chaque jour, elle lui apportait ses plats préférés et l'encourageait régulièrement. Son implication affective et son attitude bienveillante ont joué un rôle crucial dans la motivation du patient à se

---

<sup>19</sup>... « *Tella telhel bach athessough wathqeblegħ el haqqa, u 3limghara beli atheqleġħ damahboul watfak feli g l'hôpital waħeqleġħ damahboul* »

<sup>20</sup>... « *Ligh twaligh imaniw d nabi mohammed, omba3 assma atheqgħegħ tev3emiyid ne denabi nwen* »

<sup>21</sup>... « *Iw3er lhal, unwighara beli tahchicht aythesawet ath3ichegħ ikel anechtayi* »

<sup>22</sup>... « *Tayarane ur existara, hed urizmir athiqel d nabi* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

rétablissement et à prendre conscience de sa situation. Ce lien familial fort a contribué positivement à son processus de guérison.

Lorsqu'on lui a demandé ce qu'il envisageait pour l'avenir, le patient a répondu que sa première intention était de suivre le conseil de son père, en s'éloignant des mauvaises fréquentations. Il a exprimé sa volonté de réduire son cercle d'amis, de reprendre son travail et de faire une demande de régularisation de sa situation professionnelle.

Il prévoit également de se remettre au sport, dans une démarche de rééquilibrage de sa vie personnelle et de maintien de sa stabilité. Avant la fin de l'entretien, il a tenu à exprimer sa reconnaissance envers l'équipe de soins, en déclarant : « *Je veux vous remercier, ainsi que toute l'équipe de l'hôpital. Vous avez tous été très gentils avec moi, et vous m'avez vraiment aidé.* »<sup>23</sup>

Il a également souligné l'importance du soutien constant de sa mère, qu'il considère comme un pilier essentiel dans son parcours de rétablissement L'analyse clinique du patient N°03 révèle l'image d'un jeune homme sociable, cordial et profondément lié à sa famille, malgré un historique compliqué de consommation de cannabis, de troubles psychotiques et de multiples internements. Dès le début de la conversation, sa capacité à s'exprimer librement, son humour et sa spontanéité créent une atmosphère de confiance qui met en évidence une facilité de communication détonnant avec les épreuves qu'il a endurées. Ce tempérament extraverti semble jouer un rôle dans sa manière de gérer la souffrance : il cherche le lien, le partage, et même dans les moments difficiles, il exprime une forme d'espoir. Toutefois, malgré cette sociabilité en surface, on discerne également une douleur intense, associée notamment à la condition de son frère autiste. Et face à ses propres troubles psychologiques.

Il décrit de manière franche comment la consommation a commencé par curiosité, au sein d'un cercle d'amis, avant de se muer en dépendance intensifiée par une séparation amoureuse. En dépit de tentatives d'interruption guidées par l'affection, la reprise est violente, accompagnée de symptômes délirants démontrant combien la drogue a pu perturber sa relation avec la réalité. Cependant, grâce à une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire et à un appui familial inébranlable en particulier de la part de sa mère, il réussit à se stabiliser progressivement. Actuellement, il démontre une détermination manifeste à changer, exprimant l'envie de se rétablir professionnellement, de regagner une stabilité personnelle et de se distancier des influences néfastes. Son allocution révèle une claire prise de conscience, une gratitude envers

---

<sup>23</sup> ...« *Bghigh akumchekregh kunwi, wahi l'équipe n l'hôpital ayi ikel, tellim ikel dithi gentil, th3awnemiyi mlih* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

ceux qui l'ont soutenu, ainsi qu'une aptitude à affronter son passé sans le renier. Donc, en dépit des crises vécues, le patient N°03 représente un processus de résilience soutenu par des ressources internes (telles que la motivation et l'introspection), une dynamique familiale solide et un soutien soignant attentif, ce qui lui permet d'envisager un avenir plus serein.

**2. Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild & Young (RS-25)**

**Tableau N°04 : Résultat du patient N°03**

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	7	Totale
1				4				
2				4				
3		2						
4							7	
5					5			
6							7	
7		2						
8							7	
9						6		
10							7	
11							7	
12					5			
13						6		
14							7	
15						6		
16							7	
17					5			
18							7	
19						6		
20							7	
21						6		
22				4				
23							7	
24							7	
25	1							

139

### **Analyse de l'échelle :**

Le score de 139 obtenu à l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-25), sur un maximum de 175, indique un niveau de résilience élevé. Ce résultat reflète une bonne capacité à faire face aux difficultés, à s'adapter au stress et à rebondir après l'adversité. Le participant semble disposer de ressources personnelles solides, telles que la persévérance, l'optimisme et un sentiment de maîtrise, qui favorisent une adaptation positive aux situations éprouvantes.

À travers l'analyse des réponses, les scores élevés (5,6 ou 7) obtenus à certains items mettent en évidence des mécanismes psychologiques révélateurs d'une forte capacité de résilience. Par exemple l'item N°4 « *l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses* », l'item N°6 « *Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie* » et l'item N°10 « *Je suis une personne déterminée* », item N°23 « *Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir* », ces items reflètent une résilience positive et un fort potentiel de bien-être. Cela montre que la personne est responsable et capable de maintenir son intérêt pour des aspects importants de sa vie, qu'elle ressent une fierté légitime pour ses réalisations et qu'elle fait preuve de détermination dans ses actions. Ce score indique une attitude constructive face aux défis, avec une capacité à se tourner vers l'avenir, à valoriser ses réussites passées et à rester motivée.

Il existe un score de 4 sur certains items, comme l'item N°1 « *Lorsque je fais des projets, je les mène à terme* », ce qui indique que la personne a parfois des difficultés à finaliser ses projets. Toutefois, cela peut dépendre de la nature et de la complexité de ces projets, certains nécessitant plus de temps ou d'efforts. Ce score suggère néanmoins un potentiel de réussite lorsque les conditions sont favorables. À l'inverse, certains items présentent un score très bas, comme l'item N°25, le N°7 et le N°3 (score de 1), ce qui peut révéler une sensibilité accrue aux opinions des autres. Cela peut impacter le bien-être émotionnel et les relations sociales de la personne. Toutefois, ces faibles scores peuvent aussi refléter une prise de conscience de certaines fragilités, ce qui constitue une première étape vers un travail de développement personnel.

### **Synthèse :**

L'analyse croisée de l'entretien clinique et des résultats de l'échelle RS25 met en évidence chez le patient une résilience significative malgré un parcours difficile marqué par l'addiction au cannabis et la séparation. Le patient montre une capacité d'introspection, une

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

grande ouverture émotionnelle et une forte motivation au changement. Il bénéficie d'un soutien familial affectif solide, notamment de sa mère, qui joue un rôle central dans son processus de rétablissement.

Les scores élevés à plusieurs items de l'échelle RS25 (comme l'intérêt pour la vie, la fierté des réalisations personnelles, la détermination et la capacité à faire face aux difficultés) confirment des mécanismes internes de résilience bien présents. Ces éléments sont cohérents avec son discours, dans lequel il exprime son envie de s'éloigner des mauvaises influences, de reprendre le travail et de stabiliser sa vie.

En parallèle, les scores faibles (notamment aux items liés à la sensibilité au regard des autres) mettent en lumière certaines fragilités affectives et sociales. Toutefois, ces vulnérabilités semblent reconnues par le patient, ce qui est un point positif, car cette prise de conscience constitue une base solide pour un travail thérapeutique et un renforcement de ses compétences émotionnelles. En somme, ce patient présente un bon potentiel de rétablissement, soutenu par des ressources internes et externes mobilisables.

### **Patient N°04 :**

Le patient N°04 ne maîtrise pas suffisamment le français pour comprendre seul les items de l'échelle RS25. C'est donc nous qui lui avons expliqué chaque item un par un en kabyle, sa langue maternelle, afin d'assurer une compréhension claire et fidèle. Cependant, c'est bien le patient lui-même qui a coché les réponses qui lui convient. L'entretien a duré 26 minutes

### **Présentation et discussion de l'entretien clinique du patient N°04 :**

Le patient N°04 est un homme de 38 ans, l'aîné de sa fratrie. Il est marié et père de quatre enfants, deux filles et deux garçons. Son épouse est femme au foyer. Il a un niveau scolaire équivalent à la première année du CEM (collège) qu'il a dû interrompre en raison de difficultés financières. Face à cette situation, il a fait le choix de quitter l'école pour travailler et soutenir sa famille. Il murmure avec amertume : « *Je n'ai pas vécu ma vie comme je le voulais, elle est toujours difficile.* »<sup>24</sup>. Il a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 24 ans. Au début de l'entretien, il adopte une attitude fermée. Il semble ne pas s'intéresser à ce qui se passe, avec un ton un peu provocateur, comme s'il s'en fichait de tout. Il paraît fatigué, blasé, presque dégoûté de sa propre vie.

---

<sup>24</sup>...« U3achghara lhayatiw aken bghigh, tasseyid daymen tess3eb »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

Mais petit à petit, les choses commencent à changer. Grâce à une attitude bienveillante de notre part, sans jugement, il commence à se détendre. On a essayé de lui montrer qu'il pouvait parler en confiance, dans un cadre calme et respectueux. Cela l'a aidé à s'ouvrir un peu plus. Il s'est adapté à l'échange, a répondu plus facilement, et a montré qu'il était capable d'entrer dans une vraie discussion.

Dans un premier temps, le patient N°4 a commencé à nous parler de sa situation familiale. Il a évoqué des conflits importants avec ses frères, en particulier autour de l'héritage de leur grand-père. Il nous explique que ses frères refusent de partager avec lui, ce qui le met profondément en colère et le dégoûte. En parlant de cette injustice, il dit avec amertume : « *Je n'ai jamais passé une journée à l'aise. Je n'ai jamais connu la tranquillité, jusqu'au jour où j'ai commencé à consommer.* »<sup>25</sup>

Il raconte ensuite qu'il a commencé à fumer du cannabis seul, à l'extérieur de la maison. Selon lui, cette consommation lui a permis, pour la première fois, de ressentir un certain apaisement. Il décrit cela comme une sorte de liberté, une sensation de vivre en dehors de sa réalité, comme si les problèmes de sa famille ne l'atteignaient plus.

À ce moment-là, il devient silencieux. Il baisse la tête, ses mains tremblent, ainsi que ses pieds et sa mâchoire. Nous avons choisi de lui laisser un moment de respiration, sans pression. Puis, il reprend la parole d'une voix plus calme et dit : « *Vous savez, je n'ai jamais cru que cette tranquillité va se retourner contre moi* »<sup>26</sup>. Il a fait une pause, puis ajoute : « *À cause du cannabis j'ai tué mon frère.* »<sup>27</sup>.

Le patient a poursuivi en expliquant qu'au moment du passage à l'acte, il n'était pas pleinement conscient de ce qu'il faisait. Il raconte qu'après de nombreux problèmes personnels et familiaux, il avait progressivement augmenté sa consommation de cannabis. Cette consommation excessive l'a mené à un état de confusion et de détachement de la réalité.

Il rapporte qu'un jour, alors qu'il consommait seul, son frère l'a surpris. Ce dernier l'aurait insulté et jugé sévèrement. C'est à ce moment-là que la situation a dégénéré.

Le patient a évoqué qu'il a tué son frère avec un couteau à plusieurs reprises, jusqu'à entraîner sa mort.

---

<sup>25</sup> ... « *Jamais s3edaghed yiwen was alaise, jamais snegh dachu la tranquilité, almi dasseni gachu ibdigh tconsommigh* »

<sup>26</sup> ... « *T3elmemt, unwighara ikel la tranquilité ayi atneqlab fel* »

<sup>27</sup> ... « *Seba ne zetla nghigh gma* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

Il décrit ce moment comme un acte de vengeance, non prémedité, mais lié à une accumulation de souffrance : « *C'était comme une vengeance pour tout ce que j'ai vécu.* »<sup>28</sup>. Il ajoute avec amertume que ce qui l'a profondément blessé, c'est le manque de reconnaissance de sa famille, malgré tous ses efforts passés : « *Ce qui m'a vraiment dérangé, c'est que je suis l'aîné, J'ai travaillé dur pour eux, mais personne ni reconnaissant* »<sup>29</sup>.

Nous avons demandé au patient s'il avait eu, à un moment de sa vie, quelqu'un qui l'avait soutenu. Il a répondu avec un sourire de fierté et sans hésitation : « *Ma femme, c'est ma vie.* »<sup>30</sup>

Il nous a parlé d'elle avec beaucoup d'admiration, la décrivant comme une femme forte, combative, sérieuse et résistante. Il la connaît depuis l'âge de 17 ans. Malgré tous les événements difficiles sa consommation de cannabis, le meurtre de son frère, et même les 7 années qu'il a passées en prison elle ne l'a jamais abandonné. Il nous confie avec émotion : « *Ma femme et mes enfants, c'est les seules choses qui me motivent à continuer à vivre.* »<sup>31</sup>

Il insiste sur le fait que sa femme est restée fidèle, présente, et qu'elle n'a jamais cessé de croire en lui. Elle l'a encouragé à changer, à arrêter la drogue, et à reprendre sa vie en main. Il rapporte avec émotion une phrase qu'elle lui a dite, et qui l'a profondément marqué : « *Quand tu sortiras, tu iras à l'hôpital pour qu'ils t'aident à arrêter. Essaie, pour nous. Moi et tes enfants, on t'attend. Tu es notre héros.* »<sup>32</sup>

Cette phrase semble avoir été un déclencheur pour lui. Il explique que ces mots lui ont ouvert les yeux, car malgré tout ce qu'il a fait, malgré ses erreurs, sa femme a continué à le défendre et à croire en lui.

Dès sa sortie de prison, sa femme a immédiatement entamé les démarches pour son hospitalisation, prévue pour une durée de trois mois.

Le patient nous a confié : « *Avec l'aide de l'hôpital, et surtout grâce à ma femme qui a toujours été là pour moi, j'ai pu avancer. Elle m'a même défendu auprès de ses propres parents.* »<sup>33</sup>

---

<sup>28</sup> ... « *Amaken the ttar iwayen idess3eddagh* »

<sup>29</sup> ... « *Dachu iyidérangin d neki ithamzwar wekham, khedmegh fellasen lama3na yiwen urista3ref* »

<sup>30</sup> ... « *Tamettuthiw id el hayatiw* »

<sup>31</sup> ... « *Tamettithiw ak d warawiw, dayen dnuthni iydi tmotivine bach athkemlegh lhayatiw* »

<sup>32</sup> ... « *Asma atefghet atrouhet a sbitar bach ak3iwnen athebset, seyyi l3ajalenegh, neki ak d deryak, net3assagh dkechi i d el batal negh* »

<sup>33</sup> ... « *Setem3awna nesbitar et surtout grace a thamettuthiw iguellite toujours yithi, izemregh athavancigh, terna th défendi feli ar imawlanis* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

À l'avenir, le patient a décidé de poursuivre sa vie sans consommation et de chercher un emploi. Il souhaite également prendre soin de sa famille comme il se doit.

Il confie : « *ahh c'est fini. Je vais faire tout mon possible pour arrêter. Je veux protéger mes enfants et leur offrir une belle vie, différente de la mienne. Je veux tout faire pour qu'ils ne touchent jamais à ce poison.* »<sup>34</sup>

Au cours de l'entretien clinique avec le patient N°04, on dépeint la trajectoire d'un individu éprouvé par une douleur intense, résultant de problèmes socio-économiques précoce, de conflits familiaux sévères et d'une consommation de cannabis qui s'est transformé en destructrice. Dès l'ouverture de la conversation, son comportement réticent, éloigné et quasi-résigné dénote un état d'esprit altéré par de nombreuses épreuves. Cependant, au cours de l'échange, il révèle une aptitude à l'introspection et une vulnérabilité émouvante. Il raconte avec ressentiment : « Je n'ai pas vécu ma vie comme je le voulais, elle est toujours difficile », Cela synthétise parfaitement le sentiment d'injustice et de frustration qui s'accumule tout au long de sa vie.

Le meurtre de son frère, qui s'est produit dans un état d'esprit troublé par une consommation excessive de cannabis, demeure l'événement le plus mémorable. Ce drame semble encapsuler toute sa souffrance antérieure et actuelle, marquant une rupture dans son récit personnel qu'il accepte totalement : « *À cause du cannabis j'ai tué mon frère* », affirmant même que cet acte était « *comme une vengeance pour tout ce que j'ai vécu* ». En dépit de cette gravité, il témoigne également d'une certaine lucidité et prise de conscience, indiquant le début d'un processus psychique. Cependant, ce Cas manifeste une résilience en développement, soutenue essentiellement par un pilier central : sa femme. Elle représente pour lui un soutien émotionnel solide, capable de le porter malgré ses fautes et de lui ravir l'espoir. Lorsqu'il déclare : « *Ma femme, c'est ma vie* », ou encore « *Ma femme et mes enfants, c'est les seules choses qui me motivent à continuer à vivre* », Il est clair que ce lien représente une source fondamentale de motivation. C'est grâce à elle qu'il a accepté de se faire hospitaliser, de reconnaître sa dépendance et d'envisager un avenir sans drogue. Son discours témoigne aussi d'une volonté authentique de changement et de protection pour ses enfants : « *Je veux tout faire pour qu'ils ne touchent jamais à ce poison* », Cela signale une tentative de se détacher d'un passé difficile et une quête de reconstruction identitaire. Ainsi, malgré un parcours tragique, le Cas N°04

---

<sup>34</sup>...« Ahh c'est fini, athkhedmegh le possible ynu iwaken athhebssegh, wathhadregh deryaw, wassnekegh lhayat l3ali, machi am aglaw o bghigh athkhemegh kouech iwaken ut touchinara ikel le poison ayi »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

manifeste une capacité à mobiliser ses ressources personnelles (culpabilité assumée, prise de conscience) ainsi que ses ressources relationnelles (soutien conjugal), éléments fondamentaux dans le développement d'une résilience active. Cette évolution progressive, d'une posture défensive vers une ouverture au dialogue et une remise en question honnête, laisse entrevoir une possibilité réelle de transformation, à condition d'être accompagnée durablement dans un cadre thérapeutique sécurisant.

**2. Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild & Young (RS-25)**

**Tableau N°05 : Résultat du patient N°04**

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Total
1							7	
2			3					
3					5			
4						6		
5							7	
6					5			
7				4				
8							7	
9				4				
10		2						
11					5			
12							7	
13							7	
14						6		
15						6		
16							7	
17							7	
18							7	
19							7	
20	1							
21					5			
22				4				
23		2						
24				4				
25							7	

132

### **L'analyse de l'échelle RS25 de patient N°04 :**

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle RS25, par ces résultats nous remarquons que le patient N°04 a obtenu un score de 132/175, ce qui indique un niveau de résilience modéré. Ce résultat suggère que, malgré un vécu marqué par la souffrance, le patient dispose de ressources psychologiques importantes lui permettant de faire face à l'adversité. Par exemple dans les items suivants : item N°1 « *Lorsque je fais des projets je les mène à terme* » et item N°1 « *S'il le faut, je peux me débrouiller seul* », Il a coché sur 7 c'est-à-dire ce patient a une forte capacité à s'engager dans ses objectifs et à les accomplir alors il peut travailler régulièrement, et de prendre la responsabilité pour se débrouiller seul.

Dans l'item N°8 « *Je m'aime bien* » sur 7 et cela est un indicateur fort car il reflète une image de soi positive qui est peut être un facteur protecteur majeur face aux épreuves. Il permet de mieux gérer le stress, de rebondir après l'échec, et de maintenir un équilibre psychologique.

Y'a d'autre items aussi où il a coché sur 7 comme item N°12 « *je prends les choses comme elles viennent* » N°13 « *je peux traverser les périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* » révèlent une résilience peut être fondée sur l'expérience. Cela traduit une capacité à accepter la réalité telle qu'elle est, sans résistance excessive, et à mobiliser les apprentissages issus des épreuves passées pour affronter les difficultés présentes et il a pu probablement transformer son vécu difficile en force adaptative.

Items N°16 « *je trouve toujours quelque chose qui me fait rire* » lorsqu'il est noté fortement, indique une capacité à maintenir un sens de l'humour et une attitude positive, même face à l'adversité, ce qui constitue un mécanisme de résilience important. Items N°17 « *ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles* » et N°18 : « *En cas d'urgence, on peut compter sur moi* » traduisent une confiance personnelle solide, item N°19 « *D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles* » Démontre sa capacité à réfléchir et à analyser, en montrant qu'il utilise des stratégies cognitives adaptatives pour évaluer les problèmes de manière calme. Et le dernier item est le N°25 « *Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas* » indique une indépendance affective et une estime de soi suffisamment stable pour ne pas dépendre constamment de l'approbation d'autrui.

Bien que le patient à cocher sur très en désaccord pour certaines items, tels que l'item N°20, (noté 1), l'item N°10 et l'item N°11, tous deux (notés 2), ces réponses peuvent être traduisent avant tout comme une fragilité actuelle dans la motivation et la confiance en ses capacités à faire face aux obstacles. Toutefois, le point positif majeur réside dans le fait que le patient

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

reconnaît ses limites avec honnêteté, sans chercher à se surévaluer. Cette lucidité est en elle-même une force, car elle montre une capacité d'introspection et une volonté de comprendre ses failles, ce qui constitue une base précieuse dans tout processus thérapeutique. En identifiant clairement ce qui lui semble difficile, il ouvre la voie à un travail de reconstruction ciblé, orienté vers le développement de sa persévérance, de son estime de soi et de stratégies d'adaptation plus solides.

### **Synthèse**

D'après l'entretien et les résultats de l'échelle de RS25, nous avons constaté que malgré que le Patient 04 ait eu une vie marquée par des conflits familiaux, de la culpabilité et un lourd casier judiciaire, il a fait preuve d'une résilience remarquable, soutenue par ses ressources personnelles et relationnelles. Les entretiens ont mis en évidence des ressources externes telles que le soutien émotionnel fort, en particulier le lien conjugal, comme point de référence important. Sa véritable motivation à protéger ses enfants a également joué un rôle central dans sa volonté de changement. Nous avons observé une conscience claire de leurs actes et de leurs conséquences, couplée à une capacité d'introspection et à un désir clair de reconstruction.

D'après les résultats de l'échelle RS25 des ressources internes ont été mobilisées, témoignant d'un renforcement significatif de confiance en soi, de lucidité, d'estime de soi, d'une adaptabilité, d'une image de soi préservée, d'une autonomie et des stratégies cognitives protectrices. Ces lui permettant d'envisager un changement durable.

### **Patient N°05**

Le patient N°05, présenté ci-dessous, lors de l'entretien il a exprimé exclusivement en kabyle. Chaque item de l'échelle RS25 lui a été traduit et expliqué un par un dans sa langue, avec le temps nécessaire pour réfléchir à chaque réponse. C'est lui-même qui a ensuite procédé au remplissage de l'échelle en cochant les réponses. L'entretien duré 28 minutes.

#### **1. Présentation et discussion de l'entretien clinique du Patient N°05**

Le patient N°05 est un jeune homme âgé de 20 ans, fils unique de sa famille. Il a interrompu sa scolarité en troisième année du CEM, en raison de difficultés scolaires et d'un manque d'intérêt pour le parcours académique. Il travaille dans son propre kiosque offert par son père, Ce commerce représente pour lui un premier pas dans la vie active, une manière de

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

s'occuper tout en apprenant à développer un certain sens de responsabilité. Sa consommation du cannabis a débuté à l'âge de 18 ans.

Il est d'une famille aisée et socialement très influente. Son père, un entrepreneur de renom, possède plusieurs entreprises en Algérie et à l'international. Il grandit dans un environnement matériellement très confortable, où rien ne lui manque. Ses parents, particulièrement ouverts d'esprit, adoptent une éducation permissive : chacun est libre de faire ses choix, sans pression. Lui-même a toujours été fortement choyé par sa famille. Il reconnaît d'ailleurs que : « *Je n'ai jamais manqué de rien, mes parents m'ont tout donné.* »<sup>35</sup>. Dans son quartier et son entourage, Tout le monde le respecte, non seulement en raison de la position de sa famille dans la société, mais aussi grâce à son attitude calme, son apparence soignée et sa manière d'interagir avec les autres.

Dès les premières minutes de l'entretien, le patient N°5 apparaît très anxieux. Visiblement bouleversé, il évite le regard, jette des coups d'œil nerveux autour de lui et semble habité par une forte culpabilité. À voix basse, il confie : « *Je suis dégoûté... pourquoi j'ai fait ça alors qu'il ne me manquait rien ?* »<sup>36</sup>. Son émotion est palpable, presque au bord des larmes. Peu à peu, grâce à un climat d'écoute et sans pression, il parvient à se calmer et à s'exprimer plus librement, même si son regard reste fuyant, signe d'un mal-être encore présent.

Il nous a parlé de son enfance avec beaucoup de nostalgie, en disant qu'il avait une famille très chaleureuse et qu'il n'avait manqué de rien. Il a ajouté : « *Mon enfance, tout le monde rêverait de la vivre. J'ai tout goûté, tout vu, tout vécu, rien ne m'impressionne maintenant.* »<sup>37</sup>

Quand nous avons lui a posé des questions sur le cannabis, il a reconnu qu'il était le seul de sa famille à en consommer. Disant : « *Personne ne fume le cannabis dans toute ma famille, sauf moi* »<sup>38</sup> Ces paroles montrent un certain mal-être, malgré une vie confortable, et une forme d'incompréhension face à son propre comportement.

Le patient nous a expliqué qu'il est de nature curieuse, toujours à la recherche de nouveauté, et qu'il voulait aussi faire comme tous ses amis du village. C'est cette curiosité et ce besoin d'appartenance qui l'ont poussé à essayer le cannabis. Il raconte : « *Au début, c'était très satisfaisant, mais avec le temps.* »<sup>39</sup> Peu à peu, ses comportements ont changé à cause d'une

---

<sup>35</sup> ...« *Jamais ikhousseyi kra, imawlanwi fkaneyid koulech* »

<sup>36</sup> ...« *Dégoutigh, iwach ikhedmegh anechta uyikhouz kra* »

<sup>37</sup> ...« *Temziynu, l3ibad ikel imenin at3ichen, 3ertegh koulech, zrigh koulech, azuh uyissekhla3 toura*»

<sup>38</sup> ...« *Yiwen uritkeyif zerla g la famille ynu hacha neki* »

<sup>39</sup> ...« *G thazwara ila dakhlef lhal* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

augmentation de dose il est devenu méfiant, agressif, et ne supportait plus sa famille. Il décrit : « Je suis devenu comme un animal, je criais tout le temps, et j'ai même quitté le kiosque. » Avec un sourire amer, il ajoute : « *Ahhh, j'ai perdu le respect de tout le monde, et ils ont tous profité de ma faiblesse.* »<sup>40</sup> Ces propos traduisent un certain regret et une lucidité sur les conséquences de sa consommation.

Il nous informé que s'était sa mère qui a découvert qu'il consomme disant « *La première personne qui a découvert que je consommais, c'était ma mère. Elle a eu peur, alors elle l'a tout a raconté à mon père. Ce jour-là, j'ai crié sur elle, j'étais hors de moi j'ai même levé la main. Elle savait qu'elle ne pouvait rien faire contre moi, et ça l'a beaucoup blessée.*

<sup>41</sup>. Son père, en apprenant la situation, a réagi avec beaucoup de compréhension. Sans le juger ni le punir, il a tout de suite pris la décision de l'emmener à l'hôpital pour qu'il reçoive une prise en charge adaptée. Le patient raconte : « *Au début, j'étais énervé, je ne comprenais pas vraiment pourquoi je suis là.* »<sup>42</sup>, mais avec le temps, grâce aux thérapies et aux médicaments qu'il prend à l'hôpital, il dit avoir commencé à aller mieux, à retrouver un certain équilibre, et surtout à comprendre de plus en plus son propre état.

Il nous a dit qu'il doit arrêter sa consommation, car dans cet état, il se sent perdu, perturbé, et s'il continue comme ça, il pourrait devenir fou. Il s'exprime, en disant « *je vais devenir comme un fou* »<sup>43</sup>

A la fin de cet entretien, un moment a révélé toute la détresse du patient. La voix tremblante, les yeux embués, il a murmuré : « *J'ai tout perdu à cause du hachich : respect, confiance, dignité. Il faut que j'arrête.* »<sup>44</sup> Un long silence a suivi, chargé d'émotion. Les larmes ont coulé doucement, sans bruit. Puis, presque à lui-même, il a répété plusieurs fois : « *Je regrette... je regrette... je regrette.* »<sup>45</sup>

Enfin le patient a exprimé un mélange d'espérance et de réalisme quant à l'avenir. Il confie : « Quand je sortirai, je ferai tout pour redevenir un vrai homme, inchallah, avec l'aide de mon père. »<sup>46</sup>

---

<sup>40</sup> ...« *Khessregh leqder nel 3ibad ikel, yerna profitine ikel g la faiblesse ynu*»

<sup>41</sup> ...« *Amezwar ikel id découvrine beli t consommigh, dima, tougath, omba3 tehkayas koulech ibaba, asseni bedat 3eytegh felass machi guel3eqliw ikel illigh, o anechtayi ijerhit mlh* »

<sup>42</sup> ...« *Githazwara ligh feq3egh, ufhimgħara iwach akline dayi* »

<sup>43</sup> ...« *Atheqllegh aka o mahboul* »

<sup>44</sup> ...« *srouħegħ koulech fesseba n lahchich leqder, la confiance, nnife, ilaq adhebseg*»

<sup>45</sup> ...« *Ndemmegħ... ndemmegħ... ndemmegħ* »

<sup>46</sup> ...« *assma athegħgħegħ g sayi athkhedmegħ koulech bach adeqlegh dargaz inchalha stem3awna n baba* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

Il reconnaît en revanche que sa mère, bien qu'aimante, est plus fragile face à ce qu'il vit : « *Maman est une personne faible, elle ne peut rien faire pour moi.* »<sup>47</sup> Ces paroles témoignent de sa lucidité sur les rôles de ses parents dans son parcours, et de l'importance du lien qu'il entretient avec son père, perçu comme un repère stable dans une période de grande vulnérabilité.

L'analyse clinique du patient N°05 révèle l'image d'un jeune homme qui, bien que bénéficiant d'un cadre familial confortable et sûr, fait face à une contradiction profonde en raison de sa souffrance intérieure intense. Celle-ci l'a poussé à consommer du cannabis, malgré l'absence de manque de matériel. Dès les premiers instants de la conversation, son anxiété évidente, son regard détourné et sa voix chancelante dévoilent une profonde affliction, couplée à un intense sentiment de culpabilité : « *Je suis dégoûté... pourquoi j'ai fait ça alors qu'il ne me manquait rien ?* » Son allocution révèle une nostalgie pour l'enfance perçue comme idyllique : « *Mon enfance, tout le monde rêverait de la vivre* », Cela contraste avec le malaise actuel qu'il ressent comme une dégringolade, une dissociation de ses repères identitaires et sociaux.

Il explique avoir commencé à consommer par curiosité et besoin d'appartenance, sous l'influence de ses camarades du village. Cet acte s'est vite mué en dépendance, entraînant des modifications radicales dans son comportement : suspicion, agressivité, retrait sur soi-même, au point de se considérer comme un animal : « *Je suis devenu comme un animal, je criais tout le temps* ». L'effet de cette consommation sur ses relations est clair, surtout avec sa mère, à qui il a reconnu avoir fait du tort en réagissant de manière violente après avoir appris qu'il consommait. Cependant, il semble conscient de ses fautes et manifeste un véritable remords : « *Je regrette... je regrette... je regrette* », tout en tentant de saisir les motifs de sa descente.

Ce processus d'introspection illustre une prise de conscience graduelle, appuyée par le soutien attentif de son père, qu'il perçoit comme un socle indispensable : « *Je sais que mon père fera tout pour m'aider, je lui fais confiance* ». Il semble que ce lien paternel occupe une place centrale dans l'entame d'un parcours de résilience. Effectivement, malgré des difficultés rencontrées, le patient N°05 manifeste une aspiration évidente au changement et présente un projet de vie bien structuré : « *Quand je sortirai d'ici, je ferai tout pour redevenir un vrai homme* ». Il démontre donc une capacité à exploiter ses ressources propres (culpabilité assumée, lucidité) et celles venant de l'extérieur (appui parental, cadre de thérapie), éléments essentiels pour favoriser le développement d'une résilience dynamique. En dépit d'un cheminement

---

<sup>47</sup>...« *Ima del3ebth iguellan faible othezmir ayt3el ouma dazouh* »

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

jalonné de chutes et de douleurs, le patient N°05 symbolise un processus progressif de reconstruction. Sa lucidité, son regret ouvertement reconnu et la relation émotionnelle avec son père agit comme des moteurs significatifs dans sa résilience.

**2. Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild & Young (RS-25)**

**Tableau N°06 : Résultat du patient N°05**

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Total
1							7	
2							7	
3				4				
4							7	
5							7	
6					5			
7						6		
8							7	
9							7	
10					5			
11						6		
12							7	150
13							7	
14							7	
15							7	
16							7	
17							7	
18							7	
19	1							
20					5			
21							7	
22						6		
23						6		
24	1							
25							7	

### **L'analyse de l'échelle RS-25 du patient N°05 :**

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle RS-25. Par ces résultats, nous remarquons que le patient N°5a obtenu un score de 150/175, ce qui signifie un niveau de résilience élevé.

Le score élevé du patient n°5 à l'échelle de résilience RS-25, ainsi que le fait qu'il ait coché la majorité des items en "totalement d'accord", reflète une perception positive de lui-même et de ses capacités. À travers des affirmations comme l'item N°1 « *Lorsque je fais des projets, je les mène à terme* », item N°2 « *En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre* » ou encore item N°9 « *Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois* ». Nous constatons que ce patient reste donc un jeune avec du potentiel, capable de se reconstruire, de s'organiser, et de redevenir une personne fiable, structurée et toujours à l'heure dans ses engagements.

Item N°12 « *Je prends les choses comme elles viennent* », Item N°13 « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* », Item N°18 « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* », Ces items indiquent que le patient possède une bonne capacité d'acceptation face à l'imprévu, ainsi qu'une force intérieure acquise par l'expérience. Ils révèlent aussi un sens des responsabilités et une fiabilité dans les situations de crise.

Concernant les items suivants, item N°10 « *Je sais m'auto-discipliner* », item N°15 « *je m'intéresse à diverse choses* », item N°16 « *Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire* », item N°17 « *Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles* » item N°21 « *Ma vie a un sens* » et l'item N°8 « *Je m'aime bien* », Ces items traduisent une bonne estime de soi, une capacité à maintenir une stabilité émotionnelle, ainsi qu'un regard positif sur la vie malgré les difficultés. Ils reflètent aussi une ouverture d'esprit, une capacité à se motiver et à trouver du sens dans son parcours personnel.

Il y'a aussi des items moyenne de (5 à 6) tel que Item N° « *Je peux compter sur moi plus que les autres* », Item N°6 « *Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie* », item N° « *Je suis une personne déterminée* » et item N°20 « *Parfois je me force à faire certaines chose que cela me plaise ou non* », Ces scores moyens indiquent que le patient a une confiance en lui modérée, et qu'il reconnaît certaines de ses forces personnelles sans les surestimer. Il semble capable de faire preuve de détermination et d'efforts selon des situations et ses capacités et il garde ses limites aussi, même lorsque la motivation n'est pas toujours présente, ce qui traduit une résilience active mais encore en construction.

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

Après tous ces items positifs, il y avait par exemple quelques réponses en désaccord avec l'item N°19 et N°24, notamment sur sa capacité à analyser calmement les situations ou à maintenir son énergie, le patient montre un profil globalement très positif. Ces rares fragilités semblent davantage liées à son état actuel qu'à un manque profond de ressources. L'ensemble de ses réponses met en lumière une forte résilience personnelle, une volonté de changement, et des capacités d'adaptation qui laissent présager un bon pronostic de rétablissement.

### **Synthèse :**

À travers l'entretien semi-directif et les résultats obtenus à l'échelle de résilience RS-25, il apparaît que le patient N°5 s'inscrit dans une dynamique de rétablissement fondée sur des mécanismes de résilience multiples. Son discours met en lumière des ressources internes significatives, telles que la prise de conscience de son addiction, un profond sentiment de regret, une motivation sincère à changer, ainsi qu'une capacité d'introspection. Ces éléments traduisent une volonté de se réapproprier son parcours de vie et de dépasser les effets destructeurs de sa consommation de cannabis.

Les résultats à l'échelle RS-25 viennent appuyer ces observations cliniques : le patient présente une bonne estime de soi, un sens des responsabilités, et une capacité d'adaptation face aux difficultés, ce qui confirme l'existence de stratégies personnelles efficaces dans la gestion des épreuves.

Par ailleurs, son lien étroit avec son père illustre l'importance d'un soutien familial solide, qui semble jouer un rôle déterminant dans la stabilisation émotionnelle du patient et dans sa motivation à se reconstruire. Ce soutien externe, conjugué aux ressources psychologiques internes identifiées, permet au patient de s'engager activement dans une démarche de transformation et de construire les bases d'un avenir plus équilibré. Ces éléments montrent que son processus de réhabilitation repose sur une mobilisation conjointe de facteurs personnels et relationnels, garants d'un pronostic favorable à long terme.

### **Patient N°06**

Le patient n°06 est un homme bien construit et intelligent, avec un niveau d'étude élevé. Lors de l'entretien, il s'est exprimé uniquement en français, cette fluidité dans la langue a non seulement facilité l'échange, mais aussi permis une passation très naturelle de l'échelle de résilience RS-25. Il a répondu à tous les items du début à la fin, sans qu'aucune intervention ni explication nécessaire de notre part. Cette autonomie dans la passation témoigne non seulement

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

de ses capacités cognitives, mais également de son engagement et de sa rigueur dans le cadre de l'évaluation. L'entretien a duré 42 minutes.

### **1. Présentation et discussion de l'entretien clinique du Patient N°06**

Le patient n°06 est un homme de 35 ans, célibataire, et fils aîné d'une famille. Son père est décédé lorsqu'il avait 10 ans, et c'est sa mère qui a assumé seule la responsabilité de l'éducation de ses trois petits frères et de sa sœur. Il a un niveau d'études élevé, avec un Master 2 en informatique, et a même participé à un concours de doctorat. Actuellement, il travaille comme barman dans une discothèque à Bejaia. Il a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 15 ans. Le patient n'est pas passé par une phase de cure libre. Il a été sorti directement de l'isolement, car son état était suffisamment stable.

L'entretien s'est bien déroulé grâce à l'attitude positive et coopérative du patient, ainsi qu'à un climat d'écoute et de respect. Cela lui a permis de parler librement de son enfance et de ses émotions.

Il a partagé qu'il avait grandi dans un contexte familial difficile, notamment sur le plan financier. Il a expliqué que sa mère avait dû assumer seule beaucoup de responsabilités, que personne n'était vraiment là pour les aider. Il a exprimé une profonde reconnaissance envers elle en disant : «*Ma mère, c'est la meilleure du monde, elle a tout encaissé pour nous.* », Puis, après un moment de silence, il a ajouté avec un sourire plein de tendresse : «*Une super femme.*»

Il nous a informés qu'à l'âge de 15 ans, le patient a commencé à consommer le cannabis, principalement en raison de sa situation de vie difficile. Il mentionne de mauvaises fréquentations dans son entourage à cette période, et explique qu'il cherchait à fuir la réalité et les difficultés du quotidien. Disant «*J'étais gamin, je ne savais pas que ça allait mal tourner* »

Le patient rapporte que la consommation de cannabis a eu une influence significative sur sa vie personnelle et familiale, en particulier à partir de l'âge de 25 ans. Toutefois, il précise que cela n'a pas eu d'impact sur son parcours scolaire, puisqu'il était toujours parmi les premiers de sa classe. Il confie «*Heureusement que j'ai bien bossé à l'école, au moins j'ai un bon niveau. Ma mère est fière de moi malgré tout. Et j'aime toujours lire et apprendre, j'jusqu'à maintenant* »

Le patient N°6 nous a informés qu'à partir de l'âge de 25 ans, il a commencé à augmenter sa consommation de cannabis, notamment après sa soutenance. Il gardait l'espoir de trouver un emploi dans son domaine, car il se considérait comme compétent et disposait d'un bon niveau

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

académique. Il a entrepris plusieurs démarches pour s'installer en France, mais celles-ci ont toujours été refusées, en grande partie à cause de sa situation financière. Il est resté sans emploi pendant trois ans. C'est durant cette période qu'il a intensifié sa consommation de cannabis, fumant jour et nuit, cherchant ainsi à combler un vide.

Il ajoute : « *J'aurais jamais cru que j'allais revivre la galère que j'ai connue quand j'étais petit... Mais malheureusement, j'ai cherché partout, j'ai tout essayé, et dans ce cas-là, la seule solution que j'ai trouvée, c'était le cannabis... malheureusement* ». Durant cette période, le patient a également traversé une rupture affective difficile. Sa compagne, qu'il considérait comme sa femme, l'a quittée sans explication. Il décrit cette séparation comme particulièrement douloureuse : « *Ma copine, que j'ai toujours considérée comme ma femme, m'a quitté sans raison. C'était très difficile, je n'ai pas supporté.* ». Suite à cela, un ami lui a proposé de prendre du recul et de venir travailler avec lui dans une discothèque à Bejaïa, loin de son environnement habituel. Le patient a accepté cette proposition sans hésiter, voyant là une manière de fuir sa souffrance et de s'éloigner de ses repères. Il précise que c'est à ce moment-là que sa consommation de cannabis a fortement augmenté. Il fumait de plus en plus, ce qui marquait le début d'une période de consommation intense. Disant : « *Au lieu de m'éloigner dans le bon sens, j'ai fait une erreur. Pourtant, je ne viens pas du milieu des discothèques. Là-bas, j'ai tout vu. C'est tout le monde qui consomme, surtout du cannabis. C'était comme un bonbon* »

Le patient a confirmé qu'au cours de cette période, sa consommation de cannabis a augmenté, entraînant l'apparition de symptômes psychiques tels que des hallucinations, des délires anxieux et une irritabilité marquée. Il rapporte avoir perdu le contrôle de ses émotions, au point de frapper sa mère. Il décrit cet incident avec une grande tristesse, les larmes aux yeux, soulignant la gravité de la situation et la souffrance qu'il en a ressentie. Il apporte : « *Je regrette grave d'avoir fumé zetla, c'est vraiment horrible. Je suis devenu une personne agressive, et plus personne ne me supporte à la maison.* »

On lui a demandé comment sa mère réagissait face à sa consommation. Et nous a repondu : « *Elle était choquée au point de développer du diabète, surtout quand elle a découvert que je bossais dans une discothèque* ». Il ajoute : « *Elle m'a toujours demandé d'arrêter de fumer et de quitter ce taf. Elle m'a soutenu malgré tout ce que je lui ai fait* »

Parlant de son avenir, le patient a été submergé par l'émotion. Des larmes ont commencé à briller dans ses yeux, et son visage exprimait un profond regret. D'une voix empreinte de

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

tristesse, il a confié : « *J'ai trop hâte de reprendre ma vie normalement, de participer à des concours ou même de lancer mon propre projet dans mon domaine. Et surtout, je veux tout faire pour que ma mère et mes petits frères soient en bonne santé. Bien sûr, je veux aussi arrêter définitivement la zetla.* »

L'analyse clinique du patient N°6 révèle la trajectoire d'un homme brillant, mais fortement affecté par les vicissitudes de l'existence : un père parti trop tôt, une mère isolée confrontée à l'éducation de plusieurs enfants, des problèmes financiers précoce et une consommation de cannabis qui a commencé pendant l'adolescence comme moyen d'évasion. Face à ces défis, il a su maintenir son cheminement académique en décrochant un Master en informatique, ce qui démontre une remarquable résilience psychologique et une volonté de se relever rapidement manifeste. Son récit montre comment il a cherché, à travers les études, à construire un projet de vie malgré les obstacles : « Heureusement que j'ai bien bossé à l'école, au moins j'ai un bon niveau », affirmant même que « Ma mère est fière de moi malgré tout », ce qui souligne un lien affectif fort et une motivation intérieure soutenue par le besoin de reconnaissance familiale. Toutefois, suite à sa défense universitaire et confrontée à un marché du travail fermé, il entre dans une phase de confusion.

La combinaison d'un échec professionnel et d'une séparation amoureuse difficile pousse à une augmentation significative de sa consommation de cannabis, qu'il décrit lui-même comme une « solution temporaire » bien que « vraiment horrible ». L'usage de la drogue devient petit à petit dévastateur, touchant non seulement son bien-être psychologique par l'apparition d'hallucinations, de délires anxieux et d'une grande irritabilité, mais aussi ses relations interpersonnelles, en particulier avec sa mère qu'il finit par battre lors d'un moment de perte de contrôle. Ce moment, traversé avec une profonde tristesse, semble être un tournant où il réalise l'étendue des ravages engendrés par la consommation : « *Je regrette grave d'avoir fumé zetla... Je suis devenu une personne agressive, et plus personne ne me supporte à la maison.* »

Bien que le patient N°06 ait traversé une période difficile, il manifeste aujourd'hui un véritable désir de changement, soutenu par un amour profond pour sa famille, en particulier sa mère qu'il qualifie de « la meilleure du monde » et de « femme exceptionnelle ». Cette relation est clairement un fondement identitaire et émotionnel crucial, lui offrant la possibilité de conserver l'espoir et d'envisager un avenir centré sur le succès individuel et familial : « *J'ai trop hâte de reprendre ma vie normalement... Et surtout, je veux tout faire pour que ma mère et mes petits frères soient en bonne santé.* » Ce désir de protection et de réparation reflète une dynamique résiliente en cours, basée sur une reconnaissance précise de ses fautes, une clarté

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

sur les répercussions de sa consommation, et une réévaluation sincère de ses décisions antérieures.

Ainsi, malgré un parcours jonché d'obstacles, de déboires et de douleur psychologique, le patient N°6 représente une résilience en gestation, appuyée par des atouts personnels robustes (intelligence, ténacité académique, clairvoyance) ainsi que par un appui familial constant, en particulier celui d'une mère qui occupe une place centrale dans son processus de rétablissement. Ses paroles, chargées de regrets et d'espoir entremêlés, dévoilent une aptitude à se relever, à convertir la souffrance en motivation, et à exploiter ses capacités pour retrouver un parcours stable. Il est donc un exemple où la résilience se traduit par une persévérance intellectuelle, une relation familiale salvatrice et une détermination à guérir, des aspects essentiels dans un processus de surmonter l'addiction.

**2. Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild & Young (RS-25)**

**Tableau N°07 : Résultat du patient N°06**

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Total
1							7	
2							7	
3							7	
4							7	
5							7	
6							7	
7							7	
8							7	
9					5			
10					5			
11							7	
12							7	
13							7	
14							7	
15				4				
16			3					
17				4				
18						6		
19							7	
20					5			
21				4				
22							7	
23							7	
24							7	
25						5		

153

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle RS-25. Par ces résultats, nous remarquons que le patient N°06 a obtenu un score de 153/175, ce qui signifie un niveau de résilience élevé.

À partir de l'analyse des réponses du patient à l'échelle de résilience RS-25, nous avons remarqué qu'il a coché la note maximale (7) sur la majorité des items, ce qui indique une forte adhésion aux affirmations proposées. Par exemple, les items comme Item N°1 « *Lorsque je fais des projets, je les mène à terme* », Item N°2 « *En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre* », Item N°5 « *S'il le faut, je peux me débrouiller seul* » et item N°7 « *Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement* » traduisent une bonne capacité d'adaptation, un sens de l'autonomie, de la persévérance, ainsi qu'un sens des responsabilités .

L'item N°6 « *Je suis fier d'avoir réalisé des choses dans ma vie* », Item N°8 « *Je m'aime bien* » Item N°3 « *Je peux compter sur moi plus que les autres* ». Ces items révèlent une bonne estime de soi, un sentiment de fierté face à ses réalisations, ainsi qu'une confiance en ses propres capacités. Ces éléments traduisent une base psychologique solide, essentielle dans le processus de résilience. Item N°13 « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.* », indique que le patient s'appuie sur ses expériences passées pour faire face aux épreuves actuelles. Cela traduit une résilience acquise par l'expérience, c'est-à-dire la capacité à tirer des forces des difficultés surmontées auparavant.

Cependant, Pour certaines items il a coché sur les notes suivantes 3, 4 et 5 c'est-à-dire dans la moyenne par exemple Item N°16 « *Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire* » sur (3) ce qui signifie qu'il utilise l'humour de manière occasionnelle, trouvant parfois quelque chose à rire, mais pas de manière systématique. Dans les Items suivants N° 15, N°17 et N°21 sont sur 4, il manifeste un intérêt certain pour différentes activités, sans que cela soit particulièrement marqué. Sa confiance en lui-même lui permet généralement de faire face aux épreuves, bien que cette assurance puisse être instable selon les situations. Enfin, il perçoit du sens dans sa vie, mais ce sentiment semble encore en construction ou sujet à des fluctuations.

### **Synthèse**

À partir de l'entretien clinique et de l'évaluation par l'échelle RS-25, il ressort que le patient présente un profil résilient positif, malgré un passé marqué par une consommation prolongée de cannabis et diverses difficultés personnelles et familiales. Il mobilise des mécanismes de résilience spécifiques, qui se traduisent par l'activation de ressources internes telles qu'une bonne capacité d'adaptation, un sens de l'autonomie, de la persévérance, ainsi

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

qu'une estime de soi relativement stable. Ces éléments lui permettent de faire face aux épreuves passées et d'engager une démarche sincère de transformation.

En complément, le patient s'appuie également sur des ressources externes, en particulier le soutien affectif de sa mère, qui joue un rôle stabilisateur important dans son processus de rétablissement. Cette relation constitue un repère structurant, renforçant son engagement et sa motivation à sortir de l'addiction.

Ainsi, à travers l'entretien et l'évaluation psychométrique, on observe comment le patient met en œuvre des mécanismes de résilience à la fois personnels et relationnels, qui l'aident non seulement à faire face à son addiction, mais aussi à préparer un projet de vie post-addictif, fondé sur la reconstruction et le changement durable.

### **II. La discussion de l'hypothèse :**

L'analyse des résultats issus de nos six cas cliniques nous permet à présent de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse de départ.

Pour évaluer la validité de notre hypothèse, nous avons exploité les données issues de deux instruments complémentaires principaux : notre guide d'entretien semi-directif, qui nous permet d'explorer en profondeur les expériences personnelles, sociales et familiales des patients, et une échelle de résilience RS-25 (1993), apportant un éclairage quantitatif sur leur capacité à faire face à l'adversité.

Dans cette étude, notre objectif est de mieux comprendre comment les consommateurs de cannabis arrivent à surmonter leur dépendance, à faire face aux difficultés liées à cette situation, et à reconstruire leur vie. On cherche à identifier les mécanismes de résilience qu'ils utilisent, que ce soit des ressources personnelles ou le soutien extérieur.

Pour cela, nous avons proposé l'hypothèse suivante : « les toxicomanes engagés dans un parcours de réhabilitation mobilisent des mécanismes de résilience spécifiques, à la fois internes (ressources personnelles) et externes (soutien social et accompagnement thérapeutique), qui leur permettent de surmonter l'addiction, de gérer les rechutes éventuelles et de construire un projet de vie post-addictif. »

Tout d'abord, à partir des entretiens menés, nous avons constaté que les six patients bénéficient de ressources extérieures importantes, notamment d'un soutien familial significatif.

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

-Le patient n°1 évoque son père comme son principal soutien tout au long de sa prise en charge.

-Le patient n°2 souligne l'appui constant de sa mère et de son oncle.

-Le patient n°3 insiste sur la présence continue de sa mère avec un bon accompagnement thérapeutique.

-Le patient n°4 exprime sa fierté vis-à-vis du soutien apporté par son épouse et affirme que son désir de guérir est en grande partie motivé par la volonté de protéger ses enfants.

-Le patient n°5 mentionne également son père comme figure de soutien.

Enfin, le patient n°6 se dit fier de pouvoir compter sur sa mère ainsi que sur ses petits frères. Ces éléments montrent que le soutien familial, sous différentes formes, constitue une ressource externe précieuse, jouant un rôle central dans la mobilisation des mécanismes de résilience.

Les résultats de l'échelle RS-25 montrent que les six patients possèdent des ressources internes pour faire face à leur addiction, avec des niveaux de résilience variables.

**PN°01 :** avec un score total élevé de **151**

**PN°02 :** avec un score total modéré de **124**

**PN°03 :** avec un score total modéré de **139**

**PN°04 :** avec un score total modéré de **132**

**PN°05 :** avec un score total élevé de **150**

**PN°06 :** avec un score total élevé de **153**

Les résultats obtenus à l'échelle de résilience RS-25 révèlent des signes clairs de résilience chez l'ensemble des participants. Dont trois d'entre eux ont des scores élevés (P01 : 151, P05 : 150, P06 : 153), indiquant une résilience fortement développée, traduisant une solide confiance en soi, une estime de soi, une bonne régulation émotionnelle et une capacité affirmée à faire face aux situations difficiles. Ces profils illustrent clairement la présence de ressources internes puissantes favorisant l'engagement dans un processus de réhabilitation durable.

Les trois autres patients (P02 : 124, P03 : 139, P04 : 132) présentent quant à eux des scores modérés, témoignant d'un potentiel de résilience déjà actif, mais qui peut encore être renforcé. En reconnaissant leurs limites, ces patients sont en mesure de mobiliser activement les ressources nécessaires à leur progression et à la consolidation de leur stabilité.

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

De manière globale, ces résultats mettent en lumière la présence de ressources internes significatives chez tous les participants. En complément des entretiens, qui ont révélé un soutien familial et social fort avec un bon accompagnement thérapeutique, nous pouvons confirmer notre hypothèse de départ : « les toxicomanes engagés dans un parcours de réhabilitation mobilisent des mécanismes de résilience spécifiques, à la fois internes (ressources personnelles) et externes (soutien social et accompagnement thérapeutique), qui leur permettent de surmonter l'addiction, de gérer les rechutes éventuelles et de construire un projet de vie post-addictif».

Par ailleurs, plusieurs études ont mis en évidence le rôle déterminant des ressources internes et externes dans le développement de la résilience chez les toxicomanes. Parmi celles-ci, une étude descriptive fondée sur une technique d'échantillonnage aléatoire simple, a été utilisé. Au total, 430 jeunes toxicomanes en cours de traitement ont été recrutés dans dix centres de soins situés dans l'Est de la Thaïlande, entre avril et juin 2021, par Jinjutha Chaisena Dallas, Pornchai Jullamate, Duangjai Vatanasi, Saifone Moungkum, Sivasankari Nadarajan, Nisakorn Krungkraipetch.

Les données ont été recueillies à l'aide de neuf instruments : une fiche de renseignements sociodémographiques, un questionnaire sur la résilience, le questionnaire d'estime de soi de Rosenberg, un questionnaire sur la flexibilité psychologique adapté aux toxicomanes, un questionnaire sur la fusion cognitive, l'échelle d'auto stigmatisation liée à la consommation de substances, une échelle de cohésion familiale, un questionnaire sur l'intimité amicale et un questionnaire sur les ressources personnelles.

Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives et d'une régression multiple par étapes. Résultats : Les résultats ont révélé un niveau élevé de résilience (89,30 %) chez les jeunes en traitement pour toxicomanie. L'analyse de régression multiple par étapes a mis en évidence plusieurs facteurs significativement associés à la résilience, notamment l'estime de soi ( $\beta = 0,260$ ,  $p < .001$ ), la flexibilité psychologique ( $\beta = 0,222$ ,  $p < .001$ ), le soutien social ( $\beta = 0,209$ ,  $p < .000$ ) et la cohésion familiale ( $\beta = -0,194$ ,  $p < .001$ ). L'ensemble de ces variables explique 26,9 % de la variance de la résilience chez les jeunes toxicomanes ( $R^2 = 0,269$ ,  $p < .001$ ). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9941599/>

### **Synthèse :**

L'analyse croisée des entretiens cliniques et des résultats à l'échelle de résilience RS-25 permet de confirmer l'hypothèse de départ. Les six patients étudiés mobilisent des ressources de résilience à la fois internes et externes dans leur parcours de réhabilitation. Sur le plan

## **Chapitre IV: Analyse et interprétation des résultats et discussion de l'hypothèse**

---

externe, un soutien familial constant, parfois renforcé par un accompagnement thérapeutique, apparaît comme un pilier central. Sur le plan interne, l'échelle RS-25 révèle des niveaux de résilience variables mais globalement significatifs : trois patients présentent des scores élevés, témoignant d'une forte estime de soi, d'une bonne régulation émotionnelle et d'une capacité d'adaptation développée ; les trois autres obtiennent des scores modérés, indiquant un potentiel de résilience mobilisable et perfectible.

# *Conclusion*

## **Conclusion**

---

### **Conclusion**

La résilience, entendue comme la capacité à faire face aux épreuves, à surmonter l’adversité et à se réorganiser psychiquement après un traumatisme, représente un concept fondamental en psychologie clinique. Elle ne se réduit pas à une aptitude innée, mais s’élabore dans le temps, au croisement de facteurs internes comme l'estime de soi, la capacité d'introspection et la régulation émotionnelle et de facteurs externes tels que le soutien social, familial, thérapeutique ou communautaire. Dans le contexte particulier de la toxicomanie, et plus précisément de la dépendance au cannabis, la résilience apparaît comme un levier essentiel dans les parcours de rétablissement.

Notre recherche a été motivée par le besoin de mieux comprendre comment certains individus parviennent, malgré leur dépendance, à se reconstruire, à donner un sens nouveau à leur existence, et à engager un processus de transformation psychique. L'étude clinique menée auprès de six patients hospitalisés à l'EHS de psychiatrie d'Oued Ghir a permis d'explorer en profondeur ces trajectoires. L'approche méthodologique combinée entretiens cliniques semi-directifs et passation de l'échelle RS-25 de Wagnild et Young a offert une double lecture du phénomène de résilience : à la fois subjective, à travers le vécu raconté par les patients, et objectivée par des indicateurs psychométriques.

Les résultats de cette étude mettent en évidence la diversité des profils de résilience. Certains sujets présentent une structuration interne relativement stable, favorisée par un entourage bienveillant, une motivation forte à sortir de l'addiction, et une bonne adhésion au suivi thérapeutique. D'autres présentent des fragilités importantes, mais ces dernières ne sont pas synonymes d'échec : elles témoignent plutôt d'un potentiel de développement résilient, qui peut être activé ou renforcé par des conditions d'accompagnement appropriées. Ainsi, la résilience ne s'inscrit pas dans un modèle unique, mais dans une pluralité de parcours, de rythmes et de ressources.

Il ressort également que la qualité des relations familiales, la présence de figures de soutien fiables, l'existence de projets de réinsertion, ou encore la reconnaissance symbolique et sociale du patient, jouent un rôle déterminant dans l'évolution positive de la résilience. De même, les ruptures biographiques, les événements marquants, et les prises de conscience personnelles peuvent agir comme des déclencheurs d'un processus de reconstruction.

Ces constats confirment l'idée que la résilience ne peut être dissociée de l'environnement du sujet, et qu'elle doit être envisagée dans une logique systémique et interactionnelle. Dès lors,

## **Conclusion**

---

la prise en charge thérapeutique des toxicomanes ne saurait se limiter à l'objectif du sevrage. Elle doit intégrer une vision plus globale de la personne, tenant compte de ses vulnérabilités mais aussi de ses potentialités, et valorisant son rôle actif dans sa propre transformation.

Ce mémoire met en lumière la nécessité d'un accompagnement centré sur le renforcement des ressources du patient, une approche qui valorise ses capacités d'adaptation et qui soutient l'élaboration d'un nouveau récit de soi, libéré de la dépendance. Il s'agit d'un changement de posture, dans lequel le thérapeute n'est plus seulement un expert, mais un partenaire de cheminement, capable d'accueillir la souffrance tout en stimulant les forces internes du sujet.

En fin, la résilience n'est pas seulement un concept théorique, mais une réalité vivante, observable, et mobilisable. Elle rappelle que, même au cœur de la souffrance liée à l'addiction, il demeure une possibilité de changement, de renaissance, et de dignité retrouvée. Il appartient à la clinique de reconnaître cette puissance de vie, et de lui offrir les conditions nécessaires pour s'exprimer.

En conclusion, cette étude ouvre des perspectives de recherche prometteuses. Il serait pertinent d'élargir l'échantillon étudié à d'autres catégories de dépendance ou de milieux sociaux, d'observer les effets à long terme des interventions thérapeutiques sur la résilience, ou encore de croiser les approches cliniques avec des démarches communautaires. Une meilleure compréhension de la résilience dans des contextes variés permettrait de concevoir des dispositifs de soin plus souples, plus humains, et plus efficaces, capables de s'adapter aux réalités singulières des personnes concernées.

Nous proposons, à ce titre, quelques pistes inédites qui pourraient nourrir de futurs travaux sur la résilience et la toxicomanie :

- 1- Étude de la résilience chez les aidants familiaux de patients présentant une double pathologie : schizophrénie et toxicomanie.
- 2- Comprendre la dynamique de résilience chez les usagers de substances psychoactives en situation de besoins spécifiques.
- 3- Impact de la toxicomanie sur la relation conjugale.

# *Bibliographie*

## Bibliographie

### Ouvrage :

- Algalarrondo, O. (2014). *De la consommation au sevrage (cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne), en milieu libre ou en milieu carcéral : Prises en charge et rôle du pharmacien d'officine* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, U.F.R des Sciences Pharmaceutiques]. Récupéré sur. [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018126v1/file/Pharmacie\\_2014\\_Algalarrondo.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018126v1/file/Pharmacie_2014_Algalarrondo.pdf)
- Anaut, M. (2005). *La résilience. Surmonter les traumatismes*. Armand Colin.
- Anaut, M. (2008). *La résilience : Surmonter les traumatismes* (2e éd.). Armand Colin.
- Algalarrondo, O. (2014). *De la consommation au sevrage (cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne), en milieu libre ou en milieu carcéral : Prises en charge et rôle du pharmacien d'officine* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, U.F.R des Sciences Pharmaceutiques]. Récupéré sur. [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018126v1/file/Pharmacie\\_2014\\_Algalarrondo.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018126v1/file/Pharmacie_2014_Algalarrondo.pdf)
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod
- Biron, A. Huerre, J & Reymond, M. (1979). *Drogues : Toxicomanes et toxicomanie*. Hermann
- Bloch, H., Chemama, R., & Dépret, É. (Dir.). (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse
- Bruno, D. (2003). *Facteurs de résilience dans les toxicodépendances. Psychotropes*. <https://shs.cairn.info/revue-psychotropes-2003-1-page-61?lang=fr>

- Cyrilnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience : Connaissances de base*. Odile Jacob.
- Fournier, G. (2020). *Les chimiotypes du chanvre (Cannabis sativa L.) : Intérêt pour un programme de sélection* [Thèse de doctorat, Université Paris XI, Faculté de Pharmacie, U.E.R. de Chimie thérapeutique, Laboratoire de Pharmacognosie]. Récupéré sur <https://hal.science/hal-00884310/document>
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). (2006). *Drogue & dépendance : Le livre d'information - État des connaissances* : mars 2006. INPES. Récupéré sur <https://www.info-sante-normandie.fr/media-files/livredrogueet-depedance,714.pdf>
- Ionescu, S. (dir.). (2011). *Traité de résilience assistée* (Préface de B. Cyrilnik). Presses universitaires. Lejoyeux, M. (2017). Addictologie (3e éd.). Elsevier Masson.
- Morel, A. (2004). *Prévenir les toxicomanies*. Dunod.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (2003). *Soigner les toxicomanes* (2e éd.). Dunod.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, F. (2020). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie* (3e éd.). Dunod
- Richard, D. (2009). *Le cannabis et sa consommation*. Armand Colin.
- Salmandjee, Y. (2003). *Les drogues : Tout savoir sur leurs effets, leurs risques et la législation*. Eyrolles.

## Webographie

<https://www.ofdt.fr/cannabis-resine-herbe-huile-cbd-synthese-des-connaissances-1724>

<https://cbd-discounter.fr/resine-cbd-pas-cher/72-hash-afghan-resine-cbd-pas-cher.htm>

<https://www.granions.fr/ingredients/actifs/cbd.html>

# ***ANNEXE***

## **Annexe N°01 : Guide d'entretien semi-directif**

### **Axe 1 : Parcours de Vie et Contexte Personnel**

#### **1. Informations Générales**

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre niveau d'éducation ( primaire, secondaire, supérieur) ?
- Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? Travaillez-vous, êtes-vous au chômage, en formation, ou autre chose ?
- Avec qui vivez-vous actuellement ? Seul, en famille, en colocation, ou dans un centre d'accueil ?

#### **2. Histoire Familiale et Enfance**

- Comment décririez-vous votre enfance ? Étiez-vous entouré de soutien familial ?
- Avez-vous vécu des événements difficiles durant votre enfance ou adolescence (par exemple, violence, abandon, précarité, décès, séparation des parents) ?
- Quels souvenirs marquants gardez-vous de cette période ?
- Comment votre famille joue-t-elle aujourd'hui un rôle dans votre vie ? Est-ce un soutien ou une source de tension ?

#### **3. Vie Sociale et Relationnelle**

- Disposez-vous d'amis ou de proches sur qui vous pouvez compter dans les moments difficiles ?
- Comment décririez-vous vos relations sociales actuelles ? Sentez-vous bien entouré ?
- Avez-vous déjà ressenti de l'isolement ou de la solitude ? Si oui, dans quel contexte ?

### **Axe 2 : Expérience avec la Toxicomanie**

#### **4. Début de la Consommation**

- À quel âge avez-vous commencé à consommer des substances psychoactives ?
- Quelles étaient les raisons ou le contexte de cette première consommation ? (Par exemple, curiosité, pression sociale, mal-être, etc.)
- Quelles substances avez-vous consommées au début ?

#### **5. Habitudes et Dépendance**

- Quelles substances consommez-vous actuellement ? À quelle fréquence ?
- Quels sont les moments ou les situations où vous ressentez le plus le besoin de consommer ?
- Comment vous sentez-vous après avoir consommé ? Y a-t-il des effets positifs ou négatifs immédiats ?

## **6. Impact de la Consommation**

- Comment votre consommation a-t-elle affecté votre santé physique et psychologique ?
- Avez-vous rencontré des difficultés professionnelles, familiales ou sociales en raison de votre addiction ?
- Comment votre entourage (famille, amis, collègues) réagit-il à votre consommation ?

## **Axe 3 : Les Ressources et Stratégies de Résilience**

### **7. Capacité à Faire Face aux Difficultés**

- Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées à cause de votre consommation ?
- Comment avez-vous réussi à surmonter certaines d'entre elles ? Quelles stratégies avez-vous employées ?
- Y a-t-il eu des personnes ou événements spécifiques qui vous ont aidé à tenir le coup ?

### **8. Facteurs de Protection et de Motivation**

- Avez-vous des centres d'intérêt ou activités qui vous aident à aller mieux (sport, art, religion, bénévolat, etc.) ?
- Vous considérez-vous comme une personne capable de rebondir après une épreuve ? Pourquoi ?
- Quelles sont vos forces personnelles selon vous ? Que croyez-vous être capable d'accomplir malgré les obstacles ?

### **9. Soutien et Accompagnement**

- Avez-vous déjà suivi une thérapie ou un accompagnement psychologique ? Si oui, trouvez-vous cela utile ?
- Quels types d'aide ou de soutien pensez-vous nécessaires pour continuer à progresser ?
- Avez-vous participé à des programmes de réinsertion sociale ou professionnelle ? Si oui, comment cela a-t-il contribué à votre parcours ?

## **Axe 4 : Projection et Espoir de Changement**

### **10. Vision de l'Avenir**

- Comment imaginez-vous votre avenir dans un an, cinq ans ? Voyez-vous des améliorations possibles ?
- Avez-vous des projets ou des objectifs que vous aimeriez atteindre ? Quels seraient les premiers pas pour y arriver ?
- Qu'est-ce qui pourrait faciliter votre avancée vers ces objectifs ?

## **11. Rapport au Changement**

- Pensez-vous pouvoir réduire ou arrêter votre consommation un jour ? Qu'est-ce qui vous motive le plus à changer ?

- Quels seraient, selon vous, les premiers pas pour amorcer ce changement ?

- Quels défis anticipés pourriez-vous rencontrer dans ce processus ?

### **Vers la fin :**

- Y a-t-il quelque chose d'important que vous aimeriez ajouter sur votre parcours et votre expérience ?

- Comment vous sentez-vous après cet entretien ? Avez-vous trouvé cela utile ou difficile ?

## Annexe02 : L'échelle de résilience l'échelle de Wagnild et Young

(RS-25) 1993

**La consigne :** 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.

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Ionescu et al. 2010)		(très en désaccord)	1	2	3	4	5	6	7	(totalement en accord)
1.	Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.		1	2	3	4	5	6	7	
2.	En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.		1	2	3	4	5	6	7	
3.	Je peux compter sur moi plus que sur les autres.		1	2	3	4	5	6	7	
4.	L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.		1	2	3	4	5	6	7	
5.	S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).		1	2	3	4	5	6	7	
6.	Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.		1	2	3	4	5	6	7	
7.	Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.		1	2	3	4	5	6	7	
8.	Je m'aime bien.		1	2	3	4	5	6	7	
9.	Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.		1	2	3	4	5	6	7	
10.	Je suis une personne déterminée.		1	2	3	4	5	6	7	
11.	Je me demande rarement quel est le sens des choses.		1	2	3	4	5	6	7	
12.	Je prends les choses comme elles viennent.		1	2	3	4	5	6	7	
13.	Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.		1	2	3	4	5	6	7	
14.	Je sais m'auto-discipliner.		1	2	3	4	5	6	7	
15.	Je m'intéresse à diverses choses.		1	2	3	4	5	6	7	
16.	Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.		1	2	3	4	5	6	7	
17.	Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.		1	2	3	4	5	6	7	
18.	En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.		1	2	3	4	5	6	7	
19.	D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.		1	2	3	4	5	6	7	
20.	Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.		1	2	3	4	5	6	7	
21.	Ma vie a un sens.		1	2	3	4	5	6	7	
22.	Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.		1	2	3	4	5	6	7	
23.	Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.		1	2	3	4	5	6	7	
24.	J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.		1	2	3	4	5	6	7	
25.	Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas.		1	2	3	4	5	6	7	

## Résumé

Cette recherche s'inscrit dans le champ de la psychologie clinique et porte sur l'étude de la résilience chez les jeunes toxicomanes consommateurs de cannabis. L'objectif principal est d'évaluer la capacité de résilience chez six patients suivis en psychiatrie, à l'hôpital EHS de Oued Ghir, afin de déterminer les ressources internes et externes qui les aident à faire face à leur dépendance.

Pour ce faire, une méthode mixte a été utilisée, combinant des entretiens cliniques semi-directifs et l'échelle de résilience RS-25 de Wagnild et Young. Ces outils ont permis d'explorer les expériences subjectives des patients tout en mesurant leur niveau de résilience.

Les résultats révèlent que des facteurs tels que le soutien social, l'estime de soi, la relation thérapeutique et la capacité à donner un sens à l'épreuve jouent un rôle déterminant dans le processus de résilience. Cette étude souligne ainsi l'importance d'un accompagnement global pour favoriser la reconstruction des sujets en situation de dépendance.

**Mots clé :** Résilience, Toxicomanie, consommateurs, Cannabis.

## Abstract

This research falls within the field of clinical psychology and focuses on the study of resilience among Young People with Cannabis Use Disorder. The main objective is to assess the resilience capacity of six patients receiving psychiatric care at the EHS Hospital in Oued Ghir, in order to identify the internal and external resources that help them cope with their addiction.

To achieve this, a mixed-methods approach was employed, combining semi-structured clinical interviews with the Resilience Scale (RS-25) developed by Wagnild and Young. These tools allowed for the exploration of patients' subjective experiences while also measuring their level of resilience.

The findings reveal that factors such as social support, self-esteem, the therapeutic relationship, and the ability to find meaning in adversity play a crucial role in the resilience process. This study thus highlights the importance of comprehensive support in promoting recovery among individuals facing addiction.

**Keywords:** Addiction; resilience; cannabis users, cannabis.

## ملخص

يندرج هذا البحث ضمن مجال علم النفس العيادي ويتعلق بدراسة الإرجاعية لدى الشباب متعاطي القنب. والهدف الرئيسي هو تقييم مرونة ستة مرضى يخضعون للعلاج النفسي في مستشفى واد غير EHS، من أجل تحديد الموارد الداخلية والخارجية التي تساعدهم على التعامل مع إيمانهم. وللقيام بذلك، تم استخدام طريقة مختلطة تجمع بين المقابلات السريرية شبه المنظمة ومقياس المرونة RS-25 الذي وضعه فاغنيلد ويونغ. تم استخدام هذه الأدوات لاستكشاف التجارب الذاتية للمرضى مع قياس مستوى مرونتهم.

أظهرت النتائج أن عوامل مثل الدعم الاجتماعي واحترام الذات وال العلاقة العلاجية والقدرة على فهم المحنّة تلعب دوراً حاسماً في عملية المرونة. تؤكد هذه الدراسة على أهمية الدعم الشامل في مساعدة الأشخاص في حالات الاعتماد على إعادة بناء حياتهم.

**الكلمات المفتاحية:** الإدمان؛ الإرجاعية؛ القنب؛ متعاطي القنب.