

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES
ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work - Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
THE SOCIAL SCIENCES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

L'INSIGHT DANS LA GESTION DU CRAVING : ETUDE DE CAS SUR LA CAPACITE DE SYMBOLISATION CHEZ LE TOXICOMANE

Mémoire de Master II en Psychologie, soutenu le 30 Juillet 2024

Par :

NGANA ABANDA Charles Lionel

Matricule : 19v673

Option : Psychopathologie et Clinique

Sous la Direction de :

TCHEUNDJIO Rosaline, Chargé de cours à l'Université de Yaoundé 1

Jury :

NOUMBISSIE Claude Désiré

Université de Yaoundé 1

Président

Maître de conférences

ONDOUA MBENGONO Laura

Université de Yaoundé 1

Examineur

Chargé de Cours

TCHEUNDJIO Rosaline

Université de Yaoundé 1

Rapporteur

Chargé de Cours



SOMMAIRE

Sommaire.....	i
Dédicace	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	iv
Abstract.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des tableaux.....	vii
Liste des abréviations sigles et acronymes.....	viii
Liste des Annexes	ix
Introduction général.....	1
1^{ère} partie : cadre conceptuel et théorique	4
Chapitre 1 : Problématique	5
Chapitre 2 : Analyse critique des concepts et revue de la littérature sur l’insight, le craving, la symbolisation et la toxicomanie	17
Chapitre 3 : Encrage théorique de l’étude sur la Symbolisation	47
2^{ème} partie : cadre méthodologique et opératoire.....	57
Chapitre 4 : Méthodologie de l’étude	58
Chapitre 5 : Présentation et analyse des résultats	79
Chapitre 6 : interprétation des résultats et discussions	96
Conclusion générale.....	114
Références bibliographiques.....	117
Annexes	x
Table des matières	xlix

Dédicace

À ma Maman

REMERCIEMENTS :

Ce travail est le fruit d'un long processus qui n'aurait été possible que par l'effort physique, psychologique et financier de mon entourage ; c'est la raison pour laquelle j'adresse mes remerciements :

- Au Dr TCHEUNDJIO Rosaline, mon Directeur de mémoire pour la directivité dans la rédaction ;
- Au Dr Joseph BITOGO pour l'aide dans les notions en psychopathologie et clinique, l'orientation et l'aide dans le montage du guide d'entretien;
- Au département de psychologie, pour la dispensation des cours à l'amphi durant notre formation;
- Au Pr MAYI Marc Bruno le chef du laboratoire du développement et du mal développement pour les orientations et les édifications durant les séminaires et les pré-soutenances ;
- Au Dr NDJOCKI Gyslain pour l'aide dans le travail ;
- Au Dr KEMME KEMME Marileine pour la disposition du lieu du stage et la collecte des données ;
- A mes parents Mr et Mme ABANDA pour l'encouragement et l'aide financière dans le travail ;
- Ames tuteurs Mr et Mme NYAMENG pour l'encouragement et l'aide financière dans le travail ;
- A mes frères et sœurs pour l'aide financière ;
- A mes frères et sœurs en christ pour les encouragements ;
- Au RECBEDH dans les sessions de formations dans la rédaction ;
- A la TEAM DES PSY pour l'accompagnement depuis la première année. Il s'agit NGUELE Claire, SHE Paul Francky, NGO SAMNICK Lagrace Chantal ;
- A tous mes proches et amis, pour les encouragements, notamment TIAM TALLA Daryl ;

Notre étude s'intitule : «*L'insight dans la Gestion du Craving : Etude de Cas sur la Capacité de symbolisation chez le Toxicomane*». Cette étude aborde les problématiques de la rechute dans la gestion des envies, des désirs, du manque pendant le sevrage. L'accent est mis sur la capacité de symbolisation qu'a le toxicomane à pouvoir gérer ces envies. Le problème que pose notre étude est celui de la gestion du craving chez le toxicomane en sevrage : impacte de la carence de symbolisation.

Ainsi, nous nous sommes posé la question de savoir « *comment la capacité de symbolisation, en passant par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-droque, et la verbalisation avec l'environnement référent est un élément indispensable qui participe à la gestion du craving pouvant conduire à la finalité du sevrage ?* ». En nous appuyant sur la théorie psychanalytique de la symbolisation chez Roussillon cité par Di Rocco (2006), et Brun et Roussillon (2016) nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle « *la capacité de symbolisation, en passant par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-droque, et la verbalisation avec l'environnement référent est un élément indispensable qui participe à la gestion du craving, et à la finalité du sevrage* ». Partant de là, elle s'est donnée pour objectif d'appréhender la capacité de symbolisation dans la gestion du craving chez le toxicomane inclut dans un processus de sevrage.

Pour y arriver, nous avons fait usage de la méthode clinique, plus précisément de l'étude de cas. Les données ont été recueillies à l'aide des entretiens semi-directifs et du test de l'arbre de Charles Koch auprès de deux patients du Centre la Vie durant l'année 2024. Nous avons fait recours à l'analyse de contenu thématique pour analyser les données. Les résultats obtenus ont été interprétés à l'aide de la théorie psychanalytique de la symbolisation de Roussillon (1997) cité par Di Rocco (2006), Brun et Roussillon (2016). Ces résultats montrent que la symbolisation ne peut s'effectuer que si au niveau de la symbolisation secondaire, le sujet arrive à verbaliser et à partager son manque, ses envies de consommation à sa famille qui est son environnement référent de base. La rechute est donc expliquée ici car il y'a cette incapacité à relater son vécu à sa famille.

Mots clés : insight, craving, symbolisation, toxicomane/toxicomanie

Our study is entitled: “Insight in the Management of Craving: Case Study on the Capacity for Symbolization in Drug Addicts”. In terms of the literature, some approach craving in the sense that it is a manifestation of withdrawal, and the physical presence of this manifestation (Isbell 1955); others consider craving to be the total overwhelm of a person's psyche manifested by obsessive thoughts leading the individual to a perpetual search for relief (Verheul, van den Brink, & Geerlings, 1999). But few studies have focused on questions of symbolization in the management of craving. Thus, the problem posed by our study is that of the non-verbalization of the experience/suffering of the cannabis addict of the CSAPA center during life during the management of craving. Thus, we asked ourselves the question of knowing *"how is the capacity for symbolization, through the presence of the mother, the separation with the drug object, and the verbalization with the referent environment, an element essential which participates in the management of craving which can lead to the finality of withdrawal?"* Based on the psychoanalytic theory of symbolization by René Roussillon cited by Di Rocco, (2006), and Brun et Roussillon, R. (2016) we formulated the hypothesis according to which *“the capacity to symbolization, through the presence of the mother, the separation with the drug object, and the verbalization with the referent environment is an essential element which participates in the management of craving, and in the finality of withdrawal”*. From there, it set itself the objective of understanding the capacity for symbolization in the management of craving in the drug addict included in a withdrawal process..

To achieve this, we used the clinical method, more precisely the case study. The data was collected using semi-structured interviews and the Charles Koch tree test from two patients at the Center la Vie during the year 2024. We used thematic content analysis to analyze the data. The results obtained were interpreted using the psychoanalytic theory of symbolization of Roussillon, (1997) cited by Di Rocco, (2006 p.259) and Brun and Roussillon (2016). These results show that symbolization can only be carried out if at the level of secondary symbolization, the subject manages to verbalize his difficulties, consumption desires to his family which is his basic referent environment. The relapse is therefore explained here because there is this inability to relate his experience to his family.

Keywords: insight, craving, symbolization, addict/drug addiction

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle cognitivo-comportemental de Marlatt et Gordon (1985).....47

Figure 2 : Symbolique spatiale (Pulver, Grünwald, Koch)..... 76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1: Modèle d'analyse sur la symbolisation	59
Tableau 2 : Caractéristiques des participants.....	66
Tableau 3 : Résultats diagnostics des participants	87

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CIM : classification internationale des maladies

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

DSM: diagnostic and statistical manual of mental disorders

HAIS : hanil alcohol insight scale

OCDS : obsessive compulsive drinking scale

OMS : organisation mondiale de la santé

TOC: troubles obsessionnels compulsifs

BABS: brown assessment of beliefs scale

SUMD: the scale to assess unawareness in mental disorder

MINSANTE: Ministère de la Santé Publique

HCY : hôpital centrale de Yaoundé

LISTES DES ANNEXES

Annexe 1: Attestation de recherche	x
Annexe 2: Lettre du coordonnateur du laboratoire de psychologie du développement et du mal développement.	xi
Annexe 3: Critères diagnostiques de sevrage du cannabis du DSM V .	xii
Annexe 4 : echelle de l'OCDS réadapté au cannabis.....	xiii
Annexe 5 : Echelle du Hanil réadapté au cannabis	xxv
Annexe 6 : Formulaire de consentement éclairé	xxxi
Annexe 7 : guide d'entretien	xxxii
Annexe 8 : corpus des entretiens avec Stan.....	xxxiv
Annexe 9 : corpus des entretiens avec Brad	xl
Annexe 10 : Arbre de Stan	xlvi
Annexe 11 : Arbre de Brad	xlvi

INTRODUCTION GENERAL

L'addiction est perçue de façon vulgaire comme la consommation incontrôlable d'une substance. Mais nous avons de façon générale l'addiction aux substances et l'addiction comportementale. Dans cette étude, nous nous sommes attardé à un aspect de l'addiction bien connu ; celui du craving. Il est compris comme une envie intense et irrésistible de consommer une substance ou d'émettre un comportement.

Dans le cadre des traitements des troubles addictifs, on conçoit le craving comme un facteur prédicteur de la rechute ; il est un point essentiel sur lequel les spécialistes se basent dans le traitement de ces troubles. Dans la présente étude, nous nous intéresserons au craving chez les toxicomanes du CSAPA incluent dans un processus de sevrage.

Le rapport de l'Atlas OMS (2010) concernant la consommation nous montre que, 3,5 % à 5,7 % des personnes ayant entre 15-64 ans prennent des drogues interdites et dangereuses dans le monde et l'on estime que 10 % à 15 % parmi eux deviennent addictes ou bien consomment de façon exagéré. Les centres sanitaires et sociaux de la région Bretagne ont pris en charge 949 toxicomanes en novembre 2003. Près de la moitié, environ 450 toxicomanes, est pris en charge dans le centre de spécialisation et de traitement de la toxicomanie, dont 410 dans les seuls centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

Le Rapport de 2020 sur l'épidémie de l'abus de la consommation des substances psychoactives et dépendogènes, montre que le cannabis (43,19%) constitue l'une des drogues de base les plus consommé, et dont les consommateurs sont beaucoup plus pris en charge. Face à ce phénomène alarmant en territoire camerounais, le gouvernement à travers le Minsante et sa structure opérationnelle (Comité national de lutte contre la drogue) ont réitéré leur motivation à sensibiliser sur les questions de drogues, leur impacts et leurs méfaits d'où la prévention et la sensibilisation chez les jeunes et en milieu scolaire et le renforcement dans les centre CSAPA dont 19 déjà au Cameroun ; à l'instar du centre la vie de l'hôpital central de Yaoundé notre milieux d'étude.

Un grand nombre d'études ont recensé le craving comme un désir, une envie irrésistible de consommer. Ce type d'envie est une réponse à l'absence de plaisir. Deux autres types de craving ont été distingués, chacun étant sous-tendus par des dérèglements neurobiologiques spécifiques. Ainsi, nous en avons celui qui soulage le toxicomane, étant à l'origine d'une angoisse interne ou d'un comportement stressant, et nous en avons un autre, durant la période de sevrage qui envahit les pensées du toxicomane, se matérialisant par des pensées obsédantes ayant pour seul objectif, la recherche du soulagement (Verheul, van den Brink, & Geerlings, 1999).

Cependant, nous remarquons que ces travaux s'intéressent essentiellement au craving dans la compréhension des envies et dans l'explication de la rechute. D'autre part, il y'a eu des travaux qui ont mis en avant le fait que l'insight serait associé au craving ; un manque de conscience considérables sur son addiction a pour conséquence la rechute (Lambert, L. 2022). Les autres études montrent également qu'un manque d'insight serait beaucoup plus lié à une rechute considérable dans d'autres psychopathologies. Lambert (2022 p.72) nous renseigne sur le fait que les toxicomanes ayant un manque d'insight clinique vivent plus de manque par rapport à ceux qui ont un taux plus élevé d'insight clinique.

Ces auteurs ont avancé que c'est une présence d'insight dans la gestion du craving qui pourrait conduire le toxicomane à une bonne gestion de ses envies, pour un état de mieux être dont l'arrêt de consommation. Mais nous avons observé au CSAPA Centre la vie que malgré le fait que les patients avaient des scores modérés sur l'évaluation de leur insight à travers le Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) réadapté au cannabis (c'est-à-dire qu'ils savaient que le cannabis est nocif pour eux, qu'il fallait absolument demander de l'aide, et se faire accompagner par un professionnel pour arrêter la consommation), on pouvait observer la rechute quelques jours après, ou une semaine après la passation de l'échelle du Hanil.

Pour mieux comprendre ce phénomène, nous avons eu à nous interroger sur leur capacité de symbolisation durant la gestion du craving avec cette présence de l'insight.

Dans le contexte de prise en charge des toxicomanes au centre la vie, la dimension psychopathologique du craving est nécessaire pour la compréhension de la pathologie pour une meilleure prise en charge des troubles addictifs. Les études en psychologie cognitive ont expliqué la rechute avec une approche cognitivo-comportementale mais n'ont pas mis l'accent sur le niveau de symbolisation des toxicomanes durant la gestion du craving dans le sevrage.

La symbolisation dans la gestion du craving apparaît comme un facteur pertinent dans l'explication de la sortie de la consommation ou de la rechute.

Le problème qui se pose est donc celui de la gestion du craving chez le toxicomane en sevrage : impacte de la carence de symbolisation.

Ainsi, nous nous sommes posé la question principale de savoir : *« en quoi la capacité de symbolisation, par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-drogue, et la verbalisation avec l'environnement référent est un facteur qui contribue à la gestion du craving dans le sevrage ? »*.

La théorie psychanalytique de la symbolisation de Roussillon (1997 cité par Di Rocco, V. 2006) et Brun et Roussillon, R. (2016) nous a permis de mieux expliquer ce phénomène. Comme le souligne aussi Kaes(1994), l'échec de symbolisation chez le toxicomane renvoie à l'histoire des défaillances de la boucle réflexive entre le sujet et l'objet. Cette réflexivité dépend des préconceptions et de l'appareil inné du toxicomane, de la place au préalable de l'environnement maternel, c'est-à-dire la place de la mère dans le processus de développement du sujet, de la séparation entre le sujet et l'objet (toxicomane et drogue), de la substitution qu'il fait de la drogue avec un autre objet, et de l'environnement externe de l'individu tel que le souligne Roussillon (2016), c'est-à-dire le rôle de l'environnement référent dans l'accompagnement du fin de processus de symbolisation. Cet environnement contribuable est la famille, et l'accompagnement des professionnels. Or, la dimension où le toxicomane doit pouvoir verbaliser et partager son vécu, sa souffrance non seulement au personnel soignant, mais aussi et surtout à son environnement primaire qui est sa souche familiale n'a pas été prise en compte. Dans le cadre de cette étude, il est évident que la gestion des envies et désirs (craving) consommation dépend de la capacité de symbolisation du toxicomane.

La rédaction de notre travail s'articule autour de deux grandes parties ayant chacune trois chapitres. La première partie est désignée cadre théorique. Elle comprend la problématique, la revue de la littérature et l'ancrage théorique. La deuxième partie est intitulée cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend la méthodologie, la présentation et l'analyse des résultats, enfin l'interprétation et la discussion des résultats.

**1^{ERE} PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET
THEORIQUE**

1 Problématique

Dans cette première partie, nous allons faire un ensemble de présentation de nos travaux en passant par le contexte de l'étude, le problème, les questions de recherches, les hypothèses, et les objectifs de recherches.

1.1 Contexte et justification de l'étude

L'OMS donne une définition sur la toxicomanie comme étant une envie irrépressible de consommer une substance (alcool ou drogues) ainsi qu'une tendance à augmenter les doses, ce qui entraîne une dépendance psychologique et parfois physique. Ce phénomène alarmant est d'autant plus important car il touche tous les territoires mondiaux. Il mérite ainsi d'être abordé avec beaucoup d'attention.

Le rapport d'Atlas OMS (2010) sur la toxicomanie, montre que 3,5 % à 5,7 % des personnes entre 15-64 ans consomment des drogues illicites dans le monde et ce rapport estime que 10 % à 15 % d'entre eux deviennent addictes et consomment abusivement. Dans la Région de la Méditerranée orientale, la prévalence des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives touchent 13 500 personnes sur 100 000. Concernant le rapport statistique de la Brass Bretagne en république Française en 2006, les établissements sanitaires et sociaux de la région Bretagne ont pris en charge 949 toxicomanes en novembre 2003. Près de la moitié, soit 450 toxicomanes, est accueillie dans les structures spécialisées dans l'accueil et le traitement des toxicomanes, dont 410 dans les seuls centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Les établissements sociaux ont quant à eux suivi 256 toxicomanes et les établissements sanitaires. Parmi ces toxicomanes accueillis en établissement sanitaire ou social, 70 ont été accueillis simultanément dans un centre spécialisé. Le taux de toxicomanes accueillis en centres spécialisés, 47 %, est moins important en Bretagne qu'au niveau national, 71 %. Cet écart peut s'expliquer par la plus faible proportion de centres spécialisés en Bretagne, 5 % de l'ensemble des structures du champ de l'enquête contre 11 % au niveau national. Selon l'Office français des dépendances et toxicomanies (OFDT), 8% de la population adulte présenterait un risque chronique d'addiction à l'alcool (données 2014) et un quart (27%) une addiction au tabac (données 2019). L'usage problématique ou la dépendance au cannabis concernerait 7% des adolescents de 17 ans et 3% des 18-64 ans. Par ailleurs, l'usage régulier de cocaïne, freebase ou crack concernerait 1,6% des adultes français. Les consommateurs de drogues, de toutes substances illicites confondues, seraient 350 000 en France, parmi lesquels environ un tiers rapporte avoir pratiqué une injection intraveineuse

au cours de l'année écoulée (données 2019). Compte tenu de ces risques sanitaires, des campagnes de sensibilisation ont été menées et ont permis de ramener le nombre de fumeurs en France par tranche d'âge, à la baisse. Actuellement, ce chiffre est de 15 millions approximativement, avec une forte prévalence chez les hommes (86%) par rapport aux femmes, tous les âges confondus. Se sevrer est tout à fait possible, mais il faut avoir la force et la volonté d'y arriver. Avant la crise sanitaire, 70% des français étaient favorables à l'idée d'arrêter de fumer. 30% avaient alors entamé une tentative de sevrage, dont seulement 4 ont pu aller au bout du processus. Ce pourcentage porte le nombre de personnes sevrées en 1 an à environ 600 000.

Si nous venons au niveau national, l'enquête sur la situation de la drogue au Cameroun en 2002, reporte que la consommation de la drogue, est un acte répréhensible et sévèrement sanctionné. Si toute la population reconnaît l'existence de la drogue dans la société, les consommateurs, quant à eux, ne sont pas toujours connus du grand nombre. N'affichant pas leur état, la majorité des consommateurs passent inaperçus aux yeux de la communauté. L'usage illicite/abusif des drogues concerne alors les individus de 11 à 60 ans. Indifféremment de la zone de résidence (urbaine ou rurale), du niveau d'études, du sexe, et de la région, les individus les plus touchés sont dans la tranche d'âge de 15 à 25 ans, suivis de ceux de 25 à 40 ans. La consommation se fait soit à titre expérimental (un essai sans suite), occasionnel (expérimentation à répétition), habituel (dépendance psychologique), toxicomaniacque (totale dépendance et accoutumance). Le taux de prévalence de la consommation de drogue dans les régions de l'étude serait donc d'une personne sur 10 du territoire et varie d'une province à l'autre : 2% dans le littoral, il passe à 11% dans l'extrême Nord et atteint 19% dans le Nord-Ouest. Ce résultat est en harmonie avec la production du cannabis où il s'est dégagé que le Nord-Ouest est la zone de production par excellence de cette drogue. Les zones rurales sont plus exposées (18%) que les zones urbaines (4%). Dans l'ensemble, ceux qui se sont drogués de façon occasionnelle et légère ont pu assez facilement arrêté de se droguer. Les cas les plus préoccupants, les plus nombreux restent hélas ceux des drogués patentés chez qui la dépendance est quasi-totale. Selon les acteurs institutionnels, les principaux consommateurs sont en premier les agresseurs/braqueurs/malfaiteurs (13,4%), les jeunes en deuxième, (9,5%), les enfants de la rue en troisième (9,1%), en quatrième les prisonniers/détenus (8,8%), en cinquième les prostituées (8,8%), les désœuvrés/jeunes sans emplois (6,1%), en sixième les délinquants (6,1%), en septième les hommes en tenue/forces de l'ordre (5,4%) et enfin les chauffeurs/transporteurs (5%). Au niveau des tranches des consommateurs, les 2/3 des intervenants institutionnels (67%) déclarent que les

consommateurs de drogue sont des jeunes (15-25 ans), contre 28% qui pensent que les consommateurs sont recrutés dans la classe d'âge de 25 à 40 ans. Quand on sait que les braquages sont opérés par des jeunes gens de braquage. Les réponses données dans les différentes provinces sont corrélées à la tendance d'ensemble : fort pourcentage pour les 15-25 ans (58%, 65% et 77% respectivement pour le Littoral, le Nord-Ouest et l'Extrême Nord). Ces résultats sont aussi applicables pour les zones urbaines et rurales.

En 1992, le gouvernement marque sa volonté de lutter contre la drogue par la création du Comité National contre la Drogue (CNLD). Bien avant cette date, des conventions internationales sont signées et marquent l'adhésion du Cameroun à la lutte engagée à l'échelle mondiale contre la drogue. La loi relative au contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et aux précurseurs est quant à elle promulguée le 07 Aout 1997. Le CNLD est créé par Décret du Premier Ministre en date 24 Novembre 1992, pour coordonner et examiner tous les problèmes relatifs à l'usage illicite des stupéfiants et à l'abus des drogues au Cameroun. Avant la publication de cette loi, le trafic illicite de stupéfiants était réprimé par la Loi N° 90/035 du 10 Aout 1990 réglementant la profession des pharmaciens. La Loi n°97-019 du 7 août 1997 relative au contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs et à l'extradition et à l'entraide judiciaire en matière de trafic des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs dans le chapitre II : dispositions applicables à la culture du pavot à opium, du cocaïer et de la plante de cannabis dans son Article 8 stipule que « La culture du pavot à opium, du cocaïer et de la plante de cannabis est interdite sur le territoire national. Le propriétaire, l'exploitant ou l'occupant à quelque titre que ce soit d'un terrain à vocation agricole ou autre est tenu de détruire les plantations susvisées qui viendraient à y pousser ».

Le Rapport de 2020 sur l'épidémie de l'abus des substances psychoactives et dépendogènes, montre que le cannabis (43,19%), le tabac (19,84%) et l'alcool (15,17%) constituent les principales substances primaires abusées et faisant l'objet de demandes de traitement et les jeunes âgés de 23 ans constituent la couche la plus touchée et la majorité de patients réside en zone urbaine (72,10%).

Face à ce phénomène alarmant en territoire camerounais, le chef de l'Etat dans son traditionnel discours à la jeunesse camerounaise le 10 février 2022, le Président de la République a invité l'ensemble du gouvernement et des établissements à se mobiliser d'avantage dans la lutte contre la drogue en milieu jeune. La majorité des jeunes, surtout ceux étant encore en âge de scolarisation se retrouve dans une consommation excessive et abondante. C'est la raison pour laquelle le Chef de l'état dans son traditionnel discours à la

jeunesse continue d'activer la sonnette d'alarme face à la consommation des drogues et d'alcool chez les jeunes. Dans son discours, il demande également au gouvernement en place d'établir un programme national de lutte contre l'usage abusif des drogues et d'alcool chez les jeunes, un phénomène qui avait pris de l'ampleur dans la société camerounaise. Il invite une fois de plus le gouvernement à se mobiliser davantage pour lutter contre ce fléau, a recommandé le chef de l'État. Avec La mise sur pied de ce plan national de lutte contre la consommation de la drogue en milieu jeunes, on s'attend à une diminution considérable, les conséquences que cela entraîne en milieu scolaire. Ces conséquences qui se traduisent aussi par l'augmentation de la délinquance juvénile.

Dans cette même perspective que le chef de l'état, le Ministre de la Santé Publique, toujours dans la même lancée que le chef de l'Etat, a présenté au cours de la déclaration de presse donnée le 06 juillet 2022 concernant l'état lieux et les mesures gouvernementales prises. En 2021, 946 toxicomanes en demande de traitements ont été enregistrés dans les différents CSAPA du territoire national pour une prise en charge considérable sur leur pathologie. Durant la même période, le pourcentage de ces patients dans les régions de l'Extrême-nord, du Nord-ouest et du Sud-ouest a connu une augmentation considérable, voire alarmante de 22% en 2019 à 43% en 2021. Il apparaît clairement que les crises sécuritaires et sanitaires que traverse ces régions du pays en ce moment donne lieu à des pathologies tels que le stress, la dépression, l'anxiété, les troubles de sommeil... exposant ainsi les moins résistants à la consommation abusives de drogues et d'alcool.

C'est à travers ces statistiques préoccupantes et alarmantes que le Gouvernement de la République, avec l'action du Minsanté et sa structure opérationnelle qui est le CNLD se sont réunis comme ils en ont l'habitude dans la lutte acharnée contre la consommation de la drogue, en marquant la 35eme édition de la Journée internationale de lutte contre l'abus et le trafic illicite de drogue qui s'est déroulée le 26 juin dernier sous le thème "Aborder les défis liés aux drogues en temps de crises sanitaires et humanitaires".

La grande déclaration de presse du Minsanté, lors de la clôture des activités à l'occasion de cette édition avait pour objectif final de préciser l'engagement du gouvernement dans la lutte contre ce fléau. Le gouvernement a réitéré leur motivation à sensibiliser sur les questions de drogues, leur impacts et leurs méfaits d'où la prévention et la sensibilisation chez les jeunes et en milieu scolaire et le renforcement dans les centre CSAPA dont 19 déjà au Cameroun ; à l'instar du centre la vie de l'hôpital central de Yaoundé notre milieux d'étude.

Le centre la vie récence en 2023, 339 nouveaux patients consommateurs de SPA dont 58 pour le cannabis. De janvier 2024 à Mars 2024, il récence 67 nouveaux patients dont 19 consommateurs de cannabis. Dans le même élan que le Minsanté, le CSAPA Centre la Vie tenait en son sein un séminaire à l'occasion de la journée mondiale sans tabac le 31 Mai 2023 sur le thème : « Tabagisme- Rôles et Responsabilités des Jeunes et des Parents » pour encore d'avantage sensibiliser sur la consommation de la drogue, ses méfaits, et la responsabilité des parents dans l'accompagnement des toxicomanes.

Le gouvernement garantit une prise en charge effective à tout toxicomane qui a résolument décidé de « guérir de la drogue ». Dans cette perspective, les structures étatiques et administratives de prise en charge seront renforcées. En vertu des externalités positives qu'elles produisent, un appui institutionnel et opérationnel sera fourni aux structures privées et associations de la société civile ayant pour vocation le traitement et la réadaptation des toxicomanes ; d'où le Centre la vie (Centre de soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie) de l'Hôpital Central de Yaoundé. vu l'état d'urgence, le Minsanté invite toutes les structures de prise en charge du dit phénomène à un combat farouche, ayant pour but la baisse considérable de la consommation des drogues en milieu jeune dans l'ensemble de tout le territoire camerounais.

1.2 Position et formulation du problème

La présence du craving crée une tension dans le psychisme (conflit entre le ça et le surmoi) chez le toxicomane. Cette tension qui se montre être une pensée, une idée obsédante qui induit à une consommation alors même que le sujet se trouve inclut dans le processus de sevrage, qui amorce la prise en charge de l'addiction. C'est une envie irrépressible, fluctuante et involontaire qui pousse à faire usage du cannabis. Il est caractérisé par le syndrome de sevrage qui est le signe de la dépendance physique (irritabilité, colère, agressivité, insomnie, rêves troublants, perte de poids, agitation,...) et le symptôme de la dépendance psychique (envie irrésistible, nervosité ou anxiété, diminution de l'appétit, humeur dépressive,...).

Il est le facteur essentiel sur lequel dans la prise en charge s'appesanti pour éviter d'éventuelles rechutes du toxicomane. Néanmoins, la gestion de ces envies dépend de ce dernier, pour y arriver, le sujet doit parvenir à maintenir une stabilité psychique, qui intervient grâce à une prise en charge thérapeutique au préalable, un travail de réaménagement psychique de la dépendance, en tant que processus dynamique, qui régit le comportement de consommation (Vavassori et al., 2008). Ce long processus interne, correspond à l'attrition (Vavassori et al., 2008). Ce concept montre l'état d'évolution des conduites d'arrêts de

consommation qu'on peut observer chez le toxicomane. Dans l'attrition, il faudrait que le sujet soit dans un état critique de précarité, se manifestant par un souci de santé, pour que la prise de conscience soit effective dans l'arrêt de consommation chez le sujet dépendant. Cette prise de conscience se fait également à travers les événements de vies factuels, l'âge, le milieu de vie et même aussi les faux départs.

Selon Vavassori & al. (2008) la diminution de la consommation et la prise de conscience d'arrêt est sous la supervision d'un ensemble de réseaux d'aide et de tutelle. Il s'agit entre autre, la séparation avec le milieu fréquenté, le refus du filon de cannabis proposé, demander de l'aide, se faire suivre, éviter les confrontations, se stabiliser et essayer de se construire une vie. Une fois engagé dans cette perspective, où le sujet essaye de donner un nouveau sens à sa vie, et se reconstruire (psychologiquement, socialement). Il va essayer de faire face à ses difficultés lui-même pour affronter ce qu'il vit.

Tout cet ensemble est important dans l'explication du processus de sevrage, car il explique un processus personnel, plus engagé du sujet dans la diminution et l'arrêt de la consommation à travers un travail au niveau psychodynamique au préalable en tenant compte des aménagements psychiques de la dépendance, antérieurs à la première consommation.

Cette idée induit Thirioux & al. (2020) ont théorisé l'insight comme technique dans la gestion du craving et la sortie de la toxicomanie. Pour ces auteurs, l'insight est un moyen par lequel le sujet prend conscience d'un état psychologique inconnu en lui. Il s'agit d'un moment très particulier observable au cours d'une psychothérapie psychanalytique, durant laquelle le sujet doit pouvoir reconnaître sa propre conflictualité psychique ; il s'agit également d'un regard intérieur que le sujet se fait de lui par rapport à un problème, dans ce contexte, du regard intérieur qu'il se fait sur son addiction, et dont, il va demander de l'aide pour arrêter la consommation.

L'insight à travers son modèle continue nous montre que cette notion est un ensemble d'émotions affecté par des variables internes et externes, et donc un phénomène dynamique variable dans le temps (Lambert, 2022), Il est compris comme l'aptitude des consommateurs à reconnaître et d'accepter qu'ils souffrent d'un problème de santé mental. (Thirioux et al., 2020 cité par Lambert, 2022). Il convient de comprendre l'insight comme un phénomène relationnel caractérisé par la capacité de jugement de l'altération de quelque chose en lien avec sa maladie ou Soi (David et al., 2012).

L'insight, dans son modèle, est compris en 03 dimensions. Dans la première, elle est cette capacité à savoir que l'on souffre d'une maladie, de connaître les symptômes de sa maladie, de pouvoir en discuter avec la famille, de demander de l'aide et d'être suivi par un

personnel traitant. Deuxièmement, nous avons l'insight somesthésique qui est la capacité à comprendre que la maladie que l'on a, peut entraîner un dysfonctionnement physique, et troisièmement l'insight émotionnel où le sujet est convaincu d'être malade, et fait des efforts pour vivre avec. En théorie, il est nécessaire que toutes ces dimensions soient préservées pour que l'individu ait un bon insight de sa pathologie.

Tout ce travail psychologique (insight) est un ensemble de travail mental permettant de surmonter, de vaincre le craving afin de terminer son sevrage. Durant notre passage sur le terrain, nous avons observé au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Centre la vie) que malgré le fait que les patients avaient des scores élevés sur l'évaluation de leur insight à travers le Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) réadapté au cannabis (c'est-à-dire qu'ils étaient conscients du fait que la consommation du cannabis les causaient problèmes, qu'ils fallait absolument demander de l'aide), certains durant la gestion des leurs envies et leurs désirs de consommation, n'arrivaient pas à faire ce travail de gestion, ce qui pouvait les conduire dans la rechute.

Pour mieux comprendre ce phénomène, nous avons eu à étudier le craving à travers les modèles cognitifs de la rechute. Le craving est représenté par un ensemble de croyances, d'anticipations, construites depuis l'enfance du patient et appartenant à sa personnalité mais cristallisées sur la substance depuis leur rencontre. Marlatt et Gordon (1985) ont développé une théorie cognitive de l'apprentissage social (SCTL) de rechute et de prévention de la rechute. Ainsi, ils décrivent un processus cognitif d'attentes dans le sens anticipation lors d'une situation à risque de consommation (par exemple lorsque le sujet toxicomane abstinent doit choisir entre fumer ou pas), où la probabilité de rechute est liée à la confiance de l'individu en sa capacité à résister à la tentation. Ainsi, le patient mettrait en balance des facteurs positifs (mener au plaisir, soulager la douleur) et des facteurs négatifs (malaise physique sentiment de culpabilité, problèmes familiaux) qui en fonction de leur poids respectif conduiraient ou pas l'individu vers la prise de substance. Dans le cadre de cette théorie, le craving serait une réponse conditionnée, comme le désir pour le renforcement des effets de la substance résultant de stimuli associés à une gratification anticipée d'une expérience ultérieure. Les études ont suggéré que le craving serait la représentation cognitive des processus physiologiques, tels que ceux découlant de l'arrêt de consommation d'une substance, ou les réponses conditionnées à des stimuli. Ainsi, Wright et al (1993) décrivent quatre types du craving :

- le craving en réponse aux symptômes de sevrage besoin de se sentir bien à nouveau;
- le craving en réponse à l'absence de plaisir "tentatives d'améliorer l'humeur";

- le craving en réponse conditionnée à des stimuli en relation avec la substance;
- le craving en réponse aux désirs hedonistes potentialisation de plaisir physique.

Ces auteurs s'intéressent aux fondements cognitifs du craving, en particulier dans les croyances dysfonctionnelles sur le besoin perçu avec une confusion entre envie et besoin. Or, ces auteurs n'ont pas tenue en compte le processus de symbolisation dans la gestion du craving avec la présence de la mère dans l'enfance, la séparation entre le sujet et l'objet-drogue, et enfin le partage du vécu, des difficultés à faire face aux envies et désirs avec la souche familiale du toxicomane pour comprendre le craving et expliquer la rechute. Dans notre travail, nous avons eu à nous interroger sur la capacité de symbolisation du toxicomane durant la gestion du craving avec l'insight dans le sevrage.

La symbolisation étant définie par Pelsser (1989) comme : « *la capacité d'utiliser des symboles, c'est-à-dire de mettre en relation des éléments symbolisant et des éléments symbolisés qui resteront néanmoins distincts ; ensuite la symbolisation désigne la capacité de métaboliser les expériences vécues par le biais de l'appareil psychique et des mécanismes d'élaboration psychique ; et enfin la symbolisation désigne la capacité de faire appel au tiers ou de se situer soi-même en tiers à l'occasion d'une série d'étapes décisives dans le développement individuel* », nous avons utilisé une approche psychanalytique pour l'étudier.

De ce fait, la théorie psychanalytique de la symbolisation de Roussillon, (1997) cité par Di Rocco (2006) et de Brun et Roussillon (2016) propose de différencier deux modalités du processus de symbolisation : la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire, et un temps de séparation entre le sujet et l'objet de plaisir. La première concerne la production des représentations de chose, ou symboles primaires, à partir d'une chose, un signifiant à un signifié. Il permet de pouvoir se représenter de façon symbolique soit même de représenté son expérience subjective en contenu psychique et affectif tel que souligné par Pessler (1989). Pour que ce travail s'opère, il faut au préalable la présence de la figure maternelle. La mère joue un grand rôle dans les premières années de notre vie, elle joue le rôle de pare-chocs contre les stimulations externes, et les angoisses que peuvent ressentir le bébé. McDougall (2001) montre que lorsqu'il n'y a pas eu une cette construction, cet attachement entre le bébé et sa mère, le sujet toxicomane passe toute sa vie à rechercher une solution à sa détresse par d'autres moyens. Tout travail de symbolisation commence d'abord avec la présence de la figure maternelle. Par la suite, tout comme au fil de son développement, l'enfant doit éventuellement expérimenter l'absence de son objet afin de comprendre sa propre singularité et son altérité, d'où la présence d'un objet alternatif de plaisir, ce même processus sera repris

lorsqu'il sera assez majeur ; c'est le moment où il doit pouvoir chercher un objet substitut à son objet de plaisir qui est la drogue.

La symbolisation secondaire quant à elle relie la représentation de la chose et la représentation de mot. Ce modèle étale une différenciation entre trois types d'inscription dans le psychisme de l'expérience vécu, à la trace mnésique perceptive, une trace inconsciente sur la représentation des choses, en elle-même l'affect, et la trace verbale préconsciente qui est la représentation de mot, dont la discussion avec un entourage. Il correspond à la mise en mots, une représentation par la parole empreinte de sens, de l'expérience. Ici, le contenu psychique qui est l'angoisse, doit pouvoir être représenté en mot, puis, elle doit pouvoir être verbalisé avec un entourage sécurisant. C'est pourquoi l'environnement référent tel que le souligne Ferenzi(1934) doit pouvoir contribuer à la symbolisation des affects du toxicomane. Le sentiment de culpabilité après consommation doit pouvoir être partagé par le toxicomane afin de pouvoir de s'en libérer. Chez Roussillon (1997), le vécu qui doit pouvoir être verbalisé et partagé car la carence de symbolisation mène à une difficulté d'élaboration du vécu affectif et à une difficulté à différencier les émotions ; il s'agit de l'alexithymie (Tardif, 2009).

Notre problème porte ainsi sur la gestion du craving chez le toxicomane en sevrage : impacte de la carence de symbolisation.

1.3 Question principale recherche

Initialement, notre recherche sur la gestion du craving des toxicomanes en processus de prise en charge au CSAPA Centre la Vie découle d'une préoccupation à prendre en compte la capacité de ce dernier à pouvoir résister à ses envies et désirs afin d'aboutir à la fin du sevrage. Parlant du craving, notre intérêt s'est porté sur les facteurs psychologiques qui interviennent dans le vécu relatif à ce trouble. Il s'est agit notamment de la capacité de symbolisation du toxicomane dans la gestion du craving et la sortie de la toxicomanie. Pour répondre à cette préoccupation, nous avons formulé la question de recherche suivante : *« en quoi la capacité de symbolisation, par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-droque, et la verbalisation avec l'environnement référent est un facteur qui contribue à la gestion du craving dans le sevrage ? »*.

1.3.1 Question spécifiques de recherche

Il est question de savoir dans notre recherche :

- *comment est-ce que la présence de la mère est un facteur nécessaire, et prédominant dans la symbolisation pour la gestion du craving ?*

- *Comment est-ce que le toxicomane, pour symboliser doit faire une séparation avec l'objet-drogue pour une gestion du craving ?*

- *Comment est-ce que la verbalisation avec l'environnement référent est un élément indispensable de la symbolisation qui participe à la gestion du craving et la finalité du sevrage ?*

1.4 Hypothèse

Dans le processus de sevrage, le toxicomane doit s'abstenir de la consommation et durant ces moments, il ressent un manque, une envie irrésistible de consommer (craving) bien conscient du fait qu'il ne doit pas replonger dans cette consommation (insight). Ce manque est si intense pour lui qu'être conscient du fait que la relation à son objet de plaisir (substance) est néfaste pour lui ne suffit pas à pouvoir gérer son manque et mettre fin à ses envies irrésistibles. Mais au-delà, il doit faire un travail d'aménagement, de ses affects, émotions, une représentation de son expérience subjective (symbolisation).

La symbolisation si elle peut s'effectuer dans l'intimité d'un travail intrapsychique et intersubjectif, prend ses racines et ses sources dans la relation avec un objet autre sujet qu'est investi par le sujet d'une fonction symbolisante Bonnet (2016).

Ainsi, Kaes (1994) souligne que, l'échec de symbolisation renvoie à l'histoire des défaillances de la boucle réflexive entre le sujet et l'objet. Cette réflexivité dépend des préconceptions et de l'appareil inné du toxicomane, de la place au préalable de l'environnement maternel, c'est-à-dire la place de la mère dans le processus de développement du sujet, de la séparation entre le sujet et l'objet (toxicomane et drogue), de la substitution qu'il fait de la drogue avec un autre objet, et de l'environnement externe de l'individu tel que le souligne Roussillon (2016), c'est-à-dire le rôle de l'environnement référent dans l'accompagnement du fin de processus de symbolisation. Et ceci ne peut uniquement que se faire lorsque le sujet de son expérience, de ce qu'il vit à cet environnement Cet environnement contribuable peut-être la famille, et l'accompagnement des professionnels. Nous formulons ainsi l'hypothèse suivante : *« la capacité de symbolisation, en passant par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-drogue, et la verbalisation avec l'environnement référent alimente de manière efficace et efficiente la gestion du craving chez le toxicomane dans le sevrage ».*

1.4.1 Hypothèses secondaires

Comme hypothèses secondaires, nous avons :

- La présence de la mère est un facteur nécessaire, et prédominant dans la symbolisation pour la gestion du craving

- Le toxicomane, pour symboliser doit faire une séparation entre lui et l'objet-droque pour une gestion du craving

- La verbalisation avec l'environnement référent est un élément indispensable de la symbolisation qui participe à la gestion du craving pour terminer le sevrage.

1.5 Objectif

L'objectif général de cette étude est d'appréhender la capacité de symbolisation dans la gestion du craving chez le toxicomane inclut dans un processus de sevrage. Spécifiquement, au stade de l'infans avec présence de la mère, ensuite la séparation entre le sujet et l'objet drogue et enfin le partage du vécu à l'environnement référent du toxicomane (souche familiale).

1.6 But

Le but de cette recherche est de contribuer à l'étude psychopathologique et clinique des facteurs intervenants dans la gestion du craving chez des toxicomanes.

1.7 Pertinence et intérêts de l'étude

Il est important de préciser la pertinence et les intérêts de notre étude.

1.7.1 Pertinence

Cette étude est pertinente dans le sens où elle ressort le processus de traitement des addictions et se focalisant sur le craving qui est en lui-même le centre principal de rechute ou d'état de bien être meilleur du toxicomane. L'étude permet de comprendre que c'est sur le craving qu'il faut s'attarder dans la prise en charge des toxicomanes. La symbolisation incluse dans cette étude permet de mettre en sens l'importance de la psychanalyse dans les processus de prise en charge en addictions. S'interroger sur la capacité de symbolisation des toxicomanes est un chemin très intéressant pour l'explication de la rechute ou du bien être de ces derniers.

1.7.2 Intérêts de l'étude

Les intérêts de notre étude sont au niveau scientifique, et au niveau social

1.7.2.1 Intérêt scientifique

La plupart des études antérieures ont étudié le craving chez les toxicomanes dans les CSAPA en tenant en compte l'aspect physique observable dont la prescription médicamenteuse était la première nécessité. Aussi, des études montrent également que le craving est le premier facteur de rechute dans les addictions.

Nous abordons dans cette étude une autre spécificité de la gestion du craving : son caractère de la symbolisation. Notre étude s'intéresse donc à la compréhension de la gestion du craving à travers la notion de symbolisation dans la gestion des envies, et désirs intenses de consommation du cannabis.

Notre recherche va ainsi contribuer au développement de la science, notamment en psychopathologie dans la compréhension des addictions, du craving, et en psychologie clinique dans le cadre d'une meilleure prise en charge des troubles addictifs.

1.7.2.2 Intérêt social

L'être humain par essence est un être de culture et de société. Et en tant que telle, il a besoin d'interagir, d'entrer en communication avec ses semblables et de se réaliser voire se produire. Pour se faire il a besoin de disposer d'une certaine légitimité de son lien à l'autre. Pour se faire il lui faut faire une observance tant de ses droits que de ses devoirs. Cependant, le craving génère de l'angoisse chez le patient, et un sentiment de culpabilité qui peut surgir si le patient replonge dans la consommation.

En effet, la présence constante des envies, des désirs, et des angoisses ayant pour conséquences le changement brusque de comportement, qui à son tour va modifier le rapport de ce dernier à l'autre s'exprime par des difficultés à se projeter dans le temps, rumination sur le passé, répétition, l'agressivité et le repli sur soi, les difficultés de socialisation, de repérage dans le temps, dans l'espace vécus et le sentiment de désespoir, de ne plus pouvoir être « en bonne santé ». Etant donné que le sentiment de vulnérabilité après consommation génère incapacité, diminution fonctionnelle, désavantage, peut selon le cas être à l'origine d'un désinvestissement social, d'un repli sur soi, de la perte du statut socioprofessionnel, de l'estime de soi, et souvent d'un rejet des autres personnes « non consommatrices » il est important de porter un intérêt particulier au vécu des envies, désirs intenses, irrésistibles de consommation, du lien que ces envies peuvent avoir lui-même, son environnement et son milieu familial qui est source d'inertie ou d'implication sociale.

CHAPITRE 2 : ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

2 Analyse critique des concepts

Nous nous proposons d'analyser dans cette partie, les concepts clés de notre étude dans le but de les clarifier afin de mieux les comprendre. De ce fait, nous allons faire une revue de littérature sur les concepts clés de notre étude.

2.1 Etat des lieux sur l'Insight

2.1.1 Définition

« Insight » est une expression anglaise qui n'a pas d'équivalent français. Cela s'est fréquemment traduit à peu près grossièrement par la conscience d'un problème. De plus, la reconnaissance, la compréhension, le jugement ou l'intelligence sont discutés. Les traductions conduisent à des définitions très différentes selon les disciplines (Jaafari & Marková, 2011 ; Marková, 2011 ; Thirioux & al., 2020 cité par Lambert, L. 2022). En psychanalyse, l'insight est la connaissance des processus inconscients, un mécanisme de défense psychologique normal et non pathologique qui empêche une personne d'accéder à certaines connaissances qui la perturberaient considérablement si elle le découvrait. En Gestalt- thérapie, c'est un comportement intelligent caractérisé par la découverte inattendue et spontanée de la solution d'un problème. Il diffère selon que le résultat est le fruit d'efforts répétés ou du hasard et par un apprentissage par essai et erreur. En psychologie cognitive, c'est une capacité cognitive qui fait référence à la théorie de l'esprit et à la capacité d'attribuer des états mentaux qui ne sont pas visibles (tels que des croyances, des désirs, des sentiments, des intentions, des pensées, etc.) à soi-même et aux autres. En neuropsychologie ou neurologie, il fait référence à la perte d'une fonction clairement définie, comme un hémisphère ou une amnésie. En psychiatrie, l'insight ou l'inconscience concerne l'état pathologique et la capacité de l'individu à le reconnaître (Lambert, L. 2022 , p. 57).

Même bien que ces termes fassent historiquement référence à des concepts différents, ils sont fréquemment utilisés de manière interchangeable dans la littérature, y compris en

psychologie clinique (David et al., 2012). Le terme « insight » est utilisé dans ce manuscrit conformément dans le champ de la psychologie clinique.

2.1.2 Modèles actuels de l'insight

Thirioux et al., (2020) nous proposent 5 modèles de l'altération de l'insight ; il s'agit de :

- Le modèle clinique ou catégoriel : l'insight, ou la conscience de sa maladie, est défini comme une caractéristique stable qui peut être présente ou absente, sa fluctuation étant considérée comme un symptôme ;

- Le modèle psychologique où une extension de l'insight serait le « déni », qui est une stratégie adaptative qui permet de faire face à des événements stressants, en l'occurrence la maladie, et de prévenir le stress et les effets négatifs d'une baisse de l'estime de soi. Théoriquement, les patients savent qu'ils sont souffrants, mais refusent d'accepter cet état de maladie ;

- Le modèle Neuropsychologique où le manque d'insight trouverait son origine dans des dysfonctionnements cognitifs et dans des déficiences (mémoire et fonctions exécutives).

- Le modèle neuro-anatomique indique que l'altération de l'insight serait associée à une réduction de la matière grise dans plusieurs régions, notamment l'insula, l'hippocampe, la jonction temporo-pariétale et le cortex préfrontal (cortex cingulaire antérieur et postérieur) ;

- Le modèle clinique : Dans ce modèle, l'insight est défini comme une gamme continue d'idées et de sentiments influencés par plusieurs facteurs internes et externes, ce qui en fait un phénomène dynamique qui évolue au fil du temps. Elle est défini comme « la capacité du patient à reconnaître et à accepter qu'il souffre d'une maladie mentale » (Thirioux et al., 2020 cité par Lambert, L., 2022) ;

Il convient de comprendre l'insight comme un phénomène relationnel caractérisé par la capacité de jugement de l'altération de quelque chose en lien avec sa maladie ou Soi. Le phénomène d'insight étant complexe et dynamique, son évaluation à un moment donné, ne reflèterait qu'un aspect donné du concept d'insight (Thirioux et al., 2020 cité par Lambert, L., 2022).

Dans ce modèle, l'insight est composé de trois dimensions. Il s'agit de la dimension somesthésique avec la capacité à comprendre que les déficits physiques (ex. moteurs, sensoriels) sont un effet de la maladie mentale ; la dimension émotionnel avec la capacité d'être convaincu d'avoir une maladie mentale, qui est nécessaire pour l'acceptation de celle-

ci, et la dimension psychique avec la capacité à reconnaître l'existence d' un problème psychologique , composé de trois sous-dimensions : d'un aperçu cognitif avec la capacité de reconnaître que la maladie mentale est la cause de déficits cognitifs (problèmes de concentration dans la dépression ou difficultés mentales dans la dépendance à l'alcool) ; d'un aperçu métacognitif où le sujet malade essaye d'établir une pensée cohérente sur sa pathologie ; et d'un aperçu clinique avec la conscience des symptômes et de leurs effets, capacité à classer les événements mentaux comme pathologiques, capacité à attribuer une cause aux symptômes, capacité à être d'accord avec les autres (amis, famille ou professionnels de la santé) sur la réalité de la maladie, capacité à reconnaître la nécessité d' accepter le traitement (Lambert, L. 2022, pp. 58-59).

Théoriquement, chacune de ces dimensions doit être préservée pour que l'individu ait une compréhension claire de sa pathologie.

Dans cette étude, nous avons choisi de nous concentrer sur le modèle continu, dont le niveau de preuve est le plus important, et plus spécifiquement sur une seule sous-dimension : la dimension clinique, car c'est la plus étudiée en psychologie, y compris en matière d'addiction (Thirioux et al., 2020 cité par Lambert, L. 2022).

Dans le développement de notre travail, il n'y aura pas une distinction entre insight clinique et insight

2.1.3 Neurobiologie de l'insight clinique

À l'instar du désir, l'expansion de la connaissance d'une pathologie semble inclure un grand nombre de réseaux tant au niveau structurel que fonctionnel.

Au niveau de la structure : la réduction du volume total du cerveau, des volumes de matière grise avec l'altération du lobe frontal et des volumes de substance blanche a accompagné l'altération de la vision clinique dans une méta-analyse sur les psychoses (Pijnenborg et al., 2020). Selon une étude sur le TOC, les sujets classés comme ayant un faible insight (BABS) présentaient une épaisseur corticale moyenne globale plus faible, en particulier dans le cortex préfrontal gauche (qui comprend le gyrus cingulaire antérieur et supérieur) et le lobule pariétal inférieur droit (Liu et coll., 2019).

Dans les troubles bipolaires, le degré d'atrophie corticale était modérément corrélé à un manque de conscience de la maladie (SUMD), et le degré d'atrophie sous-corticale était

modérément corrélé à un manque de compréhension clinique générale (SUMD). Aucune corrélation n'a été trouvée entre les symptômes et les causes (Varga et al., 2009). Ces études montrent en effet que l'altération des certaines régions du cerveau, diminuent considérablement la conscience du trouble chez le sujet et donc la difficulté dans le traitement, notamment en psychologie.

Concernant la dépendance : De nombreuses revues narratives ont souligné l'importance de l'insula, du cortex cingulaire antérieur et du cortex ventro-médian préfrontal dans l'élévation de l'insight, en particulier la connectivité fonctionnelle du cortex ventro-médian préfrontal de l'insula (Goldstein et al., 2009 ; Moeller et Goldstein, 2014). Ces régions jouent un rôle essentiel dans les processus mentaux autonomes, les tâches cognitives de haut niveau, l'attention, la perception et intéroception. Par exemple, l'augmentation de la conscience dans la recherche sur le cannabis semble être liée à un plus petit volume de matière grise et à une diminution de l'activité du cortex cingulaire rostral antérieur (Lambert, L. 2022, p. 63).

2.1.4 Outils d'évaluations de l'insight

Des outils ont été développés spécifiquement pour évaluer les connaissances cliniques en matière de dépendance ; ceux-ci inclus. Il s'agit de :

- L'échelle Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS), un questionnaire d'auto évaluation qui évalue divers aspects de la conscience du trouble dans l'addiction à l'alcool ;
- Des tâches comportementales pour l'évaluation de la conscience du comportement de recherche de cocaïne (Moeller et al., 2014) ou de la perception d'une consommation de cocaïne qui doit être changé (Moeller et al., 2020) via une comparaison des performances entre les performances réelles et une tâche d'image préférée et une évaluation rétrospective des performances d'évaluations par le biais d'entretiens individuels. Des schémas ont été trouvés dans des études sur les thèmes suivants : « présent » ou « absent », dépendance aux opioïdes (Maremmanni et al., 2012) ; la dépendance à l'alcool (Willems et al., 1973a); et le taux d'achèvement d'une liste de tâches à accomplir lors d'une hospitalisation pour dépendance à l'alcool (Rinn et al., 2002).

Le choix de l'instrument donc dépend de l'objectif de l'étude, car aucune de ces méthodes n'évalue strictement les mêmes caractéristiques de l'insight et chacune présente des avantages et des inconvénients (Lambert, L. 2022, p. 61) Pour notre étude, nous avons eu à

utiliser le HAIS que nous avons réadapté au cannabis comme échelle de sélection des participants.

2.1.5 Insight et psychanalyse

Le terme « insight » a été utilisé à l'origine utilisé par des psychologues en France. Le terme « psychothérapie de conscience du trouble » a longtemps été utilisé pour désigner les psychothérapies psychodynamiques. En effet, l'insight était la reconnaissance de ses propres angles morts comme mécanismes de défense. Etchegoyen (1986) consacre 33 pages dans son travail « technique des fondements de la psychanalyse » à la conscience d'un trouble comme moyen qui constitue la colonne cérébrale du processus psychanalytique et est obtenue par l'interprétation psychanalytique. Tous de ces auteurs estiment que la principale force derrière les changements progressifs promis par l'analyse est basé sur la capacité d'insight du sujet.

Mais Freud lui-même a rarement utilisé ce mot, Einsicht est la traduction qu'on donne en allemand. Ferenczi (1921) désignait l'insight par Selbstbeobachtung, qui signifie auto-observation. Il s'agit de faire une vision interne, une vision intériorisée des choses et, au-delà de la surface, le discernement avoir la capacité à percevoir quelque chose de manière subite, et à saisir le fonctionnement interne des choses. Il s'agit aussi d'un sentiment de résoudre un problème. La théorie Gestaltiste de la forme aurait contribué à éclairer la psychanalyse ; néanmoins, Etchegoyen sentit que le chimpanzé de Köhler ne satisfaisait pas sa faim en mangeant la banane qu'il avait réussi à piéger, ce qui provoqua le désarroi du patient sur le canapé.

L'insight est un « phénomène de champion ». D'un autre côté car il contraste avec « l'expérience primaire trompeuse » qui, selon Jaspers (1913), est une nouvelle connexion de significations incompréhensibles pour l'observateur mais pas pour l'analyste qui y meurt en une projection qui est trompeur. En fait, une véritable théorie expliquant au patient quelle perspicacité est sur le point de détruire l'expérience primaire », une projection qui est en fait une véritable théorie expliquant au patient quelle vision est sur le point de se manifester. L'auteur s'interroge également sur la frontière qui sépare la connaissance intellectuelle de la conscience émotionnelle. La perspicacité implique invariablement un processus cognitif, peut-être associé à un processus émotionnel. L'insight peut être dynamique, neutre ou émotionnelle (Benezech, Antoniol & Haustgen 2011).

.En psychanalyse, l'insight est le processus par lequel un sujet saisit une composante jusqu'alors inconnue de sa propre dynamique psychologique. Une perspective interne qu'on pourrait traduire en français par introspection, mais qui est trop répandue dans la psychologie de la conscience ; Les écrivains de langue française l'évitent et préfèrent discuter de l'insight. Il est un moment très spécifique de la cure analytique où le patient prend conscience de sa propre nature conflictuelle, d'un mouvement pulsionnel, d'une facette de ses défenses jusqu'à ce qu'elle soit repoussée ou niée, et où l'éveil s'accompagne de surprises et d'un sentiment de découverte.

Nous en avons deux types : un profond sentiment de découverte et d'illumination, et un mouvement plus lent et plus méthodique où le sujet et l'analyste dans son ensemble éprouvent un sentiment d'évidence. Il ne s'agit pas seulement d'une simple compréhension intellectuelle non plus ; souvent, compréhension cette sorte; souvent, ce type de compréhension est nourri par des références culturelles et des concepts largement abstraits mais développés de manière défensive. Cette compréhension est suivi d'une réflexion où le sujet évoque sa propre histoire et sa dynamique personnelles ; par exemple, après avoir argumenté en faveur de l'Œdipe, le sujet revisite et rétablit son propre drame œdipien. La compréhension est nourrie par des références culturelles et des concepts largement abstraits mais développés de manière défensive. Cette compréhension est suivi d'une réflexion où le sujet évoque sa propre histoire et sa dynamique personnelles ; par exemple, après avoir argumenté en faveur de l'Œdipe, le sujet revisite et rétablit son propre drame œdipien. Ce qui est plus important que sa composante de compréhension intellectuelle soit la charge économique et dynamique d'un tel mouvement et les effets qui l'accompagnent (Bourgeois, M., Benezech, M., Antoniol, B., & Haustgen, T. 2011 p. 7).

2.1.6 Lien entre insight et craving

Selon le triple modèle et pôle métacognitif proposé par Flaudias et al . leen 2019 et cité par Lambert, L. (2022), le craving résulterait de l'interaction de trois sous-composantes (cognitive, automatique et physiologique), les capacités métacognitives jouant un rôle dans le passage des niveaux implicites aux niveaux explicites. Dans cette perspective, l'insight pourrait alors être considéré comme une composante de ce pôle métacognitif. Par conséquent, un le manque de sensibilisation peut être lié à une faim moins manifeste. Cela est logique étant donné la définition de l'insight, qui stipule que les personnes ayant une conscience clinique inférieure ont tendance à sous-estimer la présence de leurs symptômes (Dackis et O'Brien,

2001 ; Rinn et al., 2002) et , par conséquent , elles devrait signaler moins de conscience de leurs symptômes, ce qui conduit souvent à la rechute.

Comme nous l'avons mentionné, le manque de compréhension est lié à des taux de rechute plus élevés et peut également avoir un impact sur la durée de l'abstinence et, plus largement, un mauvais pronostic pour les individus. D'autres études dans les troubles psychiatriques soutiennent également l'idée selon laquelle une mauvaise conscience du trouble est liée à un pire pronostic et à un risque plus élevé de récurrence. On sait que le besoin impérieux est un facteur important dans le risque immédiat de consommation et de dépendance. Nous pouvons donc nous attendre à ce que les personnes ayant une vision clinique inférieure ressentent un besoin implicite plus important que celles ayant une vision clinique plus élevée, ce qui augmentera le risque de dépendance (Lambert, L. 2022).

Grâce à des recherches sur la relation entre la recherche du plaisir et l'insight, Dandaba et al. (2020) ont pu démontrer que les faibles niveaux de conscience de trouble peut augmenter le besoin implicite, qui pourrait conduire à des comportements automatiques et à un risque accru de son envie et peut encourager des comportements automatiques et augmenter le risque d'où la rechute. Le niveau de compréhension peut moduler la relation entre l'envie et la retenue. Les auteurs soutiennent que les personnes ayant des niveaux d'insight inférieurs seraient plus susceptibles de s'engager dans une consommation implicite (ou pathologique), tandis que des niveaux plus élevés seraient plus susceptibles de s'engager dans une conduite à envie limitée. Au niveau égal d'association implicite, le pourcentage de rechute le plus élevé parmi ceux qui ont moins de conscience (par rapport à ceux qui ont une plus grande conscience) peut résulter d'un besoin moins explicite , ce qui réduit leur marge de manœuvre pour contrôler l'utilisation et le risque de rechute. Au niveau de l'association, le pourcentage de rechute le plus élevé parmi ceux qui ont moins de conscience (par rapport à ceux ayant une plus grande conscience) peut résulter d'un besoin moins explicite, ce qui réduit leur marge de manœuvre pour contrôler l'utilisation et le risque de rechute. En fait, si ceux qui ont moins d'insight/conscience ont plus de difficulté à reconnaître ou à exprimer leur besoin, cela peut être dû en partie à un manque de conscience du problème et, par conséquent, à un manque de désir d'arrêter de consommer (Kent et Yellowlees, 1994 ; Jarvis et al., 2003 ; Degenhardt et al., 2017 ; Slepecky et al., 2018 ; Raftery et al., 2020), mais cela peut également nuire à leur capacité à contrôler ou à arrêter de consommer de manière équitable (Dakis et O. 'Brien, 2001).

De plus, cela peut réduire l'efficacité des mesures prises, par exemple en limitant la capacité de reconnaître les circonstances qui peuvent déclencher l'envie. En fait, reconnaître les situations à haut risque, et prendre les mesures appropriées pour les éviter ou les gérer est un élément essentiel de la gestion des dépendances. Une action appropriée pour les éviter ou les gérer est un élément essentiel de la gestion de la dépendance.

2.2 Etat des lieux sur le Craving

2.2.1 Historique du craving

Kerr (1889) décrit une « panne pathologique du centre de l'appétit » et fait allusion aux envies. Addolorato définit le désir comme un « appétit pathologique » appétit qui se manifeste par un fort besoin d'alcool. Le manuel de Merck (1899) notait l'importance de l'immaturité et le besoin de consommation chez les personnes âgées. Ce manuel suggère d'utiliser la cocaïne comme substitut à l'alcool pour réduire de ce besoin. À cette époque, on pensait que le craving était étroitement associée au phénomène d'égalité des privations et qu'elle faisait partie du syndrome de sevrage. étroitement associé au phénomène de privation égale et de faire partie le syndrome de sevrage.

Au fil du temps, le terme « craving » en est venu à désigner un fort besoin de consommer chez les individus dépendants aux opioïdes ou à l'alcool lors d'un syndrome de sevrage. L'idée a été appliquée ensuite à d'autres drogues, et de nombreuses définitions radicalement différentes ont été publiées. La première nuance au concept de craving a été introduite en 1955 par le Comité d'exportation sur la santé mentale et l'alcool, qui reconnaissait deux sous-types de besoin : un besoin non symbolique, associé à une perte de contrôle, et un besoin symbolique, associé au retrait. La dichotomie met déjà en évidence la dimension neurobiologique, avec son caractère non symbolique évoquant les processus physico-chimiques en jeu lors du processus de vieillissement. Sur la relation entre le désir et le retrait. Le besoin intense de consommer serait en partie motivé par un besoin physiologique résultant de modifications du métabolisme cellulaire. Jellinek considère l'envie comme la composante centrale d'un phénomène incontrôlable, dont la manifestation extérieure est extérieure qui est la retraite. C'est à cette période de transition que l'idée d'envie va changer. Il n'est plus uniquement lié au syndrome de sevrage ; on pense plutôt qu'il joue également un rôle dans l'explication des symptômes de sevrage de drogues comme le cannabis. Le principal

symptôme de la toxicomanie est le désir, qui est également l'un des critères diagnostiques répertoriés dans la CIM.

Le cadre théorique le corpus de recherche sur ce sujet se sont rapidement développés au cours des années 1970 et 1980. Les études présentent des résultats incohérents sur le rôle du besoin impérieux, en particulier lors du retrait a souligné, par exemple, que de nombreuses personnes dépendantes qui n'ont pas de craving identifié ont une faible corrélation entre le besoin impérieux et la rechute.

En 1991, un groupe d'experts s'est réuni pour discuter de ce sujet dans le but d'élucider ces définitions. Les experts ont été incapables de définir le désir autrement que comme une condition universelle qui existe chez l'homme et qui est associée aux phénomènes de dépendance aux drogues. Le manque d'informations sur ses causes, ses liens avec la consommation et sa mesure a empêché cette idée d'être clarifiée. Cependant, ce comité d'experts a changé de cap et a orienté le programme de recherche sur ce sujet dans une direction différente.

L'intérêt porté à ce symptôme a permis aux chercheurs de créer un certain nombre de modèles comportementaux, cognitifs et phénoménologiques ainsi qu'une approche neurobiologique, analyse du phénomène. Ces modèles ont été progressivement développés indépendamment les uns des autres et, dans ce cadre, ont rapidement montré leurs limites

2.2.2 Définition du craving

Pour Auriacombe, Serre et Fatséas (2016), le craving est une « *envie irrépressible de consommer une substance ou un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas* ». La traduction, sans équivalent français, est « désir ou nostalgie ». C'est une expérience que toutes les personnes dépendantes peuvent vivre, qu'il s'agisse ou non d'une dépendance à une substance psychoactive (Limbrick-Oldfield et al., 2017). Il implique ou non une dépendance à une substance psychoactive (Limbrick-Oldfield et al., 2017). Des études indiquent que les envies de fumer sont fréquemment précédées par la consommation d'alcool, de cocaïne, d'héroïne et de tabac chez les personnes dépendantes (Epstein et al., 2010 ; Paliwal et al., 2008).

2.2.3 Pluralité des cravings

Il s'agit d'un phénomène psychologique souvent inconscient qui se manifeste par des pensées compulsives axées sur la consommation et qui proviennent de sentiments subjectifs (Tiffany & Wray, 2012). Les envies de fumer sont à l'origine cause première d'un état de mal être égocentrique, caractérisé par des pensées en contradiction avec les objectifs d'un individu. Depuis l'introduction du terme en 2013 dans le DSM 5, le désir est devenu l'un des principaux critères de dépendance (American Psychiatric Association, 2013). Partant de ce postulat, ces auteurs ont mis en évidence quatre types de craving : celui étant en lien avec le sevrage, l'autre comme réponse à l'absence de plaisir, un autre conditionné par un stimulus, et enfin un qui est hédonique.

Les mécanismes physiopathologiques impliqués dans le craving sont bien distincts de ceux qui sous-tendent le manque. D'un point de vue neurobiologique, l'expérience du craving peut être différente en fonction des produits consommés (Addolorato, Leggio, Abenavoli, & Gasbarrini, 2005 ; Anton, R., Moak, & Latham, 1995 ; Wang et al., 2013). La cocaïne induit un craving de récompense liée au système dopaminergique. Celui-ci correspond à la recherche d'une sensation agréable à travers la consommation et serait particulièrement sensible aux stimuli appétitifs.

Deux autres formes d'envies ont été identifiées, chacune étant sous-tendue par des troubles neurobiologiques particuliers (Verheul, van den Brink et Geerlings, 1999). Il s'agit de :

- Le besoin de réconfort, qui résulte d'une intention de soulager une tension interne ou d'un état de tension, ou un état de stress ;
- Le besoin obsessionnel, qui est associé à une infiltration de ses pensées. C'est un exemple des pensées obsessionnelles qui englobent le sujet et exigent une action afin d'apporter un soulagement. Ce type de besoin généralement survient pendant une période d'abstinence, notamment de sevrage comme dans le cas de notre étude.

2.2.4 Outils d'évaluations

C'est au début des années 2000 que des outils plus spécifiques ont été développés pour étudier le phénomène du craving. De nombreuses échelles et questionnaires sont toujours valables et fiables aujourd'hui. Cependant, il n'existe pas une seule mesure universellement reconnue comme outils de mesure. Une revue de la littérature comprenait 20 questionnaires

évaluant le désir de diverses substances (Rosenberg, 2009). Dans la littérature scientifique, des études ont montré que les envies de fumer sont comprises dans une variété très divers tant en termes de définitions que d'outils d'évaluation. les différences entre les modèles peuvent indiquer l'existence de multiples types de désir (Addolorato et al., 2005).

Un besoin peut également être corrélé à des mesures physiologiques si au niveau des mesures psychologiques, son origine psychologique est bien connue (Ludwig & Wikler, 1974). Son évaluation se fait en donnant la réponse physiologique résultant de réponse sympathique résultant d'une activation sympathique ou hormonale, comme une augmentation de la fréquence cardiaque, de la température, de la tension artérielle ou du taux de cortisol (Drummond et al., 1995 ; Sinha, R., Fuse, Aubin, & O'Malley, 2000). Mais, l'intensité des réponses physiologiques ne correspond pas toujours à l'intensité du sentiment de désir. Une représentation précise du désir peut être obtenue par l'auto-déclaration de sentiments ou de désirs plutôt que par des mesures physiologiques (Carter et Tiffany, 1999).

De manière générale, les échelles de mesure échelles de mesure du craving ont été développées spécialement pour un produit ou une famille de produits. Ces échelles sont basées sur un ou plusieurs facteurs répertoriés lors d'une enquête (Kavanagh et al., 2013). Ces facteurs sont la fréquence, l'intensité et la durée du désir. Littérature ne comprend pas scientifiquement l'intensité du cannabis de la même manière que l'intensité de la faim. La faim de la même manière peut simplement être défini comme une envie dont l' expression la plus élevée conduit à un comportement d'inclination (Kozlowski & Wilkinson, 1987) ou, plus traditionnellement, comme le désir d' un bien particulier seul (Shiffman, 1987).

De manière de manière systématique, les échelles simples à faire passer et pouvant d'avoir un temps de passation plus court sont l'échelle visuelle analogique (EVA), dans laquelle le patient évalue l'intensité de son besoin sur une échelle de 0 à 10. Ces styles d'évaluation sont basés sur un seul facteur. En pratique clinique, ils sont encore insuffisants pour mesurer avec précision les envies des consommateurs (Rosenberg, 2009). Nous avons également, l'échelle de consommation obsessionnelle-compulsive (OCDS) qui permet d'évaluer le craving dans les pensées obsédantes et envies compulsives liées à la consommation. Nous avons également des questionnaires multi-items et multidimensionnels qui examinent plusieurs aspects et facteurs du phénomène (Carter et Tiffany, 1999).

2.2.5 Craving et la place du transfert dans la psychanalyse

Lacan se situe d'abord dans un royaume imaginaire, avec l'analyste apparaissant comme un miroir qui permettrait la synthèse d'images disparates par une explication intellectuelle apparaissant l'interprétation (construction freudienne) et une manœuvre émotive par transfert. (Sadfi, R., 2010). Cela conduit à l'idée d'un processus analytique dialectique dont le but est de combler les lacunes mémoire, ou symptômes, avec un discours réel soutenu par le patient.

Le concept de contre-transfert est compris au sein de la théorie du transfert Lacanien, à l'intérieur de cette relation dialectique. La période ultérieure est marquée par l'apparition du désir ; l'interprétation est alors comprise comme celle qui permet au désir de resurgir malgré le refoulement (métaphore) fondamental qui s'est instauré en lui ainsi que malgré de nombreuses résistances qui cessent de se manifester à mesure que le désir se développe : il s'agit de maintenir la position du désir par l'apparition du désir ; l'interprétation est alors comprise comme celle qui permet au désir de resurgir malgré le refoulement (métaphore) fondamental qui s'est instauré en lui ainsi que malgré de nombreuses résistances qui cessent de se manifester à mesure que le désir se développe : il s'agit de maintenir la position du désir, d'une interprétation indirecte est nécessaire à ce stade. La période suivante, tout en définissant l'objet du désir, que la vision du patient est un point analytique du désir que l'analyste considère comme étranger à sa connaissance.

Le rôle de l'analyste impliquera d'être présent et d'agir comme un objet apparent pour s'opposer au refus des convictions conscientes du patient de connaître certains aspects de ses postulations inconscientes, proposant finalement un nouveau cadre de connaissance inconsciente à la suite de ses interventions. Il implique d'être présent et d'agir comme un objet apparent pour s'opposer au refus des convictions conscientes du patient de connaître certains aspects de ses postulations inconscientes, proposant finalement un nouveau cadre pour la connaissance inconsciente à la suite de leurs interventions. La croissance d'un sujet qui nécessite des connaissances et facilite le transfert. La dernière section de son travail que le patient recherche chez l'analyste pour la faiblesse (Sadfi, R. 2010).

La plupart des patients sont conscients de leur toxicomanie ; ils savent qu'ils sont des toxicomanes, différents de l'image que la société leur donne.

Comment la psychanalyse pratique peut-elle donner un sens à ce besoin ? Capable de donner un sens à cette envie ? Il est difficile de réfléchir à cette question à travers les nombreuses structures puisque nous sommes en contradiction avec les concepts de structure

toxicomane. Cependant, en interférant avec le langage et, par conséquent, par avec ce qui est en réalité le but du traitement des psychologues, il n'inclut pas la dépendance de l'analyste de dépendance de la part de l'analyste mais plutôt des transferts au sein de la dimension dialectique.

2.2.6 Facteurs influençant le craving

la durée et la fréquence des épisodes de désir sont significativement influencées par des facteurs internes (tels que les émotions), des facteurs externes (tels que le contexte) et des facteurs interindividuels (Epstein et al., 2009 ; Serre et al., 2015). Les principaux facteurs liés à une augmentation du besoin impérieux comprennent l'environnement (par exemple, la localisation, la présence d'autres utilisateurs, la pression sociale, les conflits), la disponibilité et la présence de l'objet de la dépendance, les émotions positives et négatives, le stress et l'effet de ces différents facteurs. serait plus fort en ce qui concerne les indices (Cho et al., 2008 ; Serre et al., 2015 ; Sayette, 2016 ; Bettsles et coll., 2021)

Les stimuli de conditionnement, c'est -à-dire les stimuli qui ont été fréquemment liés à la consommation et qui ont développé la capacité de provoquer des réponses conditionnelles (telles que la recherche d'une substance, l'envie, etc.) par eux -mêmes, indépendamment de la présence de l'objet de dépendance (substance ou comportement). être interne (comme le stress) ou externe (comme un pétard , une odeur de cigarette), et leur présence déclenche l'activation de deux voies distinctes : l'une est intéroceptive (qui traverse l' insula) et l' autre est extéroceptive (qui varie selon sur le type d' indice, tel qu'auditif , visuel ou olfactif) (Paulus, 2007 ; Wise et al., 2008 ; Serre et al., 2015 ; Betts et al., 2021).

À l'inverse, une diminution du désir est liée à l'efficacité personnelle, aux stratégies d'adaptation et à l'utilisation aux stratégies d'adaptation et au recours à des traitements « anti-craving » (Serre et al., 2015). Concernant les facteurs interindividuels , la recherche a montré des liens entre l'envie les niveaux les niveaux et les comorbidités psychologiques (Fatseas et al., 2018) ; alexithymie (difficulté à exprimer ses émotions) (Saladin et al., 2012) ; recherche de nouveauté (Zilberman et al., 2007) ; l'impulsivité et le manque d' inhibition (Papachristou et al., 2012).

2.2.7 Intérêt du repérage dans la pratique clinique

il y a un intérêt thérapeutique , qui fait de la cible une intervention dont il faut mesurer l'efficacité .Ce qui est particulièrement pertinent maintenant que ce critère est inclus dans la

nouvelle version du DSM pour le diagnostic des problèmes liés à la consommation de substances ; Deuxièmement, il existe un intérêt prédictif , qui suppose que ce critère puisse être clairement corrélé à la gravité de l' évolution de la maladie ; et troisièmement, il y a un intérêt thérapeutique , qui fait de la cible une intervention dont il faut mesurer l'efficacité est compréhensible comme un désir, est inclus dans la CIM-10 comme un syndrome de dépendance et est sur le point d' être inclus dans le DSM-5.

Parfois considéré comme un signe majeur de difficulté de dépendance ainsi que comme un symptôme clinique courant pouvant exister à l'extrémité supérieure du spectre de gravité, et en précisent cependant que l'ajout du désir comme critère diagnostique , s'il est considéré comme un indicateur fort de la construction de la dépendance adjacente , renforcera la cohérence des autres critères diagnostiques pris en considération mais n'améliorera pas la décharge. Ainsi, des recherches ont montré que l'inclusion d'un critère de désir dans les critères de diagnostic a un faible effet sur les estimations de la prévalence des problèmes liés à l'alcool. Si la présence de ce symptôme n'a qu'un rôle pertinent n'a dans le rôle important dans le diagnostic de la maladie, il existe alors de nombreuses raisons impérieuses de l'évaluer (Brousse, G. & Chazron, I., 2014 p. 110).

Selon quelques auteurs, les envies interférerait avec les efforts conscients pour maintenir la sobriété, agissant comme un signal d'alarme pour le sujet. En ce sens, le rappel permet d'être attentif sur ce signal. Pour d'autres, le désir est considéré comme un phénomène qui apparaît lorsque les toxicomanes abstinentes des toxicomanes expériences éprouvent des envies. Elle pourrait donc constituer un obstacle reconnu à barrière de dépendance, et des tentatives de sevrage des sujets dépendants sujets. Par ailleurs, selon la mesure dans laquelle ce besoin est jugé grave ou irréversible, il peut faire l'objet d'un traitement quel que soit son effet ultime sur la consommation de drogue .Lorsque ce besoin est jugé sévère ou irréversible, il peut faire l'objet d'un traitement quel que soit son effet ultime sur la consommation de drogue. Des approches pharmacologiques ou psychothérapeutiques ciblées (psychocomportementales) peuvent atténuer cette envie et prévenir le sevrage et atténuez cette envie et prévenez le sevrage.

Cependant, cette dernière affirmation a suscité des critiques car elle rejette l'objectif premier et exclusif du traitement. De plus, même si l'envie est souvent considérée comme la pierre triangulaire de l'addiction, il existe encore peu d'études variées sur le sujet. Résultat, chez l'homme, des résultats contradictoires ont été trouvés concernant la relation envie-réponse : il n'y a pas de corrélation positive pour certaines choses qui contredisent d'autres. Il

faut souligner combien il est difficile de comparer ces études sur différentes substances à l'aide d'outils de mesure hétérogènes dans des contextes très variés (comme l'accès ou non du patient à des substances addictives, la durée d'évaluation du craving en une seule séance, etc.).

Une publication récente a révélé que même si les héroïnomes qui avaient arrêté de fumer tôt ou tard ne signalaient pas de niveaux de manque plus élevés (en termes de fréquence) que ceux qui ne le faisaient pas, ils rapportaient des niveaux d'intensité de besoin significativement plus élevés et implicitement des attitudes plus positives à l'égard de la consommation de drogues. De plus, seule la partie consciente du besoin est mesurée dans chacune de ces études, malgré la possibilité d'une part automatique inconsciente (Brousse, G. & de Chazron, I., 2014, p 110). Le besoin est mesuré dans chacune de ces études, malgré la possibilité d'une portion automatique inconsciente (Brousse, G. & de Chazron, I., 2014, p 110).

2.2.8 La perception et l'évaluation du craving

Les toxicomanes semblent avoir moins de bonnes capacités cognitives lorsqu'il s'agit de voir et d'expliquer leurs états internes ou de surveiller de près leur comportement et de fournir des informations précises (Mueller et al., 2012 ; Richter et al., 2012). On dirait qu'il y a inhibition des facultés cognitives lorsqu'il s'agit de voir et de rendre compte de leurs états internes ou de surveiller de près leur comportement et de fournir des informations précises (Mueller et al., 2012 ; Richter et al., 2012).

Par exemple, la période d'envies, de craving est corrélée à l'alexithymie, ou à l'incapacité de faire la distinction entre ses émotions et de les exprimer verbalement (Saladin et al., 2012). Les niveaux d'alexithymie peuvent avoir des capacités intéroceptives et métacognitives limitées ou un manque de conscience pour identifier et signaler avec précision les états cognitifs, somatiques et émotionnels dans des situations quotidiennes spécifiques. Cela pourrait par exemple les amener à sous-estimer leurs envies (Reichert et al., 2021).

L'activité de l'insuline, permet la perception d'états physiologiques internes (par exemple, fréquence cardiaque, respiration, stress). Cela traduit un signal physiologique provenant des régions sous-corticales en sensation consciente. Il apparaît que l'insula joue un rôle décisif dans l'expérience ou non du craving (Naqvi Nasir et al., 2007 ; Goldstein et al., 2009). Le degré de recherche auto-déclarée lors de l'exposition à des signaux a également été

associé dans de nombreuses études à une activité accrue dans l'insula, qu'elle soit liée au comportement ou à la toxicomanie (Zilverstand et al., 2018 ; Antons et al., 2020). Cependant, des déficiences de perception peuvent amènent à sous-estimer leurs propres états internes.

Il possible que alors un dysfonctionnement du système intraceptif entraîne une diminution des envies physiologiques cela amènerait les gens à avoir moins d'envies physiologiques. De plus, Antons et Al (2020). signaler que des niveaux plus élevés des niveaux de corrélation entre l'activité d'Insula et l'intensité du désir seraient observés chez les individus « particulièrement conscients de leurs états internes », c'est- à-dire possédant de plus grandes capacités d'intraception (Antons et al ., 2020).Une corrélation entre l'activité d'Insula et l'intensité du désir serait observée chez les individus « particulièrement conscients de leurs états internes », c'est -à-dire possédant de plus grandes capacités d'intraception (Antons et al ., 2020) .

Il est intéressant de noter que les personnes ayant les affichage des addictions présentent des déficiences dans leur capacité de perception, ce qui peut conduire à une élévation de la conscience et à un déni de diverses parties du problème (un manque d'insight), y compris peut-être des envies physiologiques (VerdejoGarcia et al ., 2012).

Selon Cavicchiolli et al., (2020), il est probable que ces déficits imperceptibles expliquent en partie les difficultés rencontrées par certains auteurs dans leurs études pour relier l'envie et la consommation en faisant l'auto-évaluation de leurs envies (Cavicchioli et al., 2020). Par conséquent, il est possible que certaines personnes seront moins en mesure de signaler moins leurs envies, de signaler leurs envies, et que cela soit dû en partie à des anomalies dans les régions du cerveau qui contrôlent la conscience de soi et la perspicacité (la conscience de la maladie), comme l'insula et le cortex cingulaire antérieur (Goldstein et al., 2009 ; Moeller et Goldstein, 2014).

Les distorsions métacognitives (dissociations entre la perception de soi et le comportement actuel) ont également été liée à la toxicomanie et à la dépendance au jeu, par exemple dans l'évaluation de la distinction entre la performance subjective et objective sur une tâche (Noel et al., 2013b ; Noël et al., 2013 ; Le Berre et Sullivan, 2016). De plus, ceux qui ont moins de perspicacité, c'est -à-dire une conscience de leurs problèmes, ont, en moyenne, des capacités métacognitives inférieures à celles des personnes ayant une bonne perspicacité (Vohs et al., 2016 ; David, 2019).

2.2.9 La mémorisation et le rappel du craving

Un certain nombre de facteurs peuvent influencer le rappel d' une information, notamment l' effet de congruence humoristique (meilleure mémorisation de l' information congruente, c'est- à - dire adjacente ou identique à l' état d' humeur du sujet ponctuellement), l' effet de répétition et l'effet de valence affective (c'est -à-dire que les gens se souviennent plus facilement d' une information si elle est personnellement pertinente, si elle a été produite récemment, si elle est significative et/ou inhabituelle et si l' humour du moment au moment de l' évaluation est cohérent). Différents facteurs peuvent influencer l'appétit, la mémorisation et facteurs qui rappel peut influencer l'appétit, la mémorisation et le rappel. Il peut s'agir de :

- L'intensité de l'envie : une envie plus forte sera plus facile à retenir ;
- Le contexte dans lequel il apparaît : par exemple, une envie d'un environnement inapproprié peut être considérée comme plus significative qu'une envie d'un contexte approprié, le poids accordé à cet épisode et à sa signification personnelle (connexion à soi) : une plus grande attention et la reconnaissance du besoin comme une expérience personnelle significative aideront à mieux s'en souvenir ;
- Les capacités mentales, motrices et métacognitives de l'individu ressentis à ce moment précis : des sentiments plus forts se traduiront par une meilleure mémoire.

Considérant qu'un épisode de craving intense peut seulement altérer temporairement les capacités cognitives telles que l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives (Sayette, 2016), ainsi que les capacités métacognitives (par exemple, évaluer le contenu de ses propres pensées et être capable d'en faire le point), il est possible que l'expérience de l'état de manque lui-même entre en conflit avec la capacité de signaler de manière appropriée l'état de manque plus tard. De plus, ceux qui ont moins de perspicacité possèdent généralement des capacités cognitives inférieures à celles qui ont une bonne perspicacité (Rinn et al., 2002 ; Nair et al., 2014). Il serait alors être envisageable pour les capacités d'un individu à reconnaître et à signaler ses envies différent, tant d'un point de vue intéroceptif que cognitif ou métacognitif.

2.2.10 Liens craving-sevrage

De ce fait Résultat, l'appétit est étroitement lié à la consommation de drogues et est exacerbé par la consommation. Lorsqu'une personne subit une désintoxication, définie par la réduction d'expériences consommation quotidienne de médicaments, il est normal de s'attendre à un changement dans l'intensité de cette pulsion. De nombreuses études mettent

un lien direct entre le désir et le sevrage aux mécanismes neuroendocriniens qui se côtoie. Actuellement, on a pensé que les changements dans le cerveau qui se produisent lors d'une intoxication médicamenteuse à long terme expliquent le sevrage. Il en résulte une régulation négative (hypofonctionnement) des récepteurs GABA en relation avec la présence quasi constante d'un médicament.

Lors de l'arrêt brutal des consommations, les effets sédatifs d'une drogue disparaissent soudainement. Le déséquilibre créé est sous-tendu par le maintien de l'hypofonctionnement GABAergique dont l'activité inhibitrice est réduite et par une augmentation de l'activité excitatrice glutaminergique. Ces perturbations expliquent les symptômes physiques du sevrage, notamment les manifestations végétatives et l'anxiété. Or au niveau neurobiologique, le système de récompense dopaminergique, supposé expliquer en partie le craving implique le système GABAergique. La dopamine est en temps normal inhibée par le GABA, qui est lui-même inhibé lors du sevrage. Il en résulte une libération dopaminergique accentuée. D'autres perturbations, endocriniennes notamment, semblent communes au sevrage et au craving.

2.3 Etat des lieux sur la Symbolisation

2.3.1 Définition

Selon le Dictionary of Psychology (1991), la symbolisation est le processus de connexion de deux ou plusieurs unités sémantiques de même niveau ou de niveaux différents, soutenue par un plus ou moins associatif système associatif solide. Par la traduction, la condensation et par d'autres moyens, ce processus a la capacité de réinterpréter n'importe quel type d'unité sémiotique et de la transformer en unité un symbole et d'en faire le symbole de quelque chose d'autre dont l'essence est cachée. Pour Roussillon(2000), la symbolisation est le processus consistant à donner forme, représentation et sens à un événement subjectivement vécu ; c'est le résultat de la tentative de l'esprit d'essayer de métaboliser tout ce qu'il trouve, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de lui-même, à commencer par la pulsion.

Le travail est essentiel à la fois à l'appropriation subjective du vécu et à son intégration dans la subjectivité ; il commande ces choses et constitue la première étape pour les rendre possibles. Selon Pelsser (1989), la synthèse sur l'idée de symbolisation en psychanalyse, passe par l'aspect fondamental de la symbolisation qui est la capacité de traduire sur la scène psychologique, ce qui lie le sujet à la fois à l'objet et à la pulsion, voire à la pulsion et à l'objet

eux-mêmes. Les caractéristiques de la symbolique sont identifiées : et avant tout, la symbolisation fait référence à la capacité d'utiliser des symboles, c'est -à-dire la capacité de relier un symbolisant et un symbolisé. Cette la relation est établie sur la base d'un lien associatif.

Alternativement, pour que cette substitution de processus réussisse, deux conditions essentielles doivent être remplies : les deux éléments doivent être liés l'un à l'autre tout en étant distincts l'un de l'autre. La signification du symbole lui est donnée par ceci que lui confèrent cette relation et cette différenciation entre ses deux composantes (les éléments sont à la fois liés et distincts, comme l'indique le mot symbole dans son étymologie). En outre, il incarne à la fois l'idée de se réunir et l'idée de la séparation, comme dans le jeu de Bobine, noté et Freud (1920), où le petit garçon fait apparaître puis disparaître sa bobine. Le jeu représente le jeu répété de la mère alternance répétée alternance entre présence et absence.

Segal (1970), en faisant référence constante à la formation du symbole, indique que l'abandon du sujet de désir par un enfant provoque la formation d'un symbole. Cependant, cela pourrait conduire à deux résultats distincts : l'équation symbolique, dans laquelle l'objet de substitution est perçu comme l'original, niant ainsi l'absence de l'objet. Et le symbole parlant qu'il perçoit comme une représentation de l'objet et qu'il utilise pour surmonter la perte. Le signe est ainsi vécu comme représentation de l'absence.

La capacité du sujet à traduire ses expériences vécues en contenus psychologiques est connue sous le son où elle s'accompli grâce à un travail qui demande que le langage, les pensées et les fantasmes du sujet, tous intégrés à l'appareil psychologique, soient utilisés comme moyen d'enregistrer les événements qu'il a vécus, à la capacité de trouver des alternatives à la force motrice et à l'objet afin qu'ils s'enracinent dans le psychisme.

De ce résultat, l'appareil psychologique est au centre de deux mouvements : l'un interne, issu de la pulsion symbolisée par l'affect et la représentation ; l'autre externe, provenant de l'objet qui entre dans l'esprit à travers la représentation de quelque chose lié à la représentation de la parole. Le centre de deux mouvements : l'un interne, issu de la pulsion symbolisée par l'affect et la représentation ; l'autre externe, provenant de l'objet qui entre l'esprit à travers la représentation de quelque chose lié à la représentation de la parole. Dans le cadre de la symbolisation, l'origine des processus de symbolisation est la relation entre les représentations de l'objet et sa pulsion (sentiment et représentation). Cette la comparaison se fait grâce à l'utilisation de la représentation.

Cela signifie que le processus de symbolisation vise à rapprocher les agents du mouvement (sentiment et représentation) des agents de l'objet, c'est-à-dire la représentation de l'agent liée à la représentation de quelque chose par l'agent. La symbolisation fait également référence à la possibilité d'accéder à un registre symbolique et, registre comme et, par conséquent, à un autre, y compris le langage, permettant au sujet de se mettre à distance de la réalité et d'établir la dialectique entre présence et absence. Un résultat à un autre, y compris le langage, permettant au sujet de se mettre à distance du réel et instaurant la dialectique entre présence et absence.

En fait, la question de l'existence et de l'absence de l'objet que le langage est capable de présenter est posée par cette approche de symbolisation. L'acceptation de la médiation rendue possible par la symbolique qui la constitue le langage. Dans ce sens, Pelsser, (1989), dit du langage, en tant que processus de symbolisation, qu'il permet de surmonter la perte, l'absence d'objet et l'angoisse de la séparation. Segal (1957) postule que la pensée symbolique est fondamentale pour une pensée flexible, grâce à laquelle un matériau initialement indigeste devient plus facilement digestible, permettant ainsi au deuil d'aller de l'avant et de surmonter une situation difficile.

2.3.2 Processus de Symbolisation

Le processus de symbolisation peut être défini comme le remplacement d'une signification par une autre qui a plusieurs significations en plus de l'original. Cela évoque les concepts de formation substitutionnelle et de sublimation. L'œuvre doit être lue à deux niveaux afin d'en comprendre pleinement la signification symbolique : le niveau des symboles universels et le niveau des symboles spécifiques au sujet, où le style du sujet est déterminé par son récit. Comme tampon contre les effets psychologiques et prévient la somatisation. L'acquisition de l'habileté de symbolisation permet de représenter ce qui n'est pas possible d'avoir ou d'être. Bien que des études rapportent les effets négatifs du divorce et des traumatismes, certaines ont plutôt souligné les effets positifs qui y sont associés, comme une créativité accrue (Lafortune, 2014), l'identification et la poursuite des rêves des parents décédés (Lachal, 2001), et croissance de la résilience (Verones, Castiglioni, Tombolani & Said, 2012). La question est de savoir comment rendre compte de telles retombées positives dans des situations parfois bien plus horribles que celles provoquées par la guerre ? Selon plusieurs auteurs, symboliser les expériences passées pourrait contribuer à rétablir l'homéostasie psychologique et à atténuer les symptômes (Bertrand, 2007 ; Klotz, 2007 ; Roussillon, 2012).

Il est facile d'attribuer un sens à un événement qui semble à première vue dénué de toute signification compatible avec l'appareil psychologique dans laquelle les éléments du monde externe sont disposés dans des représentations mentales et élaborés à l'aide d'un langage chargé de sens (Godfrind, 2008). Deux catégories de symbolisation sont reconnues par Roussillon (2012) : primaire et secondaire.

L'expérience pour laisser une impression durable, doit subir un encodage sensoriel et perceptuel, la capacité d'une personne à lier un symbole objet ou un sens un signifiant, sans exiger de subjectivité de leur part (Pessler, 1989 ; Roussillon, 2012).

Premièrement, les expériences de l'environnement (le monde extérieur) sont assimilées dans la psyché de manière sensorielle. Le contenu est démontré par un compte impartial et sans impact du récit du douloureux, de l'événement douloureux.

Deuxièmement, une la représentation mentale qui se développe au sein du psychisme (monde interne), donnant lieu à des affects. À cette étape, l'affect est la principale composante manifeste visible dans l'individu & son vie psychologique.

Troisièmement, un unificateur discours fondé sur des symboles reconferme la relation entre expérience et affect basée sur des symboles reconferme la relation entre expérience et affect. De plus, d'une la capacité de la personne à articuler symboliquement une expérience qui a profondément marqué sa vie peut lui permettre de surmonter l'anxiété qui y est associée, ce qui n'est pas la même chose qu'une manifestation symptomatique de psychopathologie. Cette symbolisation secondaire se manifeste par une phrase qui mêle expérience sensorielle et affect dans un discours densément ressenti.

En trois temps distincts, chacun marqué par un contenu manifesté, la procédure de symbolisation s'effectue, le développement d'une représentation mentale dans le psychisme (monde interne) donne naissance à des affects. Premièrement, l'environnement le monde extérieur offre des expériences qui sont sensoriels des intégrations avec l'esprit, le contenu se manifeste comme un rapport objectif et sans affect de l'événement pénible. Deuxièmement, une représentation mentale se développe au sein du psychisme (monde interne), donnant lieu à des affects.

À ce stade, l'émotion domine la vie psychologique de la personne et constitue le contenu visible et manifeste. Le recours unificateur aux symboles permet de redéfinir l'expérience et l'affect. L'expression symbolique d'une expérience qui a profondément marqué la vie d'une

personne permettrait de surmonter l'anxiété qui y est associée, ce qui n'est pas la même chose que la manifestation symptomatique d'un psychopathe. Cette symbolisation secondaire se manifeste dans un langage qui mêle expérience sensorielle et affect dans un discours densément ressenti .dans un langage qui mélange expérience sensorielle et affect dans un discours densément ressenti.

2.3.3 Naissance de la vie psychique de la symbolisation

Cela marque le début de la vie psychique pour représenter le monde extérieur à l'intérieur de soi. Tout commence par une relation mère-enfant. L'enfant dépend entièrement de sa mère durant les premiers mois de sa vie (sans en avoir conscience, bien entendu), et sa présence ou son absence le fait tour à tour apparaître comme une source d'amusement ou de distraction. Selon le fonctionnement de la pensée magique, l'enfant croit que c'est lui qui fait apparaître la mère et qui le nourrit. Cette croyance est créée par la réponse spontanée de la mère aux cris d'alimentation provoqués par la faim et la tension interne .Sinon, comment cela va-t- il se passer ? Tout commence par le lien « mère-enfant ». Durant les premiers mois de vie, l'enfant est totalement dépendant de sa mère (sans s'en rendre compte, bien entendu), et sa présence ou son absence l'aide ou le gêne tour à tour. Selon les règles de la pensée magique, l'enfant croit que c'est lui qui fait apparaître la mère et qui la nourrit après que la mère a eu à répondre spontanément à ses cris d'alimentation provoqués par la faim et la tension interne. C'est à cause de la foi de la mère, de la confiance en lui, qui par son attitude se montre soucieuse de ses besoins. Le monde est un endroit où il peut vivre heureux et où il peut trouver (ou subvenir) à ses besoins.

Si la mère reprend son rythme de vie habituel et dicte à l'enfant les autres tâches qu'il doit accomplir, l'enfant devra faire face à la question de la satisfaction différée.

Winnicott (1969) qualifie à cette circonstance particulière de « mère suffisamment bonne ». Selon la terminologie de Winnicott, une mère suffisamment bonne est celle qui est capable de contenir et d'apaiser l'anxiété de son enfant tout en l'aidant progressivement à accepter l'existence d'un autre monde en dehors du sien, distinct de celui dans lequel il a vécu. Résultat, il prend conscience de sa dépendance envers une autre, à savoir sa mère, pour subvenir à ses besoins, ce qui l'aide à réaliser qu'il n'est pas autosuffisant pour s'approfondir progressivement grâce à la capacité de l'imagination à générer des compensations mentales à travers l'expérience de la maternité et l'épanouissement représentatif objets de mémoire pendant les périodes d'attente .

Une rupture symbolique se produit dans la réponse de ce bébé à l'absence de sa mère comme objet de son plaisir, l'expérience de l'enfant avec la présence et l'absence de sa mère le préparera à une vie créative : créer, réfléchir, imaginer, etc. Lorsqu'il représente mentalement l'objet absent, l'enfant entame un processus de symbolisation par lequel il tente de donner un sens, c'est -à-dire une forme, à sa dépendance à l'égard de sa mère.

De plus, l'enfant permettrait des pensées surgir en lui des pensées et une imagination qui révéleraient sa capacité à créer et formes symboliques qui lui permettraient d'intervenir dans la douloureuse réalité de la perte. Un rapport bien équilibré sur la satisfaction et la réponse de la mère aide l'enfant à mieux accepter sa solitude et à intégrer son identité symbolique, notamment en exprimant verbalement ce qu'il ressent. Le développement du nourrisson et des facultés intellectuelles qui permettent l'imagerie mentale, l'imitation variée, le jeu symbolique et l'acquisition du langage, dépend en partie de la façon dont cette symbolisation se déroule.

C'est grâce à cela l'enfant est capable de développer des pensées sur lui-même et développer les autres. A l'inverse, si le rôle de la mère échoue, et que des retards excessifs surviennent, cette capacité symbolique est compromise. La capacité à représenter l'autre en son absence entraîne la capacité de penser, de sortir du monde concret pour imaginer et réussir à transformer des expériences douloureuses afin de donner du sens (Linteau, 2003). Une fois que cette la capacité est acquise, il permet de faire face, d'affronter les défis de la vie et de leur donner du sens afin de les intégrer.

Cette la capacité permet d'apaiser les blessures psychologiques. La capacité de symbolisation permet à un enfant de construire sa vie psychologique en naviguant dans la langue et la culture et en entrant dans le monde réel.

2.3.4 Niveaux de symbolisation

Pour Perron (1992), la représentation et la symbolisation sont deux concepts différents. Le premier fait référence au travail de liaison au premier niveau, tandis que le second décrit le travail de liaison et la manière dont il établit des liens entre les représentations au deuxième niveau. À partir des recherches de Freud (1891), Roussillon (1995) distingue trois catégories d'inscriptions psychologiques vivant du vécu : une expérience dans la trace inconsciente (la représentation de quelque chose). Dans un article intitulé « Symbolisation et transitionnalité », l'expression verbale préconsciente une trace verbale (représentation des

mots) et propose son modèle en distinguant deux formes de symbolisation : primaire et secondaire (représentation des mots et verbalisation) que nous allons mieux développer au chapitre suivant à l'insertion théorique.

2.4 Etat des lieux sur la Toxicomanie

2.4.1 Définition

Selon la définition donnée par le Petit Larousse de psychologie (2013, p. 914), la toxicomanie est une relation de dépendance aliénante à une drogue plus ou moins toxique et implique la subordination du sujet de toute son existence à la poursuite des effets du produit. Les psychotropes, tels que le tramadol, le cannabis, la cocaïne, et al., sont employés par les toxicomanes et peuvent influencer les fonctions psychiques, les perceptions sensorielles, ou même causer des hallucinations.

Le terme couramment utilisé pour décrire l'usage nocif et répété de substances psychoactives est « toxicomanie ». Le terme le plus couramment utilisé pour décrire ce comportement au Québec est la toxicomanie. Selon Shenckery (2006), l'étymologie du terme fait référence aux mots grecs « toxicon » et « manie », qui signifient « folie du toxique ».

Le terme « toxicomanie » est défini de la même manière dans plusieurs écoles de psychologie et écoles fait référence à l'usage d'une substance psychoactive qui va au-delà d'un usage occasionnel et entraîne une dépendance. L'usage d'une substance psychoactive qui dépasse l'usage occasionnel et entraîne une dépendance. La dépendance physique se développe à la suite de l'adaptation de l'organisme au produit chimique en réponse à une augmentation de la tolérance métabolique à son égard. Les symptômes de sevrage se manifestent si cette substance est consommée moins souvent ou cesse complètement. La dépendance s'accompagne généralement d'une dépendance psychologique, c'est-à-dire un fort besoin de consommer la substance même en l'absence de dépendance physique ou de symptômes de sevrage.

2.4.2 Toxicomanie et dépendance

Le terme « dépendance » également utilisé comme un synonyme de « toxicomanie », pour décrire le phénomène psychologique et physiologique qui survient lors de la répétition d'un comportement intoxicant. Les critères trouvés dans le DSM-5-5 (2013) sont généralement utilisés pour diagnostiquer la consommation de drogues à des (2013) récréatives comme un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet

continue de consommer la substance malgré des problèmes importants liés à la substance. Les auteurs du nouveau DSM ont cependant choisi de faire référence à ce que nous définissons comme dépendance en utilisant le mot « trouble lié à l'usage d'une substance ». Ce mot véhicule l'idée que le problème est lié au « contrôle » et à « l'usage » de la substance plutôt qu'à son simple effet. Ce terme annonce également la médicalisation de la question en supprimant les termes historiquement associés de « manie » et de « dépendance ».

2.4.3 Conceptions psychanalytique de la Toxicomanie

Retraçons quelques conceptions des psychanalystes dans la Toxicomanie.

2.4.3.1 Conception Freudienne

Freud (1898) s'est consacré à retracer les origines de la dépendance humaine, qu'il associe à tous les premiers stades du développement psychologique, en utilisant le concept de « Hilflosigkeit ». Cet état extrême de détresse et de déréliction que vit le nouvel arrivant dépend en grande partie de sa nature humaine. Le sentiment de détresse et d'abandon que connaît le nouvel arrivant dépend largement de sa nature humaine. La première dépendance est sur le point d'entrer dans la psyché avec l'émergence du retour à la masturbation. L'idée de la dépendance comme substitut érotique peut être trouvée dans « L'étiologie sexuelle des névroses » de Freud (1898), où il conseille au thérapeute de se concentrer sur « la source d'où coule le besoin impératif de drogue ».

Par ailleurs, dans le lien fixé unit le buveur à son vin, il n'existe pas de véritable accès au domaine de la relation objective, qui est animé par ses opportunités de satisfactions de substitution. Cependant, Freud estime que le modèle des psychonévroses est similaire à celui des toxicomanies : « Parmi tous les tableaux cliniques, nous avons des observations tableaux de ce que nous avons observés, les psychonévroses les plus vraies sont celles qui impliquent des intoxications et des phénomènes liés à l'abstinence de toxines spécifiques dans les toxicomanes.

De plus, l'action des stupéfiants procure un effet instantané de bonheur ainsi qu'une certaine indépendance vis-à-vis du monde extérieur. Il est bien connu qu'avec l'aide d'un résolveur de problèmes, on peut constamment se plonger sous la surface de la réalité et chercher refuge dans un monde intérieur qui offre de meilleures circonstances à sa sensibilité, ainsi qu'une certaine indépendance à l'égard du monde extérieur..

En tant que symbole de ce "névrosé normal" dont il nous parle dans la "Psychologie de la vie amoureuse", les tendances addictives de Freud présentent, comme on le voit, une interrogation fondamentale sur le fonctionnement psychique de tout être humain en raison de son recours à des techniques de défense envisagées qui servent également de « briseurs de soucis des vraies psychonévroses ».

2.4.3.2 Conceptions analytiques post-freudiennes

Simmel, G. voit un déclin narcissique dans la toxicomanie, où le corps remplace l'appareil psychologique inutile du sujet, en toxicomanie, où le corps remplace l'appareil psychologique inutile du sujet, intensité des réactions somatiques lors des sevrages chez les toxicomanes et utilisation de médicaments comme moyen « artificiel » de défense contre la dépression. L'identification du produit dans les pipis et les selles est liée à un besoin consommer quelque chose de désagréable. À cette régression narcissique mortifiante s'ensuit un démêlage progressif des membres à mesure que le toxicomane se retire dans un état primordial évoquant la mort. Le désir d'une extrême unité avec la mère semble ici en contradiction avec l'auto - préservation.

Dans une perspective kleinienne, Rosenfeld, (1969) quant à lui parle des liens étroits qu'il existe entre toxicomanie et maladie maniaco-dépressive, liant la toxicomanie à la toute-puissance destructrice de l'homme et la toxicomanie à la dépression par identification à un objet malade ou décédé et la maladie maniaco-dépressive, liant la toxicomanie à la toute-puissance destructrice de l'homme et la toxicomanie à la dépression par identification à un objet malade ou décédé. Selon Simmel, la drogue alors représente un persécuteur qui peut être pratiquement incorporé, signifiant une association avec des objets maléfiques ou destructeurs. La consommation de drogues est considérée comme un moyen de renforcer les défenses contre les pulsions sadiques et l'angoisse de persécution. Mais comme la drogue a cette capacité de remplacer tous les objets, cette manipulation pharmacotoxique ne permettra pas au sujet de retrouver le chemin de l'objectivité.

Par ailleurs, selon Gammil (2011), l'installation de la toxicomanie l'importance du sadisme par rapport aux stades précoces développement libidinal. La théorie de Fain sur les « néo-besoins » est le fondement de la discussion de Gammil sur la propension de ces sujets à utiliser des mécanismes schizoïdes, dans lesquels quelque chose doit remplacer complètement l'objet humain, la propension de ces sujets à utiliser des mécanismes schizoïdes, dans lesquels quelque chose doit remplacer complètement l'objet humain.

Bergeret, (1986) il n'existe pas un modèle de personnalité distinct pouvant décrire une personnalité toxicomane. En ce sens, Zafiropoulos (1967), affirme que "le toxicomane n'existe pas parce qu'il ne relève d'aucune catégorie psychologique distincte dans aucune catégorie psychologique. Cette la classification a été appliquée arbitrairement, en dehors du domaine clinique. Avec ces informations en s'appuyant sur son expérience d'analyste et en analysant plusieurs cas cliniques de toxicomanie très différents en ce sens qu'ils reposent sur une structure psychotique, une douleur neuropathique hyptique et une perversion masochiste.

2.4.4 Toxicomanie comme un mécanisme d'auto-protection

En rappelant le concept d'orgasme alimentaire, Rado, (1926) introduit le terme « orgasme pharmacogénique » dans le contexte des morphinomanies. Le recours aux toxines est donc une forme d'auto-érotisme plaisir dans lequel l'oralité est cruciale. Le terme «pharmacothymies» utilisé pour la première fois a été utilisé mettre pour regrouper les toxicomanies en 1933. Le médicament servira de « bouclier contre la souffrance » face à une dépression initiale, rappelant au sujet sa toute-puissance narcissique initiale, où sa perception d'immortalité et d'invulnérabilité se trouve. Dans cette pathologie de l'objet transitionnel, où l'artificiel remplace l'objet humain au lieu de servir objet comme un au lieu de servir de symbole, les drogues apparaissent comme une partie de l'objet pathologique, conférant au sujet un faux sentiment de pouvoir omniprésent .symbole, la drogue apparaît comme un objet pathologique, donnant au sujet un faux sentiment de pouvoir omniprésent.

La toxicomanie peut être définie comme une régression vers un état primitif dans lequel état de transition dans lequel les phénomènes transitionnels ne sont pas remis en cause. Cette impasse due à l'illusion fondamentale illusion volonté va enfermer le sujet dans un état de délectation hallucinogène, le condamnant à investir l'absence elle-même à la place de l'objet du besoin de piéger le sujet dans un état de plaisir hallucinogène, le condamnant à investir l'absence elle-même à la place de l'objet du besoin. Il devient alors possible de minimiser la signification de l'objet humain et de minimiser l'ambivalence avec l'objet du désir de minimiser l'importance de l'objet humain et minimiser l'ambivalence avec l'objet du désir. Ces mécanismes de défense narcissiques pathologiques conduisent à un défaut fondamental dans le sentiment de soi, d'identité et de soi idéal .Ces mécanismes conduisent à un défaut fondamental dans la perception de soi, de l'identité et de l'idéal de soi.

Glover, (1939) souligne cependant, toujours au sujet de la toxicomanie survenant dans un environnement déprimant peut agir comme mesure préventive contre le suicide. L'usage de drogues apparaît dans cette optométrie comme une tentative d'autonomie, un moyen de

lutter contre la dépression, à être une tentative d'auto-défense contre le risque de régression psychotique : « L'addiction fonctionne comme un garde-fou contre une réaction psychotique lors d'une régression. »

Depuis lors, Glover (1939) a caractérisé les addictions d'états « limites », c'est-à-dire qu'elles ont « un pied dans la psychose comme dans la névrose ». Malgré l'importance de la relation à la drogue, Glover a observé que ces états transitionnels futurs « états-limites » se situent suffisamment à la périphérie du développement pour entretenir une relation appropriée avec la réalité état limite, c'est-à-dire qu'ils ont « un pied dans les psychoses et l'autre dans les névroses. » Malgré en ce qui concerne l'importance de la relation à la drogue, Glover a observé que ces états transitionnels futurs « états-limites » se situent suffisamment à la périphérie du développement pour entretenir une relation appropriée avec la réalité.

Ce qu'il faut retenir de ces analyses, c'est que les toxicomanies ont une fonction du moi, une valeur défensive et qu'elles protègent le sujet de la dépression et éventuellement même de la psychose. Les toxicomanies peuvent avoir la valeur d'un bon ou d'un mauvais objet, ou bien elles peuvent être faussement présentées comme idéales ou persécutrices. La drogue vient jouer le rôle de protection du psychisme, il apparaît comme un mécanisme de défense, permettant de protéger le moi face aux angoisses internes, et aux stimulations externes du sujet.

2.4.5 Phases de la toxicomanie et circuits impliqués

De nombreux des facteurs sont impliqués dans le développement de la toxicomanie. Un certain nombre de facteurs immédiats et précurseurs, notamment biologiques et psychologiques, ainsi que de facteurs sociaux, notamment les lois, des facteurs sociaux des relations, notamment les lois, les relations et le contexte familial, conduisent à une première consommation de substances (Edwards, Arif et Hadgson, 1981). Ainsi, sur la base sur les effets de la consommation de la substance, un processus d'apprentissage et de conditionnement ainsi qu'une série de neuroadaptations impliquant plusieurs circuits commencent par l'utilisation de la substance, un processus d'apprentissage et de conditionnement. Trois phases récurrentes peuvent être utilisées pour conceptualiser la toxicomanie (Giasson-Gariépy, K., 2017 P. 3).

Au cours de la phase initiale, connue sous le nom d'intoxication, le système de récompense mésolimbique, (zone tegmentale ventrale et nerf accumbens) est activé. Ce système est lié aux sentiments de plaisir et d'euphorie. Les produits chimiques peuvent

affecter les niveaux de dopamine directement ou indirectement (en modulant d'autres neurotransmetteurs tels que le GABA, les peptides opioïdes, la sérotonine, les endocannabinoïdes et le glutamate) (Ross et Peselow, 2009). Le renforcement positif suite à la consommation de drogue conduit à un conditionnement des signaux liés à la consommation de drogue. Ainsi, les signaux environnementaux indices, peuvent déclencher le système de récompense et déclencher la libération conditionnée traditionnelle de dopamine et va permettre au sujet de se concentrer sur la consommation de drogues et s'appuient sur des stimulants naturels (Koob, V. & McLellan, 2016).

2.4.6 Action du cannabis dans la toxicomanie

Le système endocannabinoïde est affecté par le cannabis, une drogue exogène. Le cannabidiol (CBD) et delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ 9-THC) sont ses principaux constituants. Le Δ 9-THC est un mixte agoniste des récepteurs CB1 et CB2. Selon Zuardi, Crippa, Hallak, Moreira & Guimaraes (2006), le CBD a des effets anxiolytiques, antipsychotiques et peu d'effets cognitifs ou hédoniques. Par contre, le Δ 9-THC est plus impliqué dans les effets hédoniques et renforçateurs de la consommation de cannabis. Certaines propriétés neuropharmacologiques du Δ 9-THC et du CBD sont antagonistes les unes par rapport aux autres. Selon Olivier & Coll (2013), le CBD agirait en réalité comme un antagoniste agoniste des récepteurs CB1 et CB2 ainsi que comme un stimulant des récepteurs TRPV1 et TRPV2. (2013).

La quantité de CBD dans le cannabis utilisé peut varier considérablement, allant de près de 0 % à 40 %. Selon à une étude, l'intoxication au cannabis qui présente des ratios élevés de CBD par rapport au THC réduit une intoxication par le biais cérébraux implicites et peut-être inconscients envers les stimuli liés aux drogues et à la nourriture (Morgan, Freeman, Schafer & Curran, 2010). Ainsi, il y aurait un impact direct ou indirect du système endocannabinoïde sur le développement de dépendances chimiques multiples, dont la cocaïne (Giasson-Gariépy, k., 2017, P. 19). Selon certains auteurs et la théorie de la passerelle sur la consommation précoce et régulière de cannabis peut servir de porte d'entrée à une consommation ultérieure d'autres substances (Fergusson, Boden, & Horwood, 2006).

Les symptômes seraient également liés à une consommation chronique de cannabis, mais seulement dans les neuvième et quatorzième jours après l'arrêt. Au cours d'un suivi de 2,5 ans, la consommation de cannabis à plus long terme serait liée à un nombre accru de réadmissions dues à la dépendance à la cocaïne .la consommation serait liée à une augmentation du nombre de réadmissions dues à la dépendance à la cocaïne.

CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE DE L'ETUDE

3 Insertion théoriques

Nous consacrons cette partie de notre travail au modèle cognitif du craving pour l'explication de notre objet d'étude, et à la théorie psychanalytique de la symbolisation pour expliquer notre phénomène.

3.1 **Le modèle cognitif et comportemental de la rechute de Marlatt et Gordon (1985)**

Ce modèle basé sur les thérapies cognitives et comportementales est le modèle initial développé par Marlatt et Gordon dans les années 1980 (Marlatt & Gordon, 1985), le modèle sera modifié dans la décennie qui suivra et deviendra le modèle dynamique de Witkiewitz et Marlatt (2004).

Ce premier modèle est considéré comme la genèse de l'une des innovations cliniques les plus importantes dans le domaine du traitement et du rétablissement des troubles liés à la consommation de substances, et continue d'être une pratique thérapeutique largement utilisée. En France, la mise en place de cette thérapie a été beaucoup plus tardive que dans d'autres pays, en lien avec la pratique des TCC longue à se développer, que ce soit dans les milieux universitaires ou hospitaliers.

Le modèle original de la PR (prévention de la rechute) est représenté dans la figure ci-dessous. Ici la rechute est conceptualisée sous la forme d'un processus linéaire. La rechute résulterait de trois facteurs principaux : une situation à risque, la capacité de l'individu à y résister, et le sentiment d'auto-efficacité.

Les situations à haut risque sont définies comme n'importe quel contexte source de vulnérabilité au comportement addictif (Hendershot et al., 2011). Le fait qu'une situation à haut risque aboutisse ou non à une rechute dépend en grande partie de la capacité de l'individu à mettre en œuvre une réponse efficace (stratégie de coping compensatoire cognitive ou comportementale) et au sentiment d'auto-efficacité qui en découle. Ainsi, quand la stratégie mise en œuvre est efficace et adaptée, elle sera associée à une augmentation du sentiment d'auto-efficacité, participant à réduire la probabilité de rechute.

À l'inverse, une gestion non efficace de situations à haut risque va nuire à l'auto-efficacité et autoriser des cognitions liées aux attentes d'effets positifs de la consommation,

augmentant le risque d'un faux pas. Ensuite, l'Effet de Violation de l'Abstinence (EVA) et les effets perçus de la substance participeront au risque accru de rechute.

Le fait de considérer un écart comme un échec personnel peut entraîner des sentiments de culpabilité et l'abandon de l'objectif de changement de comportement. Cette réaction est nommée effet de violation de l'abstinence (EVA) (Marlatt & Gordon, 1985). Elle est plus probable quand le sujet a une vision dichotomique de la rechute et/ou qu'il néglige les explications de la rechute liées à la situation (Hendershot et al., 2011).

En résumé, le premier modèle de la PR met l'accent sur les contextes à haut risque, les réactions d'adaptation, l'auto-efficacité, les émotions, les attentes et l'EVA comme principaux antécédents de rechute. Les stratégies thérapeutiques vont les cibler et s'adapter au plus proche du vécu du patient et des situations à risque qui le concernent.

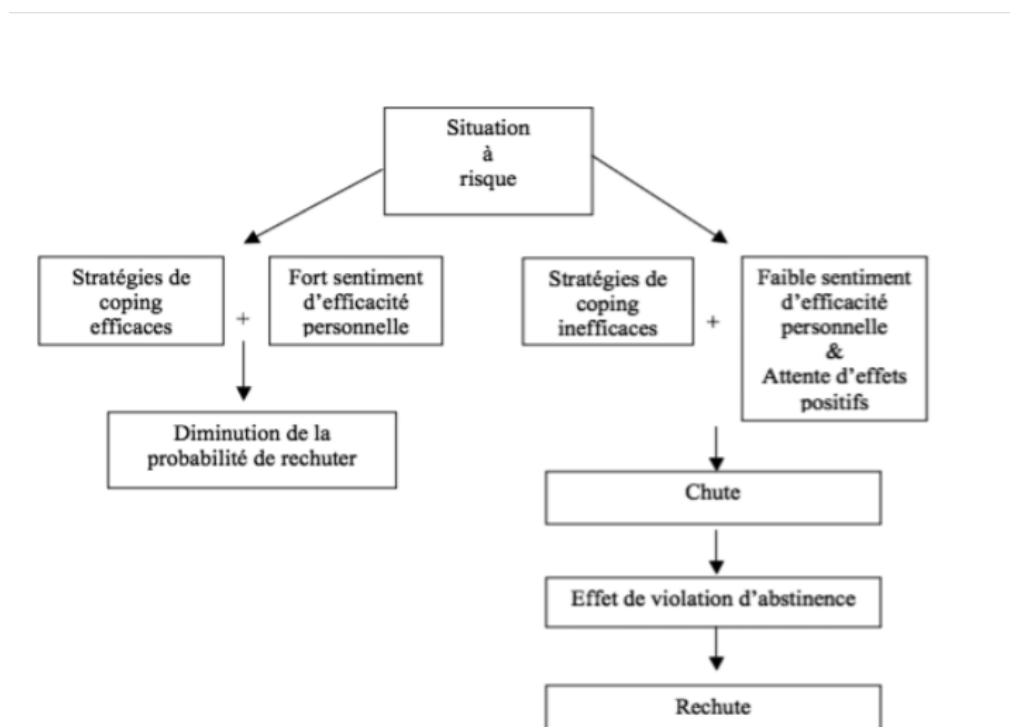


Figure 1 : Modèle cognitivo-comportemental de Marlatt et Gordon (1985)

Par la suite, le modèle cognitivo-comportemental de la rechute de la PR a été reformulé. Les auteurs affinent le modèle théorique et mettent l'accent sur les processus dynamiques de rechute (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Le modèle dynamique de la PR considère la rechute comme un processus complexe et non linéaire dans lequel divers facteurs agissent conjointement et de manière interactive pour affecter le moment et la gravité de la rechute

(Hendershot et al., 2011). Les situations à haut risque sont ici aussi au cœur du modèle dynamique.

Les auteurs conçoivent le processus de la rechute comme un phénomène complexe mettant en jeu:

1. des processus stables (tonic processes) qui indiquent la vulnérabilité à la rechute (Qui est vulnérable ?). Ils comprennent les risques distaux comme les antécédents génétiques, familiaux, psychiatriques, médicaux sociaux, les facteurs de personnalité, la réaction au sevrage. Ils incluent aussi des facteurs cognitifs stables au cours du temps comme les attentes d'effet du produit ou du comportement, le sentiment d'auto-efficacité général, et les croyances personnelles sur l'abstinence ou la rechute (Hendershot et al., 2011);

2. des processus transitoires (phasic processes) marquant la survenue de la rechute, ils servent de déclencheur ou à prévenir une rechute (Quand une personne est-elle vulnérable?). Ils incluent les états affectifs et cognitifs variables en fonction du contexte, tels que le craving, l'humeur ou des modifications transitoires des attentes d'effet du produit, d'auto-efficacité ou des motivations. Les stratégies de coping utilisées peuvent être considérées comme des processus transitoires, permettant de déterminer si une situation à risque peut donner lieu à un écart. Une fois que l'écart a eu lieu, les conséquences immédiates, telles qu'une altération des processus de prise de décision, l'EVA, etc., sont aussi des processus transitoires (Hendershot et al., 2011);

3. des situations à risques (exemple: événement stressant où l'individu a un sentiment de perte de contrôle).

Ces facteurs interviennent simultanément et en interaction pour déterminer le risque et la sévérité d'une rechute (Hendershot et al., 2011; Witkiewitz & Marlatt, 2007). L'interaction entre les facteurs stables et transitoires est complexe.

Pour chaque situation à haut risque, vont interagir des processus stables et des processus distaux. La rechute est précédée d'un ensemble de facteurs de risques et de processus, dont les facteurs distaux, les processus cognitifs, émotionnels et les comportements de coping. Les risques distaux (antécédents, personnalité...) seront des facteurs de risques directs et indirects (via leur influence sur les processus transitoires).

Dans ce modèle, les processus sont rétroactifs et tiennent compte de l'interaction entre les capacités de coping, les processus cognitifs, les affects et les comportements de

consommation ou les comportements addictifs. Les situations à haut risque (passer devant un bar...) jouent un rôle majeur dans la relation entre les facteurs de risque et les comportements d'utilisation de substance. La personne s'ajuste en permanence face aux facteurs contextuels et aux situations à haut risque. Elle fait face avec les capacités qui sont les siennes. Ces dernières sont influencées par les facteurs distaux (génétiques, historiques...), qui vont jouer un rôle dans les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux mis en place quand survient une situation à haut risque. C'est cette association entre les processus stables et les processus transitoires, qui mènera ou non à un écart ou à un maintien des objectifs de la personne. De la même façon, les comportements de consommation ou le maintien de l'objectif initial influenceront en retour les comportements pour faire face (coping) et le sentiment d'auto-efficacité. Ainsi, dans ce modèle, la rechute n'est pas un processus linéaire mais dynamique, qui demande une compréhension très fine des processus stables et transitoires à l'œuvre pour chaque patient et pour chaque situation à risque qu'il décrira.

La rechute peut être soudaine et inattendue (Hendershot et al., 2011). Aussi, ce modèle permet d'identifier les leviers thérapeutiques qui seront mis en œuvre dans la PR. Principalement le psychothérapeute proposera des outils pour agir sur les processus cognitifs, émotionnels, comportementaux et parfois sur la situation en tant que telle.

3.2 Le modèle transthéorique du changement (Prochaska, Di Clemente 2009)

Ce modèle est formulé en étapes qui s'organisent de manière chronologique. Il est basé sur différentes théories du changement en psychothérapie et beaucoup utilisé dans le champ de la santé, et pour des problèmes d'addictions. Selon le modèle de Prochaska & Clemente adapté par Millet (2009), le mode d'accompagnement du changement est composé de six stades (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien, terminaison) et huit modes d'accompagnement du changement (conscientisation, éveil émotionnel, engagement, récompense, contre-mesures, Modifications environnementales, réévaluation personnelle).

- La précontemplation qui est le stade durant lequel l'individu n'est pas motivé à l'idée de changer de comportement suite à un manque de confiance en soi à l'idée de changer un comportement, ou un manque de connaissance sur les conséquences de ce comportement (par exemple manque d'information sur les méfaits de la drogue). Dans ce cas de figure, la conscientisation et les modifications environnementales sont les modes d'accompagnements.

- La contemplation où le sujet est conscient de l'ampleur impératif de changer, mais perçoit de nombreux freins à l'action de changer, et peut rester ainsi en spéculation durant 2 ans. L'éveil émotionnel et la réévaluation personnelle sont des modes d'accompagnements.

- La préparation où la personne entrevoit des actions à court terme dans le but de changer (par exemple chercher un centre de prise en charge). A ce niveau, l'engagement est le mode d'accompagnement qui suit

- L'action où le sujet est déjà passé à l'action, il évalue à présent les avantages et inconvénients du nouveau comportement qu'il adopte. La récompense est le mode d'accompagnement à entrevoir.

- Le maintien : il commence 6 mois après la réussite de l'objectif. Le sujet essaie de tout faire pour ne pas revenir à l'état antérieur pathologique. Il sera question ici pour le sujet mettre sur pieds des contres mesures pour son maintien.

- Terminaison : c'est le moment où l'individu adopte son nouveau comportement, reste qu'à prévenir les rechutes. La relation d'aide est ainsi le mode d'accompagnement prioritaire pour le sujet.

Le passage à travers ces six stades se fait de manière graduelle et plus l'individu avance, plus il est prêt pour le changement. Dans chaque étape l'individu peut se confronter à des résistances spécifiques, donc il a besoin de certains types d'accompagnements qui vont l'aider à y faire face. Le modèle explique que selon l'individu, il peut y avoir des rechutes ou des retours en arrière. Cependant, même s'il revient au stade antérieur, il va garder l'expérience de sa démarche de ce qui lui servira pour passer au stade suivant plus rapidement qu'avant (sullivan, cité par Boudereau, 2005).

3.3 La théorie psychanalytique de la symbolisation de Roussillon (1997 cité par Di Rocco 2006) et Brun et Roussillon (2016)

A partir de la distinction entre processus primaires et secondaires, ou symbolisation primaire et secondaire, Roussillon(1997) propose de différencier ces modes du processus de symbolisation. De manière simpliste, la symbolisation primaire fait référence au processus de création de représentations de quelque chose, ou de « symboles primaires », à partir d'une inscription initiale principalement perceptuelle au processus de création de représentations de quelque chose. La représentation des choses et la représentation des mots sont les fondements de la symbolisation secondaires. Ce modèle est basé sur une distinction entre trois catégories d'inscriptions psychologiques du vécu telles que décrites dans les trois catégories des inscriptions psychologiques de l'expérience vécue dans les travaux de Freud (1897) : la trace

verbale préconsciente (la représentation des mots), la trace inconsciente (la représentation des objets). La traduction d'une forme d'inscription à une autre, toute méthode de symbolisation est sujette à des échecs qui aboutiront à ce que Freud appelle des « fueros », c'est -à-dire des traces inchangées qui conservent leurs caractéristiques et ne sont pas représentées dans le registre plus développé (Di Rocco, V. 2006, p. 259).

Etudier la capacité de symbolisation chez le toxicomane revient à faire un retour au niveau de développement psychosexuel du sujet pour voir s'il y'a abord eu une présence de la mère, s'il y'a eu un autre objet de substitution pour remplacer la mère toujours dans la symbolisation primaire. Ensuite, lorsque le toxicomane devient un peu plus âgé, s'il réussit à faire cette séparation avec l'objet de plaisir qui est la drogue, s'il parvient à substituer cet objet de plaisir pour pouvoir gérer ses envies. Et enfin, s'il parvient à représenter son vécu, ses affects afin de pouvoir les verbaliser, les partager avec son environnement référent qui est ici non seulement le personnel soignant, mais beaucoup plus sa souche familiale qui est son environnement de vie.

3.2.1. La symbolisation primaire

L'idée de symbolisation primaire permet d'élaborer et d'affiner le modèle traditionnel du passage d'une trace mentale basée sur la perception à une représentation basée sur la simple rétention d'énergie, tel que le propose Freud (1897). En entraînant ainsi la réactualisation hallucinatoire, le domptage énergétique du souvenir permet un investissement modéré des traces de l'expérience. Cette conception est cruciale pour modéliser l'écart différenciateur entre l'expérience première et sa représentation. Cependant, ce modèle est incapable de prendre en compte la variété d'obstacles représentatifs du processus observés en milieu clinique psychologiques. Le concept de symbolisation primaire est basé sur la perte et le chagrin. Selon ce modèle, il faut renoncer à retrouver une identité de perception au bénéfice d'une identité symbolique, une « identité de pensée », pour représenter. Ensuite, l'absence sert de travail représentatif moteur à œuvre et est soutenue par la rétention d'énergie (Di Rocco, V., 2006. p. 259).

Roussillon (1997) attire l'attention sur la paradoxale circularité qu'adopte ce raisonnement face à la psychopathologie dépressive. Pour être capable accomplir l'acte de l'objet, il faut être capable de pouvoir le représenter, mais pour ce faire, il faut être capable d'accomplir l'acte. La création d'une représentation ne peut s'expliquer par la seule rétention de l'investissement ; La transformation est à la fois qualitative et quantitative. Un autre défi dans ce modèle freudien, modèle de Roussillon (1997), repose sur le conflit entre perception

et hallucinations. Le diagnostic clinique des états psychotiques et les réflexions sur l'animisme primitif mettent en évidence l'existence d'états sujets spécifiques qui expriment la coïncidence et la superposition de mouvements perceptuels et hallucinatoires. En s'hallucinant dans les objets, les processus psychiques, immatériels et insaisissables en eux-mêmes, prennent forme perceptive et matérielle, ils deviennent figurables et repérables : la psyché peut commencer à s'en saisir par le biais de leur forme matérialisée. Roussillon (1997) soutient que cette coïncidence donne à la « matière première psychique » sa forme initiale. Dans ce sens, Di Rocco (2006, p. 259) affirme que la perception et l'hallucination doivent être considérées comme deux processus distincts qui peuvent se combattre ou se soutenir mutuellement.

Tout le travail mental est nécessaire pour que la première expérience impénétrable prenne directement une forme représentationnelle ; c'est dans ce contexte que sont développés les concepts de contenu de pensée, de pictogramme et de proto-représentation. L'idée d'un travail de représentation basé sur l'absence perceptuelle, la suspension de la motricité et la tristesse est préservée par la symbolisation secondaire. A l'inverse, la symbolisation primaire s'appuiera sur le mode de présence de l'objet, les éléments perceptuels et les modalités d'investissement pour générer des modifications perceptuelles et des transformations motrices.

Le processus primaire de symbolisation implique à la fois de changer la relation du sujet à la trace mnémonique d'expériences antérieures et de transformer la trace mnémonique en représentation. Cette transformation représentationnelle comprend une opération de « méta-représentation » où le sujet représente ce qu'il représente. Il est le résultat d'un travail de transformation qui modifie la relation entre le sujet et la représentation. Le commencement de l'élaboration d'une fonction réflexive est étroitement lié à la symbolisation primaire, ce qui donne naissance à des "représentations choses" de la représentation, où l'archétype peut être figuré par le concept de "moyen malléable". Selon à l'hypothèse Roussillon (1997), cette « méta » attribut de rencontres intersubjectives précoces au cours desquelles le psychisme transmue une partie de son travail psychologique.

R. Roussillon (1997) détaille les multiples modes impliqués dans la symbolisation primaire. Le travail de changement nécessite la présence d'un objet et trois fois plus de temps : un temps intersubjectif, un temps auto-subjectif et un temps narcissique.

- Le temps du soin ou du jeu intersubjectif est appelé "temps intersubjectif". C'est la relation à l'objet qui est la première forme de jeu nécessaire à la conscience de soi, à la composition des émotions et à l'émergence des premières formes de symbolisme. Ce registre contient des concepts proposés par plusieurs auteurs, comme la « fonction la « fonction pare-excitation » dans la relation précoce avec la mère, le « rôle primitif du visage maternel », la « capacité de rêve maternelle » et les « autres fonctions autorégulatrices » pare-excitation dans la relation précoce avec la mère (Di Rocco, V., 2006 p.260). Winnicott (1971) parle de la mère dans la place de la fonction réflexive en amorçant dans le prolongement du « stade miroir ». Lacan (1959) parle du « miroir du visage maternel qui est au-delà du visage, de tout le monde de présence de la mère et de l'environnement maternant. D. Sterne (1985) précise le processus par lequel se fait cette « mise en double » du mode de présence maternel en décrivant les ajustements et accordages « transmodaux ». Pour lui, la mère et le bébé se cherchent, ils tentent de s'ajuster l'un à l'autre, ils tentent de se comprendre et de se l'indiquer en double. Selon Gergely (2003) lorsque la mère échoïse les mouvements sensoriels et affectifs de l'infans (celui qui ne parle pas étymologiquement), émet un double message : un qui porte sur le contenu sensoriel ou affectif, et le second qui porte sur le fait que c'est l'état ou le mouvement du bébé qu'elle échoïse. Autrement dit, lorsque la mère opère sa fonction miroir de l'enfant, lui signifie en même temps d'une manière ou d'une autre qu'elle « fait le miroir » et que les messages qu'elle lui adresse concernant les états et mouvements du bébé et non les siens (Roussillon, R., 2016 p. 12).

Ce type de protection essentielle contre l'excitation est différent du confinement, mais il est tout aussi nécessaire, car il maintient l'excitation du bébé à un niveau relativement faible. Il est essentiel que cette quantité soit relativement faible afin de développer potentiellement la capacité de penser et de symboliser. Le nouveau-né est donc essentiel au bon développement de l'enfant ainsi qu'au développement de sa capacité à symboliser, c'est-à-dire traduire ses expériences vécues en contenu psychologiquement représentatif.

Le symptôme symbolise ou représente une expérience passée. Le symbole, lui, met en rapport deux réalités d'un ordre différent, un rapport qui n'est saisissable qu'au prix d'une interprétation. Un événement peut prendre un statut très différent selon qu'il y'a ou non intention signifiante. La fumée par exemple n'est que l'indice d'un feu, mais il peut devenir un signal lorsqu'un naufragé le produit pour attirer de l'attention, et un signe lorsqu'un indien envoie un message codé à ses paires. Les cris du nourrisson peuvent être un indice de souffrance ou de faim, mais à travers cet indice, sa mère lui fait un signe en lui demandant

« qu'as-tu mon bébé ? » le but de l'appeler dans l'ordre du sens, ou pour reprendre une expression de Roussillon cité par Perron (2016) « *c'est ainsi que joue la fonction symbolisante de l'objet* ».

Pour que ces échanges réciproques et ce travail de transformation réciproque aient lieu et établissent une domination du principe de plaisir, un climat de jouissance partagée est nécessaire. Ce concept de plaisir est mis en balance avec une critique qui donne la référence paternelle et le principe de réalité.

- Au niveau du temps auto-sujetif, l'enfant développe une activité auto-sujétive. Il existe donc ce que Roussillon (1997) se réfère à des « objets », qui sont à la fois des jeux utilisés comme outils récréatifs et des objets utilisés pour les jeux. Il s'agit l'intersection de la forme, des attributs matériels de l'objet utilisé dans le jeu et du transfert de la valeur hallucinogène dans la trace interne.

Le « médium-malléable » est un type spécifique d'objet qui possède cinq caractéristiques essentielles : une sensibilité absolue, une indestructibilité, une transformation infinie, une disponibilité inconditionnelle et une animation unique. Pour R. Roussillon (1997), il représente physiquement et matériellement la fonction de représentation ; c'est le « représentant-élu » de la représentation, la première forme d'association libre, et elle s'aligne également sur ce que Pikler (1976) appelle « l'activité spontanée libre ». Une activité motrice qui se déroule dès le plus jeune âge et qui consiste à manipuler des objets en présence d'un adulte attentif qui ne gêne pas le jeu du bébé. (Di Rocco, V., 2006. p.261).

Ce temps auto-sujetif a la capacité de prendre une valeur auto-érotique au service du plaisir de l'exploration et de la découverte. Le toxicomane s'inscrit dans cette même logique où il doit pouvoir un objet substitut autre que l'objet drogue qui est son objet de plaisir.

- La « période narcissique » est celle période de mariage mixte. Il est temps pour le jeu de devenir moins tangible à l'intérieur du domaine interne, passant du « choisi qui représente » à quelque chose qui est représenté. Les objets utilisés comme symboles laissent leurs empreintes mnémotechniques au service d'une symbolisation basée sur des représentations des choses. Le sujet peut se représenter dans une manière hallucinogène, y compris des expériences temporelles auto- et intersubjectives. Mais, il s'ouvre aussi vers une reprise, une nouvelle boucle, par ces deux temps premiers temps. C'est la raison pour laquelle Bonnet (2016) dit qu'il y'a pas de symbolisation sans l'intervention d'un objet intermédiaire (Di Rocco, V., 2006. p.261). En ce sens, le toxicomane une fois âgé, doit pouvoir trouver un objet

de substitution avec son objet de plaisir dans la gestion de ses envies afin de pouvoir symboliser.

Le psychanalyste américain Glover cité par Lacan (1959) disait à propos du pervers sexuel que ce dernier n'est pas clivé, mais il dit qu'il est fendu, qu'il l'est exactement comme le sexe féminin est fendu. Ce qui veut dire que par son clivage, il se fend, il s'identifie lui-même à ce sexe qu'il ne veut pas voir. En reprenant les propos de Glover, nous comprenons que le toxicomane se fend sur ce modèle-là, il fait corps avec ce qu'il veut montrer et masquer à la fois qui est l'objet qui fait plaisir (drogue). Il prend cette coupure ou cette fente à la lettre, il se confond avec elle. C'est pourquoi il va chercher à projeter cette confusion sur objet primaire (première drogue de consommation), ou sur une autre drogue de substitution en considérant cette substance aussi comme objet de plaisir (G. Bonnet 2016 P. 68).

Comme le souligne G. Bonnet (2016), « *il ne peut y avoir symbolisation sans la séparation entre la personne et l'objet qui s'installe très tôt dans l'existence, et sans la castration symbolique grâce à laquelle l'objet en question s'inscrit dans la logistique des échanges quels qu'ils soient* ». Le toxicomane le dénie alors par sa façon de faire corps avec l'objet. En faisant corps avec l'objet-drogue qui cause problème, le toxicomane « *se fait le symbole vivant de ce qu'il veut cacher* » comme l'indique Bonnet (2016). Il bloque alors toute possibilité de symbolisation. Le toxicomane est un symbole, il se fait symbole vivant de l'objet-drogue qui lui pose problème et sa conduite est également remplie de symboles, par le lieu, le moment, la façon et la manière où il se produit or comme le souligne Bonnet (2016), « *symbole ne veut pas dire symbolisation* ».

3.3.1 La symbolisation secondaire

Rappelons que l'appareil linguistique fournit divers registres pour la transmission des représentations des choses, comme le choix des mots, la prosodie et le style, dans la symbolisation secondaire. La complexité de l'appareil linguistique lui permet de rejouer plusieurs registres psychologiques (activité, affect et représentation), aboutissant à des messages où les dimensions conscientes et inconscientes se chevauchent (Di Rocco, V. 2006, p. 262). Il s'agit de rejouer plusieurs registres psychologiques (activité, affect et représentation), aboutissant à des messages où les dimensions conscientes et inconscientes se chevauchent (Di Rocco, V., 2006, p. 262).

Dans ses travaux sur l'appareil linguistique Roussillon souligne que la chose est l'aspect le plus plastique d'elle-même, la partie psychologiquement invisible. C'est quelque chose qui s'attache à autre chose. Roussillon(2012) souligne dans sa théorie sur l'appareil de langage

que la chose est l'aspect le plus plastique d'elle-même, qu'elle est une partie psychologiquement invisible, c'est quelque chose qui s'attache à autre chose. Le processus de changement est lié aux mots et est typique du passage de l'organisation infantile à la phase de latence ; néanmoins, cela se répète dans chaque réorganisation psychologique majeure, comme le processus psychologique de l'adolescence.

La symbolisation secondaire ne se limite pas au rapport entre la représentation de quelque chose et la représentation d'un mot ; cela inclut également la libération de la représentation d'un mot, il comprend également la libération de la représentation d'un mot. Le mot « choisi », compris de la manière qu'il est définit, est utilisé dans les premiers rapports linguistiques comme un mot rapport, comme un mot qui colle et qui est compris dans le registre de n'importe quoi.

Le mot se brise progressivement, s'éloigne loin de la représentation de quelque chose pour devenir un « représentant-représentation » unique, insensible aux vestiges de la perception visuelle de la chose, immunisé contre les restes de la perception visuelle de la chose. Le mot voyage entre les registres linguistiques primaires et secondaires de l'appareil linguistique, permettant le passage de la représentation de quelque chose à la représentation d'un mot, qui dépend de l'autre. Pour Roussillon (2012), cette phase est l'âge adulte. C'est la raison pour laquelle la dialectique entre les processus primaires et secondaires n'est pas entièrement comprise, mais se développe plutôt au fil du temps et implique des problèmes psychologiques.

Les modes de symbolisation primaire et secondaire regroupent un certain nombre de processus qui altèrent le matériel psychologique primaire et génèrent des représentations. Ces représentations, qu'elles soient verbales ou physiques, sont le résultat d'un réseau d'expériences perceptuelles appartenant aux différents canaux sensoriels qui influencent sa rencontre directes avec les objets et les mécanismes premiers dans les jeux et les rêves. Les représentations sont plus que de simples vestiges de perceptions antérieures moins investies. De par à leur nature composite, ils forment des assemblages plus ou moins complexes qui peuvent s'enchaîner pour développer des qualités inédites comme « l'indice de qualité », qui permet l'accès à la conscience, la formation d'enveloppes ou de formes réflexives qui tiennent lieu de représentation. Les premières théories développées par Freud dans ses travaux dits « neurologiques » caractérisent les choses comme des représentations, et les mots comme des « complexes associatifs », trouvent leur pertinence dans les travaux qui tendent à considérer les avatars du processus de symbolisation (Di Rocco, V. 2006, p. 263).

La symbolisation si elle peut s'effectuer dans l'intimité d'un travail intrapsychique et intersubjectif prend ses racines et ses sources dans la relation avec un objet autre sujet qu'est investi par le sujet d'une fonction symbolisante. Les réactions et réponses de l'objet autre-sujet investit d'une telle fonction sont déterminantes pour le devenir au travail de symbolisation car elles peuvent favoriser ou à l'inverse entrevoir voir bloquer le processus de symbolisation. Ferenczi (1934) a sans doute été le premier à mettre l'accent sur le fait que l'un des composants majeurs des situations traumatiques, est la capacité de l'environnement référent à accompagner ou interdire l'élaboration de son impact intra subjectif. Dans les cas de toxicomanie, l'environnement référent qui est le cadre familial dans lequel le sujet vit sera un facteur déterminant pour l'encouragement du sujet dans la bonne ou la mauvaise gestion de ses envies de consommation. Les situations angoissantes, le sentiment de culpabilité, doivent être partagés pour devenir élaborables car on les symbolise, on les subjective pas seuls, elles doivent prendre place dans la relation avec un/des autre(s) sujet(s) investi(es) pour devenir intégrables. L'environnement référent qui est, le milieu primaire du toxicomane, généralement sa famille joue un rôle primordial dans la construction de la symbolisation du toxicomane.

En comprenant la symbolisation secondaire comme la représentation des affects en un contenu qui doit pouvoir être transmis par le mot, par la verbalisation de ce contenu, il est important de s'intéresser à la composition de la réalité externe.

3.3.2 La composition de la réalité externe.

Les notions de symbolisation primaire et de symbolisation secondaire, en venant construire et composer les représentations psychiques n'ont pas seulement des conséquences sur l'organisation de la réalité psychique, elles permettent aussi de saisir la dimension de composition de la réalité psychique et ouvrent sur une clinique des modes de construction et de composition de la notion de réalité externe car il n'y a pas une seule façon de construire une réalité externe dans notre psychisme selon les périodes de l'histoire subjective du sujet. Les états de toxicomanie, mais aussi la création artistique, viennent interroger très directement la convention implicite qui construit notre appréhension d'une réalité "externe" qui s'imposerait à notre perception comme une donnée objective incontournable. La réalité pourrait être perdue, déniée, fuie ou reconstruite, elle pourrait s'opposer au ça dans un conflit topique. Le "concept de réalité externe" n'échappe pas à l'histoire des processus psychiques qui ont permis sa constitution. Selon les termes de Racamier (1970), la réalité n'est qu'une invention qui est tombée dans le domaine public.

Un des présupposés fondamentaux de Freud (1920), présent dès ses travaux sur "L'esquisse d'une psychologie scientifique" est que la distinction entre une représentation investie et la perception d'un objet satisfaisant n'est pas une donnée première du fonctionnement psychique. L'appareil psychique doit constituer des outils et des critères permettant d'effectuer cette distinction entre réalité "interne" et réalité "externe". Roussillon (1997) souligne que la construction psychique de la réalité externe s'appuie, chez S. Freud, sur deux conceptions de la perception. D'une part, une conception de la perception qui se fait sans médiation, qui restitue la réalité externe telle quelle, donnant une immédiateté à la conscience perceptive, fondant une partie de "l'épreuve de réalité". D'autre part, une perception qui passe par le filtre de l'organisation de la psyché, devant être investie par la pulsion et signifiée au sein du système représentatif. Cette double conception donne à la perception de la réalité extérieure une dimension paradoxale comparable au modèle du "trouvé-crée" winnicottien. La perception contient une contrainte du monde externe indépendante du sujet qui doit être intégrée psychiquement, et ce travail d'intégration psychiquement doit restituer à cette perception son caractère indépendant, "d'objectivité", c'est-à-dire effacer les traces de son propre travail de métabolisation.

C'est ce travail psychique que décrit, pas à pas, R. Roussillon, selon **trois étapes principales** qu'il résume ainsi:

"L'expérience du plaisir perceptif de la rencontre avec l'objet produit un investissement érotique de la perception, processus, nous l'avons vu, à l'origine du développement des auto-érotismes perceptifs et de la structuration des "enveloppes du Moi" séparant de l'autre double de soi. L'expérience de déplaisir endurée et éprouvée, expérience de la composition et de l'expression des affects de rage et destructivité associés, qui se heurte à la "survivance de l'objet", produit une différenciation qui sépare objet et sujet, qui fonde la possibilité de "concevoir" un objet différent de soi. Le troisième processus implique un processus "méta", un lieu tiers, à partir duquel sujet et objet, réalité interne et réalité externe psychiquement conçues, peuvent se concevoir dans leur simultanéité et leur différence."

Selon ce modèle les modalités d'investissement, expériences de plaisir et de déplaisir et les réponses de l'objet vont marquer de leur empreinte la constitution "subjective" de la réalité dite "objective". Dans un premier temps, l'expérience de plaisir est essentielle à la coexistence de l'hallucination primaire et de la perception en permettant la création d'une expérience d'illusion source d'investissement des perceptions et de l'organisation perceptive. L'expérience du plaisir de sentir, de voir et d'entendre l'objet primaire pourra se réfléchir en plaisir de se

sentir, de se voir et de s'entendre dans l'échange intersubjectif. Les préforme de la réflexivité et la formation d'enveloppes du moi organisant la sensorialité émergent de cette érotisation de la perception. L'expérience de déplaisir permet de sortir du risque de confusion entre représentation hallucinatoire et perception en construisant l'objet primaire comme externe. Là encore les modalités de réponse de l'objet sont essentielles pour éviter le désinvestissement, voir le démantèlement, de la perception sous l'impact du déplaisir. La survivance de l'objet passe par le maintien d'une relation "sans retrait ni rétorsion" qui permet l'accès à une différenciation entre Moi et objet, entre représentation et perception. Enfin, la représentation du tiers vient compléter les coordonnées dans lesquelles va s'inscrire le "concept de réalité externe". Le tiers est d'abord "l'objet de l'objet", l'objet n'est pas seulement un "double" de soi. Le tiers vient incarner l'écart avec l'objet permettant de poursuivre la capacité réflexive, la capacité de se représenter que l'on représente, le plaisir pris à penser la différence.

Le "concept de réalité externe" va donc varier plus ou moins d'un sujet à l'autre en fonction de l'histoire de la construction de son organisation psychique. Les grandes entités nosographiques seront donc porteuses de coordonnées différentes, de rapports différents à cette réalité qu'il nous faut cependant partager. Par exemple, la névrose permettra d'entretenir un rapport à une réalité externe portée par des scénarios fantasmatiques triangulés où la place du tiers peut être problématisée, tandis que dans les problématiques narcissiques la réalité externe sera porteuse de la question du double et du reflet de soi, alors que dans les problématiques psychotiques elle pourra révéler l'antinomie du lien à soi et du lien à l'objet. La construction du monde représentatif "interne" construit aussi nécessairement le "monde perceptif", la réalité externe. La perception du monde ne peut jamais être complètement "objective" car elle reste toujours "objectale" marquée par l'histoire de la constitution et du développement des relations d'objet.

Cette approche permet de sortir la problématique de la "capacité de symbolisation" chez les toxicomanes notamment durant la gestion de craving pendant le processus de sevrage dans une logique de construction ou d'échec de symbolisation primaire durant la période de l'enfance de l'individu, notamment au stade oral où l'enfant est capable de symboliser sa mère à travers la zone érogène érogène qu'est la bouche.

Elle permet de souligner la difficulté à articuler perception et hallucination au gré des éprouvés des affects de plaisir et de déplaisir dans le cadre de la relation à l'objet primaire. Ce qui est "perdu" ce n'est pas tant la réalité elle-même que la capacité à créer de manière "interne" cette réalité trouvée de manière "externe". Ce qui se perd alors, c'est la conviction, le "sentiment" d'être en rapport avec une réalité partageable et actuelle.

**PARTIE II : CADRE
METHODOLOGIQUE ET
OPERATOIRE**

Chapitre 4 : Méthodologie

4 Méthodologie

La méthodologie est la science de mise en place des procédés et de techniques mis en branle pour répondre à une question de recherche, tester les hypothèses et rendre compte des résultats (Fonkeng & al., 2014). Elle est l'élément qui sous-tend une étude dite scientifique. Elle permet à cet effet de mettre la rationalité au service du réel (observation suivie d'une déduction ou d'une induction). Dans le cadre de cette recherche, son usage nous permettra de présenter et de justifier le choix de notre site de l'étude, de la population, de l'échantillon et de l'échantillonnage, de la méthode (clinique pour le cas échéant) et les outils de collecte des données, ainsi que la technique d'analyse et de la présentation des résultats obtenus. Mais avant de développer cet ensemble procédural, il est important pour nous de faire un bref rappel des éléments fondamentaux de la problématique.

4.1 Bref rappel de la problématique

Parler d'un bref rappel de la problématique, revient à dire brièvement en quoi consistent le problème de recherche, la question, l'hypothèse et l'objectif de cette recherche.

4.1.1 Rappel du problème

Le craving crée une pression au niveau du psychisme du consommateur, le persécute dans les idées de consommation pendant qu'il est inclut dans un processus de sevrage et de prise en charge de son addiction. C'est une envie irrépressible, fluctuante et involontaire de faire usage. Il est le facteur essentiel sur lequel le professionnel doit pouvoir se concentrer pour sortir le toxicomane de la consommation. Néanmoins, la gestion de ces envies dépend du toxicomane. Pour y parvenir à s'en sortir et de ces envies, le sujet doit parvenir à maintenir une stabilité psychique, qui intervient grâce à une prise en charge thérapeutique au préalable, un travail d'aménagement psychique de la dépendance, en tant que processus dynamique, qui régit le comportement de consommation (Vavassori, D. et al., 2008). En ce sens, Thirioux et al., en 2020 théorisent l'insight comme technique dans la gestion du craving et la sortie de la toxicomanie. L'insight étant le processus par lequel le sujet prend conscience de sa pathologie, observe qu'il lui cause des problèmes, et s'en va pour demander de l'aide et se faire accompagner. Il s'agit également d'un regard intérieur que le sujet de fait de lui par rapport à un problème, dans ce contexte, du regard intérieur qu'il se fait sur son addiction, et dont, il va demander de l'aide pour arrêter la consommation.

Tout ce travail psychologique (insight) est un ensemble de travail mental permettant de surmonter, de vaincre le craving afin de sortir de la pathologie qu'est l'addiction. Nous avons observé au centre de soins, de prévention et de prise en charge en addictologie (Centre la vie) que malgré le fait que les patients avaient des scores élevés sur l'évaluation de leur insight à travers le Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) réadapté au cannabis (c'est-à-dire qu'ils étaient conscients du fait que la prise du cannabis les causait du tort et qu'ils fallait absolument demander de l'aide, et se faire accompagner par un professionnel pour arrêter la consommation), on pouvait observer la rechute chez ces patients.

Pour mieux comprendre ce phénomène, nous avons eu à étudier le craving à travers les modèles cognitifs de la rechute. Le craving est représenté par un ensemble de croyances, d'anticipations, construites depuis l'enfance du patient et appartenant à sa personnalité mais cristallisées sur la substance depuis leur rencontre. Marlatt et Gordon (1985) ont développé une théorie cognitive de l'apprentissage social (SCTL) de rechute et de prévention de la rechute. Ainsi, ils décrivent un processus cognitif d'attentes dans le sens anticipation lors d'une situation à risque de consommation (par exemple lorsque le sujet toxicomane abstinent doit choisir entre fumer ou pas), où la probabilité de rechute est liée à la confiance de l'individu en sa capacité à résister à la tentation. Or, ces auteurs n'ont pas tenue en compte le processus de symbolisation dans la gestion du craving avec la présence de la mère dans l'enfance, la séparation entre le sujet et l'objet-drogue, et enfin le partage du vécu, des difficultés à faire face aux envies et désirs avec la souche familiale du toxicomane pour comprendre le craving et expliquer la rechute, nous avons eu à nous interroger sur leur capacité de symbolisation durant la gestion du craving malgré la présence de l'insight.

La théorie psychanalytique de la symbolisation de Roussillon, R. (1997 cité par Di Rocco, V.2006) et Brun, A., & Roussillon, R. (2016) nous a permis de mieux expliquer ce phénomène comme cité plus haut. Comme le souligne aussi Kaes (1994), l'échec de symbolisation chez le toxicomane renvoie à l'histoire des défaillances de la boucle réflexive entre le sujet et l'objet. Cette réflexivité dépend de la place au préalable de l'environnement maternant, c'est-à-dire la place de la mère dans le processus de développement du sujet, de la séparation entre le sujet et l'objet (toxicomane et drogue), de la substitution qu'il fait de la drogue avec un autre objet, et de l'environnement externe de l'individu tel que le souligne Roussillon (2016), c'est-à-dire le rôle de l'environnement référent dans l'accompagnement du processus de symbolisation. Cet environnement contribuable peut-être la famille, et l'accompagnement des professionnel. Or, la dimension où le toxicomane doit pouvoir

verbaliser son vécu, sa souffrance non seulement au personnel soignant, mais aussi et surtout à son environnement primaire qui est sa souche familiale n'a pas été pris en compte.

Dans le cadre de cette étude, nous envisageons que la gestion des envies et désirs (craving) de consommation dépend de la capacité de symbolisation du toxicomane.

4.1.2 Modèle d'analyse

1) Présence de la mère dans l'enfance	- mère suffisamment bonne - mère protectrice
2) Séparation entre le sujet et l'objet drogue	- Objet qui remplace la mère pendant son absence pendant l'enfance - Clivage entre le sujet et l'objet de plaisir - Objet de substitution
3) Verbalisation du vécu/souffrance	- Pouvoir reconnaître sa pathologie - Pouvoir donner un mot à sa souffrance - Partager la souffrance (personnel soignant/famille en général)

4.1.3 La question principale de recherche

La question principale est de savoir *en quoi la capacité de symbolisation, en passant par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-droque, et la verbalisation avec l'environnement référent est un élément indispensable qui participe à la gestion du craving chez le toxicomane dans le sevrage ?* ».

4.1.4 Hypothèse principale

A travers la question principale de recherche, nous avons pu formuler l'hypothèse principale selon laquelle : *la capacité de symbolisation, en passant par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-droque, et la verbalisation avec l'environnement référent est un élément indispensable qui participe à la gestion du craving chez le toxicomane, et conduit à la finalité du sevrage.*

4.1.5 Objectif principal

Partant de la question de recherche et de l'hypothèse, l'objectif de cette étude est de *comprendre la capacité de symbolisation, en passant par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-droque, et la verbalisation avec l'environnement référent comme élément*

indispensable qui participe à la gestion du craving chez le toxicomane et la finalité du sevrage.

4.2 Site de l'étude

Le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). En d'autres termes, il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le site précis où se fait la recherche ; il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le lieu précis où se fait la collecte des données. La présente étude s'est déroulée à l'hôpital central de Yaoundé, dans le Centre la Vie (Centre de soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie).

4.2.1 Présentation du site de l'étude

Pour mener à bien cette étude nous avons choisi le Centre la Vie : Centre de soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Yaoundé. Le choix du CSAPA pour la collecte des données utile à notre étude se justifie par le fait que, la prise en soin des toxicomane participe à un état de mieux être de la jeunesse camerounaise, de prévenir et de prendre en charge les cas d'addiction. Parler prévention et d'accompagnement revient à dire que le CSAPA de par ses activités permet ou vise la réduction de la consommation des substances psychoactive de la population, notamment le cannabis dont l'usage est de plus en plus relevé.

4.2.2 Localisation de la structure

La localisation de notre site d'étude se fait non seulement au niveau de l'hôpital, mais aussi au niveau du centre.

4.2.2.1 Localisation de l'Hôpital Central

L'Hôpital central de Yaoundé (HCY) est un établissement public, du comité national de lutte contre la drogue, installé dans les services de l'hôpital central de Yaoundé, situé dans la région du centre, au quartier Centre-Ville, rue 2.008 derrière la CENAME (Centre Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels), non loin du camp sic Messa dans l'arrondissement de Yaoundé 1. Le centre la vie inclut dans l'HCY se trouve au bâtiment « caisse » où on paye toute les factures de l'hôpital, au dernier étage à votre gauche lorsque vous montez.

4.2.2.2 Localisation du centre la vie.

Le centre la vie est situé au dernier niveau du bâtiment caisse de l'hôpital central. Lorsque vous entre dans ce bâtiment, vous montez les escaliers, arrivé au dernier niveau, vous longez le couloir à droite, et vous arrivez au centre la vie.

4.2.3 Historique

L'historique sur notre site d'étude se fait non seulement au niveau de l'hôpital, mais aussi au niveau du centre.

4.2.3.1 Historique de l'Hôpital central

L'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) est une formation sanitaire publique de 2^e catégorie qui a été créé en 1930. C'est seulement vers 1933 que les premières consultations externes y seront effectuées. Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique, sa gestion est assurée par le Comité de Gestion (COGE). Il a une capacité d'accueil de 650 lits, et emploie 627 personnels de corps différents pour la prise en soin des bénéficiaires.

4.2.3.2 Historique du Centre la Vie

La date de création du centre est le Mercredi le 27 juin 2001 à l'hôpital central de Yaoundé. Partant de son historique développé ci-après :

Le Centre la vie ouvre officiellement ses portes à l'hôpital central de Yaoundé au cours d'une cérémonie présidée par le secrétaire d'État à la santé, Alim Hayatou. Désormais, il est ouvert de 9h à 16h. Le centre est animé par une équipe médicale pluridisciplinaire, un documentaliste des communicateurs, des responsables d'ONG. Les activités du Centre la vie ont clairement été définies : organisation des séminaires de formation à la lutte préventive des groupes impliqués prévention en milieu scolaire et sensible enfant de la rue, prisonnier prise en charge des familles de toxicomanes accueil de toute activité en rapport avec la lutte contre la drogue, recueil d'information et conception des outils d'évaluation bref la coordination de tous les problèmes relatif au trafic illicite des stupéfiants et à l'abus de drogues, dans les domaines de la répression du traitement de la réadaptation et de la coopération.

Depuis 1992 la lutte contre la consommation de drogue vient de prendre une nouvelle allure. Par cet acte, le gouvernement renouvelle encore son combat acharné dans la lutte contre la consommation des drogues en milieu jeunes. C'est également un moment de sensibilisation des parents sur l'éducation de leurs enfants.

4.2.4 Activités menées au centre la vie

La principale activité menée au centre la vie est la prise en soin des personnes addictes à une substance psychoactive. Mais comme l'addiction n'a pas seulement trait à la substance, le centre prend également en charge des addictions comportementales. On peut alors résumer ces activités en quelques points :

- Analyse toxicologique par prélèvement d'urine
- Prévention de la consommation des substances psychoactives
- Prise en soin des toxicomanes
- Prise en soin des addictions comportementales
- Education, conseil

4.3 Population d'étude

La population de notre étude est des personnes prises en charge au centre, pour des motifs de consommation de drogue.

4.3.1 Echantillon

Il s'agit dans notre étude d'un échantillonnage non probabiliste. Il consiste à sélectionner des participants en utilisant une méthode subjective, c'est-à-dire un choix raisonné sur les critères de sélection de ses participants.

4.4 Critères de sélection

Ici, il est à noter qu'il est question des critères d'inclusion et ceux dit d'exclusion.

4.4.1 Critères d'inclusion

Sont concernés dans cette recherche :

- 1- les participants sans distinction d'obédience religieuse, de groupe ethnique, de profession, de statut matrimonial, de niveau intellectuel ;
- 2- les personnes comprises entre 21-30 ans car la majorité des patients du centre la vie sont des adolescents ou des jeunes adultes ;
- 3- les personnes prises en charge au centre la vie : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- 4- les patients ayant passé un test d'urine et le test A. OMS ASSIST V3.0, français (2007) ;

- 5- les personnes ayant rencontré au préalable le médecin addictologue (chef du centre) ;
- 6- Toute personne disposée à participer et ayant donné son consentement libre et éclairé ;
- 7- Avoir un score supérieur à 20 sur l'OCDS réadapté au cannabis ;
- 8- Avoir un score maximum de 04 au HAIS réadapter au cannabis.

4.4.2 Critères d'exclusion

Dans le cadre de cette recherche, certaines personnes remplissant les critères de sélection à savoir : ceux n'ayant pas engagé un programme de traitement de sevrage au CSAPA, ayant toute la procédure qui y suit, n'ayant pas obtenu un score supérieur ou égal à 20 sur l'OCDS réadapté au cannabis, et n'ayant pas un score minimum de 04 au HAIS réadapter au cannabis.

4.5 Echelle de sélection

4.5.1 Les échelles

Les échelles permettent d'évaluer des construits, qui ne sont pas directement observables. Ils sont constitués d'un ensemble d'items qui sont les indicateurs (variables observables) de la dimension psychologique que l'on souhaite quantifier. La passation des échelles d'évaluations peut se faire par auto-évaluation (cotation faite par le sujet) ou hétéro-évaluation (cotation par le clinicien). Dans le cadre de cette étude, nous allons procéder par auto et hétéro-évaluation comme le préconise Pedinielli¹ (1995) dans les protocoles de recherche afin que les items soient facilement assimilables par le participant.

Il s'agit de :

❖ The obsessive-compulsive drinking scale for craving in alcohol (OCDS) réadapté au cannabis.

Cette échelle a été conçue pour évaluer le craving dans les dimensions de pensées obsédantes, et des envies compulsives liées à la consommation d'alcool. Il a été conçu par Yale-Brown sur le Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Anton et Al., (1996) ont développé à partir de ce modèle l'OCDS et la version française a été développée par Anseau et Al.(2000).

Il mesure les aspects cognitifs du désir d'alcool dans la dépendance à l'alcool notamment des Pensées Obsédantes et des Envies Compulsives de Boire. C'est un questionnaire d'auto-évaluation composé de 14 éléments pouvant être divisés en une seule sous-échelle avec six éléments "obsessionnels" et une avec huit éléments "compulsives". Il est facile à administrer, prend en moyenne 15 minutes à compléter.

Le questionnaire comprend 2 sous-échelles : une première sur les pensées obsédantes, et une seconde sur les envies compulsives. Le calcul se fait comme suite :

Pour les pensées obsédantes, on additionne le $\max(q1, q2) + q3 + q4 + q5 + q6$

Pour les envies compulsives, on additionne le $\max(q7, q8) + \max(q9, q10) + q11 + q12 + \max(q13, q14)$

Le score total s'obtient en additionnant les deux, et les scores sont compris entre 0-40. La présentation de l'échelle est au niveau des annexes.

Dans le cadre de cette étude nous avons remplacé la consommation d'alcool par le cannabis, afin de pouvoir étudier les aspects cognitifs de ce désir, de ce manque dans la dépendance aux drogues dites dure. Ainsi, les items contenant les mots alcool ont été remplacé par drogue et cannabis ; boire remplacer par consommer, verre d'alcool remplacé par filon de cannabis. L'échelle réadaptée est présenté en annexe.

❖ **Le Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) réadapté au cannabis.**

L'échelle Hanil d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme (HAIS) est au départ un questionnaire permettant d'évaluer l'insight chez un patient alcoolique, et est de Kim, J. S., Kim, G. J., Lee, J. M., Lee, C. S. et Oh, J. K. (1998). Le questionnaire a été traduit en français par Dandaba, M., Ebrahimighavam, S., Langbour, N., Chatard, A., Jaafari, N. (2021).

Ce questionnaire d'auto évaluation est composé de 20 items, permet de classifier les patients selon leur niveau d'insight (faible, moyen ou élevé). La moitié des items du questionnaire sont pour l'acceptation de l'alcoolisme du sujet, et la seconde moitié, sur le refus de son alcoolisme. L'échelle est composée de Likert à 3 points (« D'accord », « indifférent », « En désaccord ») que le participant coche simplement.

Les règles de cotation sont les suivantes :

- les questions pour évaluer un bon insight sont posées par les items 1, 3, 5, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 20. Pour ces items, la cotation sera : d'accord (2), incertain (1), pas d'accord (0).

- Les questions pour évaluer un faible insight sont posées par les items 2, 4, 6, 10, 11, 13, 15, 17, 19. Pour ces items, la cotation sera : d'accord (-2), incertain (-1), pas d'accord (0).

Ainsi, un score total entre -20 et 3 correspond à un faible niveau d'insight ; un score entre 4 à 15 correspond à un insight modéré ; un score total supérieur à 15 correspond à un bon niveau d'insight.

La Présentation de l'échelle est au niveau des annexes.

4.5.2 Procédure de recherche

Le choix des participants de cette étude a respecté la procédure suivante : après enregistrement des patients au CSAPA, et tout ce qui inclut (premier contact avec le médecin addictologue, passation du test d'urine et passation du test A. OMS ASSIST V3.0, français (2007)), nous avons ensuite passé à plusieurs participants l'OCDS réadapté au cannabis pour évaluation du niveau du craving. Au départ, les questionnaires étaient réadaptés, au cannabis, à la cocaïne et au tramadol pour voir si l'échelle pouvait être réadaptée à plusieurs drogues. Il a été de même pour le HAIS, nous l'avons également réadapté au cannabis, à la cocaïne et au tramadol. Mais nous avons finalement retenu les échelles réadaptés au cannabis en raison du niveau d'implication de la drogue, de l'action qu'elle induit dans le système nerveux (le cannabis est plus stimulant que le tramadol) et du fait de l'appropriation de certaines drogues au Cameroun (cocaïne et son aspect couteux).

Après ce travail préliminaire, nous avons retenues 3 personnes ayant obtenu un score à l'OCDS et au HAIS. Parmi ces sujets (répondant), nous avons retenues les 02 cas qui se sont montrés plus disponible et disposés à passer l'entretien. La section suivante est une brève présentation des caractéristiques des participantes qui ont été retenues.

Après avoir passé nos échelles de sélection, nous avons lu et fait signer aux répondants une fiche de consentement libre et éclairé qui est consignée en annexe. Pour parvenir à l'entretien, nous avons tout d'abord établis une relation de confiance avec eux. Une fois la situation d'entretien dédramatisé et que les participants ont été rassuré du fait que les données recueillies seront utilisées uniquement à des fins de recherche et ce, dans l'anonymat, nous avons procédé aux entretiens qui se sont déroulés en moyenne pendant 28 à 30 min.

Ainsi, nos participants sont présentés suivant les caractéristiques respectifs de tout un chacun.

4.5.3 Caractéristiques des participants

Pour des raisons d'anonymat, nous avons donné les noms Stan et Brad à nos sujets afin de garder leur identité secrète.

Participants	Stan	Brad
Age	29 ans	25 ans
Genre	Masculin	Masculin
Rang dans la fratrie	4/7	2/3
Religion	Musulman	catholique
Score à l'OCDS	24	31
Score au HAIS	13	15
Groupe ethnique	Maffa	Mbamois
Statut matrimonial	Célibataire sans enfant à charge	Célibataire sans enfant à charge
Profession	Laveur de voiture	Etudiant

Type de famille	Monogamique	Monogamique (parents en séparation)
Niveau d'instruction	Pas de BEPC	Bacc + 3

Tableau 1 : caractéristique des participants

4.6 Type de recherche

Dans le cadre de cette recherche, il s'agit d'une recherche qualitative, celle qui s'attache à comprendre les phénomènes humains et sociaux. Elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Les recherches qualitatives bénéficient d'un repère méthodologique de plus en plus rigoureux. Les méthodes sont fondées pour la plus part dans l'exploration structurée du récit, cherchent à intégrer, dans une démarche de compréhension de la psychopathologie, l'expérience vécue des personnes qui souffrent d'un trouble en donnant une place dans le sens du discours. Il nécessite alors, une place centrale sur la subjectivité totale du sujet.

Notre recherche nous pousse dans une dimension de la compréhension du phénomène de la toxicomanie. Schurman (2003) dit que si les déterminismes biologiques, environnementaux, historiques, culturels, sociaux, existent, ils ne suffisent pas à la saisie des phénomènes sociaux humains, car ils ne permettent pas d'aborder le travail constant de production de sens qui caractérise notre humanité. De ce sens, l'approche dans la compréhension se focalisera sur le sens d'une part des êtres humains, sur la façon dont ils réagissent par rapport aux déterminismes qui pèsent sur eux ; d'autre part, ils sont propres créature d'une partie de ces déterminismes.

Ainsi, l'un de ses enjeux est l'abord des troubles psychiques consistant à les comprendre, c'est pourquoi nous cherchons dans cette étude à appréhender le syndrome de l'insight dans la gestion du craving et de la capacité de symbolisation chez le toxicomane.

L'accent est mis sur la gestion du craving, du toxicomane durant son processus de sevrage. Malgré la présence de l'insight chez ce dernier, la capacité de symbolisation chez lui (toxicomane) est la notion sur laquelle nous allons nous attarder pour expliquer la rechute ou la bonne gérance et l'arrêt de la consommation chez ce dernier.

4.7 Méthode de recherche : méthode clinique

A en croire Campenhoudt, Marquet & Quivy (2017, p.27), « *dès lors que l'on prétend s'engager dans une recherche en sciences sociales, il faut « de la méthode »* ». Ainsi, cette méthode dite de recherche apparaît comme une mise en forme particulière d'une démarche. Elle est donc liée à une démarche particulière (Nguimfack, 2008). Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour la méthode clinique.

La psychologie clinique met en exergue la centration totale sur le sujet, elle vise l'implication et la totalité du sujet au centre de ses préoccupations. La méthode clinique vise à établir une situation clinique permettant de recueillir des informations de manière plus large, dans une situation moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression (Ovambe 2018). Elle vise un recueil de données faits par observation, entretien et analyse des productions du sujet et vise à comprendre la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et aux prises avec une situation (Pédinielli, 1999).

Nous avons choisi la méthode clinique dans notre étude parce qu'elle est une démarche qui se définit avant tout par une prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation. Effectivement dans cette recherche, nous envisageons élucider quels sont les mécanismes psychologiques (symbolisation) que le toxicomane doit mettre en place pour une gestion de son craving pouvant l'aboutir à un état de mieux être ou la rechute. Et ceci n'est que possible avec la méthode clinique qui « *insiste sur la diversité et non sur la régularité.* » (Hatchuel, 2005). La modalité fondamentale utilisée par la méthode clinique est l'étude de cas.

4.7.1 Etude de cas

Comme nous l'apprend Nguimfack (2008), la méthode étude de cas utilise les données qui proviennent de différentes sources ; il s'agit des entretiens, des examens psychologiques et ou médicaux, des tests, des observations, des enregistrements vidéos et ou audio, et également le témoignage d'autres personnes, ou documents.

Traduit en anglais par case study, pour Alberio & Poteaux (2010), l'« *étude de cas renvoie à une méthode d'investigation à « visée d'analyse et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier* ».

Il se situe dans une démarche d'investigation d'exploration des modalités de fonctionnement, dans la recherche des moyens plus pertinents pour accompagner le sujet dans un projet de rétablissement, et de connaissance de lui-même (De Luca, 2020). Elle apporte un cadre de travail pour la recherche clinique en s'élaborant dans la méthode clinique à partir d'éléments obtenus dans le cadre de rencontres cliniques. L'analyse et l'interprétation des données recueillis sur l'histoire du sujet et le contexte dans lequel il évolue sont par conséquent déterminantes. Ils servent à illustrer les problématiques théoriques, à en vérifier les hypothèses, à apporter des éléments de démonstration à une théorie pour finalement déployer des champs de réflexion théorique.

Bien que cette méthode soit la plus utilisée en psychologie clinique, elle présente néanmoins des limites car le caractère dense des informations qu'elle produit peut rendre difficile leur analyse. C'est la raison pour laquelle, afin de contourner ce problème, nous avons construit un guide d'entretiens basé sur la théorie psychanalytique de la symbolisation pour nous permettre de recueillir efficacement les données utiles en relation avec notre objectif d'étude pour autant qu'il permet d'obtenir des informations moyennant un degré de liberté contrôlé du participant par le chercheur (d'où le recours à l'entretien semi directif).

4.8 Technique et outil de collecte des données : entretien semi-directif et guide d'entretien

Nous avons fait recours à l'entretien clinique à visée de recherche, dans sa variante semi-structuré en qualité de technique de collecte des données. Ce type d'entretien est applicable et faisable au moyen d'un guide d'entretien, qui lui sert d'outil de collecte de données. Il est donc question dans cette rubrique de présenter cette technique et cet outil.

4.8.1 Technique de collecte des données : Entretien semi-directif

L'utilisation d'un entretien sémi-dirrectif à base d'un guide d'entretien consiste en une technique qu'utilise le chercheur pour récolter des données, selon les objectifs qu'il s'est fixés (Aktouf, 1987). Pour atteindre les objectifs spécifiques de la présente étude, des entrevues semi-dirigées seront entreprises. Selon Savoie-Zajc (2003), « *L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera*

guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé». L'entretien semi-directif a pour but de savoir ce que la personne pense et de connaître ses sentiments, ses idées et ses intentions.

L'entretien semi-directif à partir d'un guide d'entretien permet de récolter non seulement les éléments du discours du participant, mais aussi une dimension non verbale chez ce dernier. Il nécessite alors une attention centrale sur le sujet (Deslauriers, 1991). Dans cette dynamique, la préparation à l'avance de l'entretien a pour but d'obtenir un maximum d'informations pertinentes et d'assurer aux résultats de l'entretien un maximum d'objectivité. Pour atteindre ce maximum d'objectivité, l'observation d'un certain nombre de facteurs outre le guide d'entretien est primordiale (est de mise ou est une gageure). Selon Loubet (2000), ces facteurs sont de l'ordre de :

- **L'objet de l'enquête** : il suscite souvent d'énormes difficultés quant à son caractère saisissable ou non ;
- **Les sujets** : ils ont parfois du fait du caractère sensible des thèmes abordés, la difficulté à élaborer et à s'exprimer aisément ;
- **Les techniques d'entretien** : ils sont fonction de la variante de l'entretien (directif, non directif ou semi-directif) ;
- **La personnalité de l'enquêteur** : qui peut influencer la production verbale du sujet engagé dans l'élaboration ou dans la verbalisation de ses émois/affects.

Dans le cadre de cette recherche, l'entretien semi-directif ou semi guidé (il y a un certain nombre de thèmes qui guident l'activité du chercheur) selon Loubet (2000) nous semble essentiel pour la collecte des données en ce sens qu'il nous permet de saisir les modes de relation que le toxicomane a avec l'objet-drogue dans une situation de craving. Toujours est-il qu'il est question pour nous de comprendre comment le toxicomane vit la situation d'envies, désirs de consommation et les mécanismes qu'il déploie pour pouvoir gérer ces envies ou non. Dans cette perspective, il nous permet de saisir ce dernier dans sa globalité, sa singularité, dans sa subjectivité et plus encore d'appréhender son vécu subjectif face au manque, aux désirs intenses de consommation.

Etant donné que nous avons affirmé précédemment que dans ce type d'entretien le chercheur se laisse guidé par un ensemble de thèmes et de sous thèmes afin de récolter les informations nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés dès l'entame de son étude, nous avons retenu un ensemble de thèmes qui nous ont guidé dans ce sens.

4.8.2 Outil de collecte de données : guide d'entretien

Selon Blanchet & Gotmant (1992) repris par Fernandez & catteeuw (2001), le guide d'entretien est un outil construit pour récolter un ensemble d'informations sur le sujet. Il nécessite alors une grande écoute, et une grande attention sur le sujet. Il s'agit en fait d'un ensemble de thèmes et sous thèmes que le chercheur doit aborder avec le participant au cours d'un entretien qui plus est de recherche. Ainsi, le processus lié à la collecte de nos données a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien.

Ledit guide est mis à la disposition de l'enquêteur afin de lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Cependant, il importe de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

L'identification des thèmes liés à l'objectif de cette recherche s'est faite en référence à la littérature existante à propos des traumatismes psychiques et l'état de stress post traumatique. Suivant Fortin (2006), les thèmes et les sous-thèmes majeurs ont été établis, ce qui nous a permis de formuler les questions favorisant l'évocation de ces thèmes au cours de l'interview.

Pour la collecte des données afférente à cette recherche, le guide d'entretien utilisé comprend sept thèmes et de nombreux sous-thèmes. Il se présente de la manière suivante :

- **Préambule**
- **Identification du participant**
- **Motif de la consultation**
- **Thème 1** : la présence de la figure maternelle dans l'enfance
- **Thème 2** : la séparation entre sujet et objet de plaisir
- **Thème 3** : la présence de l'environnement référent dans l'accompagnement du toxicomane (partage de la souffrance avec le personnel du centre et la famille)
- **Thème 4** : la gestion des envies, des désirs irrésistibles de consommation ;

Il est à noter que chaque thèmes de notre entretien comportent des sous thèmes que nous avons eu à développer et que nous allons présenter en annexe.

4.8.3 Le test de l'arbre de Charles Koch

Après passation du guide d'entretien, nous avons eu à passer le test de l'arbre de Koch pour une évaluation psychologique globale de la personne. Nous avons eu à utiliser la consigne de Koch (1958) qui demande de dessinez n'importe quel arbre mais que ce ne soit un sapin. Mais de façon adaptée, en fonction de la sous-région, nous avons également refusé qu'ils dessinent le palmier ajouté au sapin. Il fallait clarifier par la suite que le test n'est pas une épreuve de dessin qu'elle ne nécessite aucune aptitude particulière, et qu'on ne le notera pas.

Le matériel donné aux participant comprenait une feuille de papier blanc de format A4 210 X 297 mm, un crayon et une gomme.

Après ces instructions passées, le participant se sentait libre de prendre le papier format, le crayon et la gomme pour commencer son dessin. A la fin de son dessin, il devait arrêter son dessin en main, et nous devions lui passer le questionnaire du dessin d'arbre achevé (Q.D.A.A.) élaboré par L. Fernandez (1997). Ce questionnaire comporte dix (10) qui sont posés au sujet sur son arbre lui-même. Ce questionnaire sera présenté en annexe.

Après le questionnaire, nous avons eu à interpréter les arbres de nos participants. L'interprétions s'est déroulé à deux (02) niveaux :

- à travers les éléments d'interprétation de Renée Stora (1978) ; à ce niveau, nous avons : Interprétation des graphismes, l'aspect général de l'arbre, frondaison et branches, le tronc, le sol, les racines, et autres particularités du dessin.
- et également avec la symbolique spatiale au test de l'arbre. Cette méthode consiste à plier la feuille papier en quatre pour avoir des informations inconscients sur son arbre en fonction de la position de l'arbre dans la feuille papier. L'analyse est faite en fonction de la position du dessin sur la feuille tel que présenter dans la figure ci-dessous :

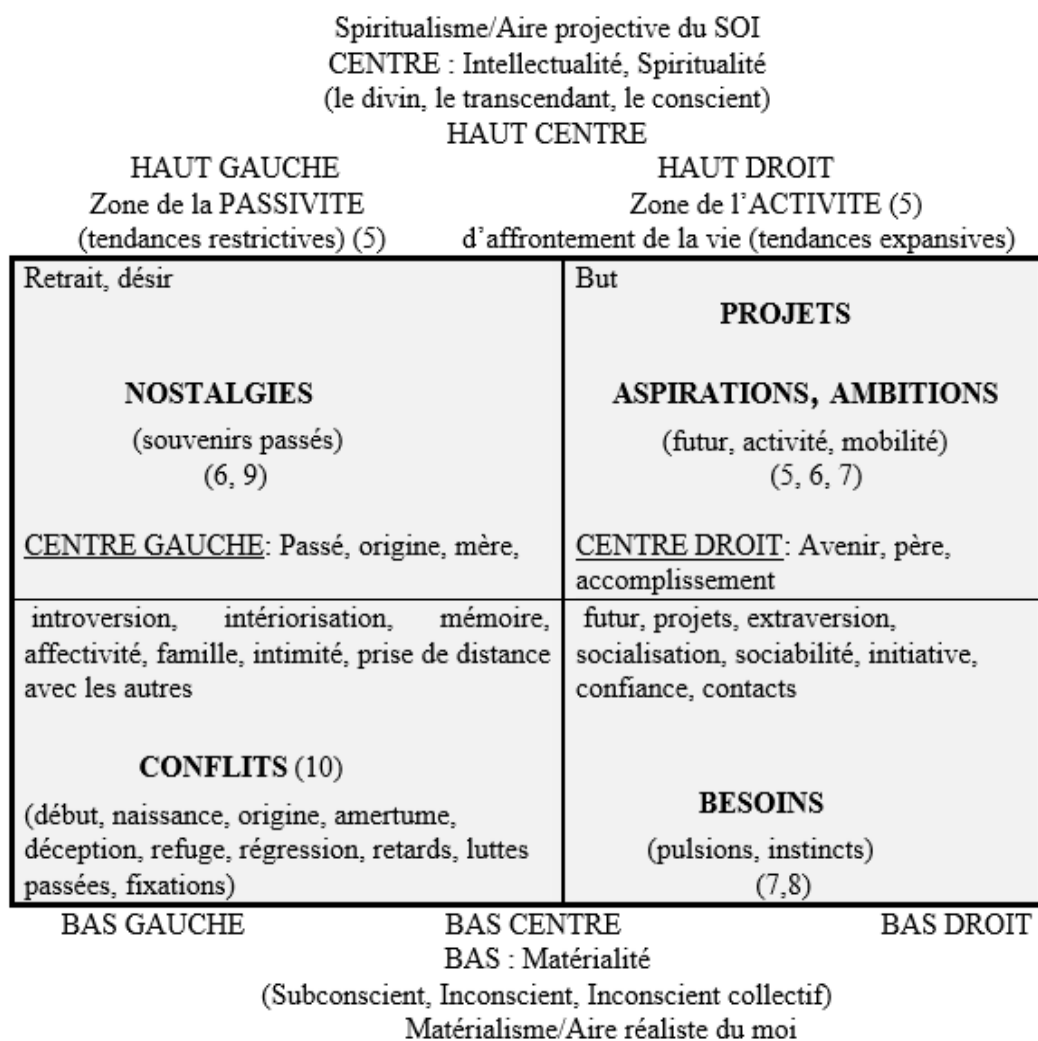


Figure 2 : Symbolique spatiale et dimension d'interprétation (Pulver, Grünwald, Koch 1997)

NB : Les numéros qui sont dans les différentes zones dans l'image ci-dessus correspondent aux questions du dessin de l'arbre achevé (Fernandez, 1997, 1998).

4.9 Déroulement de la collecte de données

Pour collecter nos données auprès des participants nous nous sommes accordé une marge de manœuvre qui nous a obligé à procéder en deux temps : un premier temps lié à la passation de l'échelle OCDS et le HAIS qui ont servi à recruter les participants et un second temps dédié aux entretiens proprement dit. La collecte des données s'est faite au CSAPA, dans une salle conviviale, à l'abri des perturbations environnantes et favorable à l'écoute.

La première phase a commencé par notre présentation, suivi d'une explication du motif de notre rencontre bien qu'étant longtemps stagiaire au CSAPA. Après cela, nous exposons au sujet l'objet de notre entretien, suivi de l'explication du caractère confidentiel des données qui seront recueillies et les considérations éthiques qui régissent cette recherche. Lorsque le

sujet nous donnait son accord, nous lui passions l'OCDS, directement le HAIS. Le second temps, lié à l'entretien s'est opéré suivant certains prérequis et précautions. Ainsi, après avoir présenté, lu et faire signer le formulaire de consentement libre et éclairé aux participants, nous pouvions alors passer à la deuxième phase, qui est celle de l'entretien proprement dit. Mais cela a été possible une fois que la situation d'entretien a été dédramatisé et que les participants ont été rassuré du fait que les données recueillies seront utilisées uniquement à des fins de recherches et ce dans l'anonymat. Ce n'est qu'après cela que nous avons procédé aux entretiens qui se sont déroulés pendant environ 29 à 30 min. Il est à noter qu'avant de commencer l'entretien proprement dit, nous avons au préalable obtenu l'accord de nos participants de l'enregistrer.

Ainsi, l'entretien a commencé par une présentation des participants. Il était question de recueillir des informations quant aux caractéristiques sociodémographiques des répondants. Ces entretiens ont donc été enregistrés par le magnétophone de notre téléphone portable. La suite de l'entretien a consisté à recouvrir l'ensemble des thèmes consignés dans notre guide d'entretien. A la fin de l'entretien, nous demandions à chaque sujet s'il y avait un élément que nous n'avions pas abordé et sur lequel il souhaite revenir. Par la suite, nous demandions aux participants s'ils sont d'accord de bien vouloir dessiner l'arbre afin de pouvoir recueillir les données une fois sur place. A la fin de chaque entretien, et après passation de l'arbre, nous remercions le sujet pour sa disponibilité. Une fois la collecte de données terminée, il a été question de faire l'analyse de ces données.

4.10 Technique d'analyse

Ce n'est pas le gros échantillon, ou encore une grande quantité de données chiffré qui intéresse la recherche qualitative, mais plutôt le sens du discours que le sujet donne par rapport à son vécu (Paillé, 1996). Aussi, comme le font remarquer Gighlione et Blanchet (1991, p.57), le discours que produit le sujet durant l'entretien de recherche est un ensemble d'éléments complexes, il peut alors se prêter à plusieurs types d'analyses. Nous avons choisi de procéder par l'analyse qualitative, plus précisément l'analyse de contenu.

4.10.1 L'analyse de contenu

Le choix de la technique d'analyse des résultats d'une étude étant fortement corrélé à la technique de collecte des données, à la nature des données recueillies et à l'objectif de l'étude, nous avons opté pour l'analyse de contenu. Ceci dans le souci d'analyser et d'interpréter nos données avec objectivité. Cette méthode d'analyse vise la recherche du sens que les individus

attribut à leur vécu subjectif et ce, en lien avec une situation ou un fait bien précis. Il est donc question de donner une explication psychologique, c'est-à-dire un sens significatif et scientifique à chaque contenu des données recueillies par les entretiens » (Baliaba, 2014). En ce sens qu'elle permet d'avoir une approche qualitativement approfondie de diverses informations recueillies. C'est dire que, la technique d'analyse de contenu est un procédé qui a pour but la mise en lumière, de façon objective, du sens implicite que regorgent un texte, un discours, les résultats d'un test psychologique, d'un contenu des entretiens qui ont été retranscrits. Ceci n'est possible que par une reformulation ou à l'utilisation d'un métalangage et à un classement de tout ce qu'ils contiennent, si l'on se réfère à Charaoui et Bénony, (2003) cité par Nguimfack (2008). Pour mener à bien cette analyse de contenu, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse de contenu sur le récit de vie du sujet. Cependant, nous explorons le vécu. Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche. Ceci, parce ces principes permettent d'effectuer une série d'opérations destinées à l'interprétation d'un corpus abondant, multiforme d'information avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa richesse.

Robert & Bouillaguet (1997) dans leur ouvrage consacré à l'analyse de contenu la définissent comme « *l'action d'inférer, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire d'une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou plusieurs des conséquences qui en résultent nécessairement* » (Ovame, 2016 p. 97).

Pour ces auteurs, il faut justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons des résultats. C'est ce que nous nous sommes attelés à faire en s'appuyant plus précisément sur l'analyse thématique.

4.10.2 L'analyse thématique

Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, (1996) entendent par analyse thématique, une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire des propos tenues par le sujet en cohérence avec des thèmes (Ovambe, 2016 p. 98).

Afin d'effectuer cette analyse, nous avons recensé les éléments du discours des participants en fonction des différents thèmes et sous thèmes de notre guide d'entretien qui sera présenté en annexe. Chaque grand thème du guide est analysé en fonction du discours que le patient donne sur un thème, ou un sous thème du guide. Ainsi, cette analyse est faite non seulement sur l'analyse de contenu du récit du sujet, et une lecture théorique construit à

base du thème. Ces éléments recueillies à l'aide de l'analyse de contenu, nous a aidé dans l'interprétation de nos résultats corrélés avec les résultats du test de l'arbre de Charles Koch.

4.10.3 L'interprétation du test de l'arbre

L'interprétation du test de l'arbre s'est effectuée à travers les éléments d'interprétation de Stora (1978) ; où nous avons fait une Interprétation des graphismes, de l'aspect général de l'arbre, de la frondaison et des branches, du tronc, du sol, des racines, et d'autres particularités du dessin. Le deuxième aspect concerne la symbolique spatiale de l'arbre du sujet. Il est question d'interpréter la position de l'arbre dans la feuille. Ainsi la position de l'arbre dans la feuille révèle une signification particulière (Grunwald & Koch, (1958). L'analyse est faite en fonction de la position du dessin sur la feuille tel que présenter dans la figure ci-dessus.

4.11 Difficultés liées à la collecte des données

Lors de la collecte de données liée à cette étude, nous avons fait face à certaines difficultés. En effet, les difficultés rencontrées lors de la collecte des données proprement dite, ont été spécifiquement liées à la dispersion des cas correspondant à nos critères d'inclusion mentionnés plus haut et aux rendez-vous manqué ou non honoré par ceux des sujets ayant donné leur accord de participation.

4.12 Des précautions éthiques

L'un des codes éthiques le plus important en matière de recherche sur les sujets humain fut le code de Nuremberg de 1947 qui stipule qu'aucune recherche ne peut être poursuivie sur des sujets humains sans leur avis volontaire, et ceci est resté inchangé dans les codes suivants (OMS, 2003, p.148).

Les questionnaires d'évaluation utilisés pour cette étude ne faisaient pas partie intégrante du traitement habituel des patients, par conséquent, avant de passer un questionnaire, on expliquait clairement l'utilité du test, à quoi elle sert et ce qu'elle sert à mesurer. Un accord était signé entre nous et les patients pour la protection de leurs informations, et ils avaient le droit même à la fin de l'entretien de refuser qu'on utilise leurs données à des fins d'études.

Dans la réglementation, les recherches impliquant des sujets humains, obéissent à des procédés d'examen qui ont été mis au point par des commissions et des comités gouvernementaux et institutionnels. Cette réglementation s'inspire largement des directives

des codes d'Helsinki. Partant de là, les dispositions éthiques que nous avons prises en compte composent avec les principes suivants :

- Le respect des principes scientifiques ;
- Toute activité de recherche doit être menée par des personnes qualifiée(s) dans le domaine scientifique (notre échelle de sélection des participants ainsi que nos entretiens ont été passé par nous-même) et encadrée par des experts compétents dans le domaine pour lequel l'on souhaite intervenir (cas de nos directeurs de mémoire).
- Le droit du sujet de la recherche à sauvegarder son intégrité doit toujours être respectée. Nous avons pris des précautions pour préserver la vie privée du sujet
- Dans toute recherche sur des êtres humains, chaque sujet doit être correctement informé de l'objectif, des méthodes, des bienfaits attendus et des risques éventuels de l'étude et des inconvénients qu'elle peut entraîner. Cela bien été pris en compte pour nous bien expliqué et rappelé à nos participants respectivement avant que nous ne passions l'OCDS, le HAIS et l'entretien proprement dit.
- Faire recourt à un consentement libre et éclairé. Compte tenu du fait qu'il est formellement proscrit de faire pression et de contraindre les participants à répondre favorablement à toute recherche. C'est ainsi que, nous n'avons travaillé qu'avec ceux qui étaient disposés à participer. Ceux qui ne l'étaient pas ont été écartés de notre étude.
- Pour ce qui est de l'anonymat des participants, nous avons choisi un pseudonyme pour désigner chaque participant.
- Les sujets ont été informés du fait qu'ils sont libres de s'abstenir ou de renoncer à leur participation à tout moment.
- De plus, il est à noter que les participants n'ont reçu aucune rémunération pour leur participation à cette recherche.
- Les sujets ayant pris part à cette étude ont été informés des avantages et des risques liés à leur participation. Pour ce qui est des avantages de cette recherche, il a été expliqué que cette étude leur permettait d'approfondissement leurs connaissances à propos de la gestion de leur envies et désirs de consommation. Donc ils ont été informés sur les différentes techniques pouvant les aidé à gérer leurs envies à travers les étapes dans le processus de symbolisation. Pour ce qui est des risques, il était possible que les thèmes abordés au cours de l'entretien fassent ressortir des émotions négatives comme le sentiment de culpabilité, le regret pour les patients ayant vécu la rechute.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

5 Présentations et analyses des résultats

Dans ce chapitre, nous présentons et analysons les résultats de notre étude. Ce chapitre est organisé en deux sections. La première section est dédiée à la présentation des participantes et de leur résultat à la passation de l'OCDS et le HAIS réadaptés au cannabis. La deuxième s'intéresse davantage à l'analyse des résultats proprement dit. Parlant de l'analyse, elle se fera suivante :

Le contexte de survenue de l'accident ; du vécu de l'accident ; du vécu du sentiment de vulnérabilité post traumatique ; de l'incapacité, de la limitation, de la diminution, du désavantage ; du lien à l'autre, de la discontinuité/continuité vie passé-présent-futur et du rapport sentiment de vulnérabilité / lien à l'autre.

5.1 Présentation des participants

Comme nous l'avons mentionné plus haut, trois participants ont pris part à cette étude. Ces participants, nous les avons nommés Stan et Brad. Ainsi, cette première section s'attèle à la présentation de ces participants tout en prenant en compte leurs résultats à la passation de l'OCDS et le HAIS.

5.1.1 Cas 1 : Stan

5.1.1.1 Présentation

Stan, est un jeune adulte âgé de 29 ans. Il est Maffa de l'Extrême-Nord. Il gagne sa vie en étant laveur de voiture dans une laverie dans son quartier. Issu d'une famille monogamique, il est le quatrième (04) né d'une fratrie de sept (07) enfants. Il est un patient du CSAPA depuis décembre 2023. Il a essayé par le passé de vouloir immigré en Espagne, et a fait un long séjour au Maroc. Il reviendra au pays après une fracture lors d'une tentative d'escalade de la frontière entre le Maroc et l'Espagne. Il est le père d'un fils de 05 ans avec qui il n'est pas en contact car la famille de la fille refuse qu'il voie son enfant. Cependant, la mère de son enfant est également toxicomane et est plongé dans la poly consommation plus que lui d'après ses dires. Après que sa famille a eu à voir ses problèmes relatifs à la consommation, on va l'envoyer au CSAPA pour prise en charge. Il continue son traitement

progressivement au centre et état dans lequel il ne s'en sort pas car il accumule les rechutes et rechutes. Il est dans la poly consommation ; en plus du cannabis, il prend la cigarette, la « thai ».

5.1.1.2 Présentation des résultats à l'OCDS

Pour être sélectionné pour l'entretien, l'OCDS a été passé à Stan. A chaque item de ce questionnaire, il était question de répondre à des questions relatives au craving. Cette échelle étant constituée de 14 questions permettent d'évaluer le craving dans les aspects des envies compulsives et des pensées obsédantes. Tout a été expliqué concernant cette échelle dans le chapitre de la méthodologie. Stan après interprétation obtient un score de 24/40 ce qui correspond à une présence normale du craving.

5.1.1.3 Présentation des résultats au HAIS

Après passation de l'OCDS, nous avons passé le HAIS à Stan pour évaluation sur son insight. Cette échelle constituée de 20 items où il faut répondre par « d'accord » « incertain », « en désaccord » où le participant avait le choix de cocher la case qui lui semble la meilleure. Tout concernant cette échelle a été mentionnée au chapitre méthodologie. Stan obtient un score de **13** qui correspondent à un insight modéré.

5.1.1.4 Présentation des résultats au test de l'arbre

➤ Eléments d'interprétation de Stora (1978)

Aspects généraux :

- Arbre bien inséré dans la page: bon cadrage social

Fronaison et branches

- Feuillage abondant: importance de l'imagination, besoin de contact
- Fronaison, branches se heurtant en haut de page: sentiment d'insatisfaction, de ne pas réaliser toutes ses aspirations, malaise consécutif à une mauvaise réalisation de soi, problème d'adaptation à la vie
- Petits traits dans la frondaison: nervosité diffuse
- Feuillage en arcades et discontinuité du trait: secretivité, risque d'empiètement de l'inconscient sur le conscient

- Branches à traits uniques, de formes souvent anguleuses: nervosité, immaturité, régression, absence de contact
- Branches s'entrecroisant dans la frondaison: contradiction intime
- Branches non raccordées personnalités déstructurées

Tronc :

- Tronc prolonge dans la frondaison: symbole phallique
- Tronc large: esprit pratique, certaine ambition sociale, bon contact avec le réel
- Tronc de l'arbre légèrement à gauche, une partie de la couronne déplacée vers la droite: introversion ambivalence
- La base du tronc qui ressemblant par sa structure à la racine qui relève de l'inhibition, qu'il est prisonnier de ses pulsions, qu'il cherche un appui

SOL :

- La base du tronc qui forme la base du sol (pas de ligne de sol sous l'arbre): manque de confiance en soi, incapacité de rassembler des idées objectivement

RACINE :

- Hachures transversales en dessous de la ligne du sol : désir d'annuler une vie instinctive

➤ **Le questionnaire du dessin d'arbre achevé de Fernandez (1997).**

- a. Quelle sorte d'arbre est-ce ?

Cactus

- b. Quel âge a-t-il ?

Mon cactus a 5 ans

- c. A quoi ou à qui cet arbre ressemble-t-il ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

Ce cactus ? Aucune idée

- d. Cet arbre est-il vivant ? Si oui, y-a-t-il une partie morte ? Si oui, Laquelle ? Qu'est-ce qui vous donne cette impression ?

Oui il est vivant, non elle est encore bien fraîche

- e. Cet arbre est-il actif ou passif ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

Non ça bouge, c'est actif, souvent ça balance

f. Cet arbre est-il un arbre du passé ou de l'avenir ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

C'est un arbre de l'avenir, parce que qu'il me fait penser à mon avenir aussi

g. Cet arbre est-il en pleine croissance ou a-t-il atteint sa maturité ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

Non ça pas encore atteint sa maturité c'est en pleine croissance encore, parce que il lui faut au moins 7 à 8 ans pour qu'il doit être...

h. De quoi cet arbre a-t-il besoin ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

Mon arbre ? Il a besoin comme je peux dire, présentement, donc il n'a pas, il a besoin de... je sais pas quoi dire, donc pas de brutalité, on doit pas couper ses feuilles, on doit pas,... parce que il doit encore beaucoup grandir, il doit encore produire les feuilles, les branches,...

i. Cet arbre est-il nostalgique ? Si oui, qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ? Si non, pourquoi ?

Oui il avait perdu une fois ses feuilles mais ça va tout revient en ordre humm... je sais pas quoi dire

j. La croissance de cet arbre a-t-elle été normale ou a-t-elle été difficile ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

Très très difficile, on voit qu'elle a perdu ses feuilles donc c'était pas facile pour qu'elle récupère donc ce qu'il fait qu'elle récupère encore plus de feuilles

➤ **Symbolique spatiale (Pulver, Grünwald, Koch. 1997)**

Nous voyons que la majorité de l'arbre de Stan dans la partie haute droit de la feuille, ce qui renvoi aux aspirations, ambitions, futurs du sujet, nous pouvons l'observer avec la réponse de la question 6 au questionnaire où il répond : « *C'est un arbre de l'avenir, parce que qu'il me fait penser à mon avenir aussi* », et également la question 7 « *Non ça pas encore atteint sa maturité c'est en pleine croissance encore, parce que il lui faut au moins 7 à 8 ans pour qu'il doit être...* ». De plus, Stan est un sujet sociable, dont les projets se résument à un monde meilleur où il ne consomme pas d'où sa réponse à la question 8 « *Mon arbre ? Il a besoin comme je peux dire, présentement, donc il n'a pas, il a besoin de... je sais pas quoi dire, donc pas de brutalité, on doit pas couper ses feuilles, on doit pas,... parce que il doit encore beaucoup grandir, il doit encore produire les feuilles, les branches,...* »

La partie haute gauche renvoi aux désirs du sujet, son passé de consommation, ce qu'il était avant, et son accrochage à un lendemain meilleur. C'est la raison pour laquelle il affirme dans la question 9 « *Oui il avait perdu une fois ses feuilles mais ça va tout revient en ordre humm... je sais pas quoi dire* ». De plus la racine bas gauche nous renseigne sur le conflit interne qu'il traverse dans le passé de consommation, les problématiques au niveau de la

famille, de la déception qu'il éprouve vis-à-vis de lui-même, c'est le pourquoi il affirme dans la question 10 « *Très très difficile, on voit qu'elle a perdu ses feuilles donc c'était pas facile pour qu'elle récupère donc ce qu'il fait qu'elle récupère encore plus de feuilles* ».

5.1.2 Cas 2 : Brad

5.1.2.1 Présentation

Brad, est un jeune adulte âgée de 25 ans. Il est Mbamois de Bafia. Il fait actuellement une formation de métallique pour fabrication des portes, fenêtres. Il est issu d'une famille monogame au départ, mais ses parents vont se séparer lorsqu'il fait pour la première fois la classe de première. Il est le deuxième sur un fratrie de trois enfants dont il en est le seul homme. Après séparation entre ses parents, ils vivent avec leur mère. Il se rend aux CSAPA après constat d'une consommation de cannabis où il s'y rend avec sa mère. Brad est actuellement en cours de traitement et une semaine entre la passation de l'OCDS et l'entretien, il y'a eu consommation de trois filon de cannabis.

5.1.2.2 Présentation des résultats à l'OCDS

Comme présenté en amont Brad a été sélectionné car il a eu un bon score à l'OCDS dont **31/40** qui montre une grande présence des envies et des désirs chez Brad.

5.1.2.3 Présentation des résultats au HAIS

Après passation de l'OCDS, Brad obtient un score de **15** à l'HAIS, ce qui correspond à un **insight modéré** chez Brad.

5.1.2.4 Présentation des résultats au test de l'arbre

➤ **Eléments d'interprétation de Renée Stora (1978)**

Aspects généraux :

- Arbre bien inséré dans la page: bon cadrage social
- Arbre grand: besoin d'importance

Frondaison et branches

- La membrane qui recouvre la frondaison: timide, renferme, tristesse
- Frondaison, branches qui se heurtent en haut de page. Ce qui marque la présence d'un sentiment d'insatisfaction, de ne pas réaliser toutes ses aspirations, malaise consécutif à une mauvaise réalisation de soi, problème d'adaptation à la vie
- Branches non raccordées : personnalités déstructurées
- Branches à traits uniques, de formes souvent anguleuses: nervosité, immaturité, régression, absence de contact
- Les petits traits dans la frondaison marquent une nervosité diffuse
- Les fruits dans la frondaison marquent l'oralité, la patience, la pensée à court terme, naïf, fixe à l'enfance, désir de profit, ambition de concrétisation sociale brillante
- Les extrémités des branches enveloppées de boules en forme de nuages montre que le sujet dissimule des intentions, craint le contact, impénétrable, agréable dans ses relations, agressivité sous- jacente, marquée par des apparences conciliantes

Tronc

- Tronc prolonge dans la frondaison: symbole phallique
- Tronc entaille: traumatisme
- Tronc large: esprit pratique, certaine ambition sociale, bon contact avec le réel
- Les boursoufflures sur le tronc monte un blocage de la charge affective, refoulement, nantisse inconsciente
- Base du tronc élargie, renflement à gauche: blocage de la charge affective liée au passé
- Tronc de l'arbre légèrement à gauche, une partie de la couronne déplacée vers la droite: introversion ambivalence
- Tronc rugueux: difficultés de contacts
- Tronc strié : nervosité irritabilité

Sol

- Base de l'arbre recouverte par des touffes d'herbe : besoin de masquer les problèmes sexuels
- Tronc ouvert à la base : désir d'ouverture

Racines

- Les racines visibles comme par transparence montrent que le sujet présente des troubles sexuels perturbateurs; bloqué par l'influence de l'hérédité; souffre de ne pas réaliser; handicapé par des éléments négatifs héréditaires

Autres particularités du dessin

- Objet situé à droite du tronc: projet d'avenir
- Objet divers dans la frondaison, ou l'environnement: besoin d'échange et de contact

➤ Le questionnaire du dessin d'arbre achevé (Q.D.A.A.) de L.

Fernandez (1997)

- a. Quelle sorte d'arbre est-ce ?

Arbre fruitier, manguier

- b. Quel âge a-t-il ?

9 ans

- c. A quoi ou à qui cet arbre ressemble-t-il ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

C'est un arbre tout simple

- d. Cet arbre est-il vivant ? Si oui, y-a-t-il une partie morte ? Si oui, Laquelle ? Qu'est-ce qui vous donne cette impression ?

Oui plein de vie, non

- e. Cet arbre est-il actif ou passif ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

Ca bouge pas, c'est juste les fleurs les feuilles qui bougent mais l'arbre ne bouge pas

- f. Cet arbre est-il un arbre du passé ou de l'avenir ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

Un arbre du passé et de l'avenir en même temps. Bon c'est un arbre du passé parce mon passé a toujours été fructueux malgré les situations, j'ai toujours gardé le positif, et fructueux aussi parce que je suis né pour briller.

- g. Cet arbre est-il en pleine croissance ou a-t-il atteint sa maturité ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

Hummm il a déjà atteint sa maturité à cause de ses fruits, on voit que son tronc d'arbre est plus robuste comparé à un arbre qui est en pleine croissance

h. De quoi cet arbre a-t-il besoin ? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

De vitalité, des éléments essentiels pour sa survie, c'est-à-dire la lumière, l'eau, les sels minéraux, le sol fertilisant, les éléments nutritifs ,...parce que ça présente un très bon aspect lorsqu'on le voit, tous ces besoins sont remplis bon maintenant si on retire ces besoins l'arbre mourra

i. Cet arbre est-il nostalgique ? Si oui, qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ? Si non, pourquoi ?

Aucune souffrance, tout au contraire, avant la force du vent, ça permis que les racines soient plus solides,

j. La croissance de cet arbre a-t-elle été normale ou a-t-elle été difficile? Qu'est-ce qui dans votre dessin vous donne cette impression ?

Normale, ... à travers les feuilles, on voit que les feuilles présentent un très beau pelage, une très bonne image non, donc l'aspect de ça n'a pas de signe de maladie donc je suppose que il a eu un processus normal.

➤ **Symbolique spatiale (Pulver, Grünwald, Koch 1997)**

Nous voyons que l'arbre de Brad de façon générale est situé au centre de la feuille.

Du côté haut droit, nous observons une ambivalence entre le passé et les projets d'avenir de Brad, ceci est démontrable avec son discours : *Un arbre du passé et de l'avenir en même temps. Bon c'est un arbre du passé parce mon passé a toujours été fructueux malgré les situations, j'ai toujours gardé le positif, et fructueux aussi parce que je suis né pour briller.*

Au niveau du bas droit, nous observons que Brad a besoin de remplir une vie instinctive à sa survie, il y'a une frustration pulsionnelle qu'il vit, dont, il a besoins de satisfaire une pulsion bloqué. Ceci visible à travers son discours qu'il donne sur les besoins de son arbre : *De vitalité, des éléments essentiels pour sa survie, c'est-à-dire la lumière, l'eau, les sels minéraux, le sol fertilisant, les éléments nutritifs ,...parce que ça présente un très bon aspect lorsqu'on le voit, tous ces besoins sont remplis bon maintenant si on retire ces besoins l'arbre mourra...*

La partie haute gauche renseigne sur le fait que Brad essaye de dissimuler une vie sexuelle

5.1.3 Résultats diagnostics

Participants	Stan	Brad
Motif de consultation	Consommation cannabis	Consommation cannabis
Obstacle problématique	Envies incontrôlables et rechute	Envies incontrôlables et rechute
Degré de Craving (OCDS)	Score : 24/40 Craving présent.	Score : 31/40 Craving abondant.
Niveau d'Insight (HAIS)	Score : 13 Insight modéré	Score : 15 Insight modéré
Diagnostic (DSM V)	Insomnie, irritabilité, colère, nervosité, perte de poids, céphalées	Insomnie, nervosité, perte de poids, céphalées

Tableau 3 : résultats diagnostics des participants

5.2 Analyse des résultats

5.2.1 Contexte d'apparition des envies, pensées et désirs irrésistibles

Nous nous intéressons ici à comment le sujet vit les envies irrésistibles de consommer, dans quel état émotionnel il se sent lorsqu'il a besoin de consommer du cannabis, comment est-ce qu'il vit les envies et désirs de consommation, comment est-ce que ça se manifeste physiquement chez lui, comment est-ce qu'il fait pour essayer de résister à ces envies, et comment est-ce qu'il le vit physiquement. Car, dans la suite, nous verrons bien comment se contexte d'apparition des envies chez le sujet peut nous en dire beaucoup sur le mécanisme

d'apparition du craving avec de comprendre le sujet, pour l'accompagner dans la gestion de ces envies.

Ainsi, au regard des données recueillies auprès de nos participants, il ressort d'après leurs déclarations que l'apparition des pensées obsédantes et de désirs compulsif de consommation sont des moments effroyables pour le sujet qui le sujet, se sont de moment de persécution.

Auriacombe, M., Serre, F., & Fatséas, M. (2016 p. 78) soulignent que le craving est une envie irrésistible de consommer ou d'exécuter une conduite gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment précis. Dans ce cas de figure, le craving qui nous intéresse ici est celui que le sujet vit pendant qu'il est dans un processus de sevrage, c'est-à-dire d'arrêt de consommation.

Vivre des moments de craving peut s'avérer très difficile pour le sujet car les envies surviennent dans les idées qui perturbent le sujet sur un plan émotionnel. Nous voyons par exemple avec Stan lorsqu'il affirme que :

Le manque donc ça dépend ça vient souvent...stuiip comment expliquer même, le corps fatigué donc... un peu de stress oui donc les réflexions sont un peu bizarres peut-être même, on dirait peut être en joie nonn quand tu es un peu trop dans la joie, ça vient aussi souvent

Brad décrit mieux l'expression de cet état émotionnel lorsqu'il affirme :

Très nerveux, très tendu, bon je suis trop à fleurs de peau, donc moindre réaction que ça soit positif ou négatif je vais crier, donc je suis toujours tendu nonn sous la colère...

Comme nous voyons, l'état émotionnel du craving se traduit par une souffrance psychologique qui est difficile à vivre, c'est pourquoi **Stan** affirme que :

L'envie c'est que quand ça vient, tu tout ton esprit est là-bas, il faut il faut, il faut, l'envie ca dépend aussi, quelqu'un peut venir avec, il en a aussi ca, et l'envie ne te montre pas que voici ca hein, l'envie te montre que tu as déjà fumé, au moment que tu prends , tu ne connais pas, tu fume d'abord avant de comprendre que oui l'envie est déjà là quand tu fumes là , ça va faire tout et pour tout que tu fume tu ajoutes un autre ...

Brad lui il les vit en ces mots :

Bon généralement, quand ça me prend, je suis tendu mais je ne réplique pas à la première tentation, c'est du genre quand ça vient, je fais tout pour oublier enflait, donc

j'essaie de faire une activité, qui va me permettre de me déconcentré à ça mais l'esprit reste toujours figé sur ça jusqu'à jusqu'à parce que pour moi ma période c'est lorsque j'ai déjà dépassé le matin sans fumé donc c'est une période vraiment déterminée oui traversé ça n'est souvent pas facile hein, surtout quand tu es habitué parce que ça fait souvent comme si tu es peut être devant le corps de la femme nonn, tu es excité en fait, donc c'est un peu cet excitation donc tu montes tu descends,

Et cette souffrance psychologique se manifeste sur le corps, ce manifestation est un symptôme du craving qui se traduit sur le corps, qu'on appelle communément syndrome de sevrage. Brad explique mieux comment le craving se manifeste physiquement chez lui

Comment ça se manifeste physiquement ? du genre je suis juste agité c'est tout quand je suis en manque je suis agité, à une certaine heure agité

Toujours dans la compréhension de l'apparition des pensées, et idées de consommation, nous voyons que chaque sujet fait l'effort de résister à ces pensées, chacun émet une stratégie pour faire face bien que la rechute n'est pas souvent loin. Brad lui par exemple affirme que :

Hummm ce que j'ai commencé à développer c'est du genre quand ça me prend, parce que des fois l'envie te prend lorsque tu as déjà l'argent en main, ça fait un peu comme un automatisme, tu as envie, mais ça se calme mais dès que tu as 100f ou 200f, tu cherches quoi fumer mais ce que je fais souvent c'est que J'ai l'argent, si je vois que bon j'ai 200f, ça va faire un filon, un bâton de cigarette de 100f, et j'achète les biscuits que j'aime acheté par exemple, et je commence à manger, après là je pars seulement me coucher...

Comprendre comment est-ce que le sujet vit ses envies, ses désirs, ses émotions dans un état de craving est le premier point essentiel si on voudrait comprendre par la suite son fonctionnement psychologique.

5.2.2 Contexte de la présence de la figure maternelle dans l'enfance

La mère joue un rôle très important dès la naissance du bébé. La mère c'est celle qui protège son bébé, joue le rôle nourricière, le rôle aimante, etc. au niveau des besoins. Sur un aspect psychologique, la mère joue le rôle du moi dans le psychisme, le rôle protecteur face aux angoisses internes du bébé, et aux stimulations externes de ce derniers. Winnicott (1971) parle de la mère dans la place de la fonction réflexive en amorçant dans le prolongement du « stade miroir ». Lacan (1959) parle du « miroir du visage maternel qui est au-delà du visage, de tout le monde de présence de la mère et de l'environnement maternant..

De cette manière, Le bébé n'est pas confronté à une angoisse d'annihilation, et vit plutôt un sentiment d'unité et de continuité d'être. C'est ce que Winnicot (1971) décrit comme la fonction de holding de la mère.

La relation fusionnelle qui existe avec le bébé en début de vie est donc nécessaire au développement sain de l'enfant; au développement de sa capacité à symboliser son expérience, c'est-à-dire transformer ses expériences vécues en contenus psychiques représentationnels. Dans cette partie, on vaudrait savoir si le sujet a grandi avec sa maman, quels sont les rapports qu'il a avec sa maman, si lorsqu'il avait besoin de quelque chose si sa mère le mettait à sa disposition, et enfin s'il a une petite amie.

C'est ainsi qu'au sujet de sa mère Brad nous relate les faits suivants :

Bon j'ai grandi en fait avec mes 2 parents, et c'est en première qu'ils se sont séparé et c'est en première que j'ai commencé à redoubler les classes, j'étais le plus touché en fait dans leur choses, donc je vivais la scène comme si c'était moi-même, sans connaître d'abord ce que je vivais avec les échecs et tout contribue donc tout ça s'accumulait, c'est donc ça qui a déclenché tous les troubles là..

Le fait de grandir avec sa maman permettait déjà une construction psychique et solide du sujet à la base mais à travers le temps et l'âge, il est nécessaire de toujours avoir ce rapport mère-fils pour pouvoir partager son vécu à la personne qui a joué le rôle du pare choc à l'enfance du sujet. Brad nous dit au sujet du rapport avec sa mère que :

Mère fils nonn, mère fils, parfois on cause même en camarade, donc, oui,...

Stan lui dit au sujet de sa maman que :

Oui il y en a bien, il y'a la possibilité donc je vais dire on s'entend quand même...

Brad dit par la suite au sujet de sa mère que :

Bon oui c'est cette année que j'ai commencé un peu à m'ouvrir parce que, mes choses on apprenait seulement, je ne connaissais pas dire ma chose à quelqu'un, la chose la plus bien gardé c'est gardé par soi même donc... c'est comme ça que j'ai grandi même les trucs de secrets tout ça les gens venaient même me dire leur secrets, mais ma part tu ne devais jamais pas être au courant...

Le fait d'avoir un certain rapport aujourd'hui avec sa mère permet aussi de comprendre si cette dernière mettait à la disposition du sujet, ce qu'il avait besoin lorsqu'il était petit. A ce sujet, Stan donne ce discours :

Ah elle me montrait comment chercher, comment faire pour obtenir, je ne peux pas aussi trop m'en souvenir de ça... mais j'avais les possibilités, elle me donnait quand même...

Brad lui à ce sujet réponds que :

Non nous on ne nous a pas appris ça, chez, lorsqu'on était petit, lorsque tu demandes on ne te donne pas, c'est du genre peut être le papa arrive, il a son plastique, exprès il s'assoit et dépose le plastique sur la table, il commence à manger, et personne ne doit le regarder pour dire que je veux, c'est maintenant à lui pour dire que le premier beignet, forcément il va

nous appeler que « Cédric tiens » « merveilles tiens » en fait, c'est comme ça qu'on a grandi, je ne connais pas d'abord d'émanger quelque choses à quelqu'un...

L'individu étant un jeune adulte, il y'a un certain niveau d'attachement qui doit s'effectuer maintenant entre le sujet et un nouvelle personne qui va jouer le rôle de substitut de la mère, quelqu'un qui va pouvoir jouer le rôle de la mère sans pour autant être la mère.

Au sujet de savoir s'il a une petite amie, Brad nous fait comprendre que :

Bon présentement je suis en stand-by pour ma dernière relation pffffff, c'est finit grâce à la distance j'ai décidé d'abord d'être stable financièrement parce que tu ne peux pas prendre la fille d'autrui et elle vient juste boire l'eau j'ai envie un peu d'élever le niveau, c'est donc pour ça que j'ai d'abord mit pause... parce que tu peux faire tu vois une belle fille tu dragues elle accepte maintenant au moment de t'occuper d'elle tu demandes l'aide ... donc c'est ça ma logique en fait oui je veux du genre qu'elle soit chez moi on vie ensemble si elle est enceinte, je m'occupe d'elle là là là ou lui dire que non je pars voir les parents humhum stuiippp, je ne connais pas compter sur les gens lorsque je fais ma chose

Il répondra par la suite au sujet de savoir ce qui était à l'origine de ses séparations passées avec ses copines que :

Puuuufffffff bon pour la 1^{ère} c'était un de mes amis, bon en ce moment-là j'avais encore les mais, j'avais un ami en 3^e là parce que moi j'ai commencé en 6^e hein, donc ma 1^{ère} c'était de 6^e jusqu'en 3^e, et un de mes amis, a dragué, bon je se sais pas ce qu'il on fait ensemble jusqu'à c'est finit entre nous, la 2^e on a fait 4 ans ensemble mais on s'est séparé entre 2nd et première, en première, c'est la distance qui nous a séparé, et la même chose même pour la 2^e, comme j'étais quelqu'un qui voyageait beaucoup, parce qu'on fait l'effort de toujours me canaliser, j'avais l'esprit déjà dégagé en fait, puff c'est un peu ca ...

5.2.3 Contexte de la séparation entre le sujet et l'objet de plaisir (drogue)

Bonnet, G. (2016) affirme qu' « il n'y a pas de symbolisation possible sans l'intervention d'un objet intermédiaire » Bonnet, G., Brun, A., & Roussillon, R. (2016 p. 68). En effet, pour que l'expérience subjective soit représenté, il doit pouvoir une séparation entre la personne et l'objet qui s'instaure très tôt dans l'existence, et sans la castration symbolique grâce à laquelle l'objet en question s'inscrit dans la logistique des échanges quels qu'ils soient. Sans ces conditions au préalable, il ne peut vraiment Il ne peut y avoir symbolisation (Bonnet, G., Brun, A., & Roussillon, R. 2016. p. 68).

Bonnet, G. (2016) dit que « Le pervers est un symbole, il se fait symbole vivant du sexe qui lui pose problème. Par le fait même, son comportement est également truffé de symboles, par le lieu, le moment, la façon où il se produit... » Bonnet, G., Brun, A., & Roussillon, R. (2016 p. 69). Tout comme le pervers le dénie par sa façon de faire corps avec l'objet, et de

confondre aussi l'autre avec un objet sexuel, le toxicomane fait corps avec l'objet drogue qui est son objet de plaisir. En faisant corps avec l'objet drogue qui lui pose problème, le toxicomane se fait le symbole vivant de ce qu'il veut cacher, or pour Bonnet, G. (2016) il s'agit bien du symbole, mais que le symbole ne voudrait pas dire symbolisation.

Comme il ne peut pas y avoir symbolisation possible entre le sujet et l'objet drogue qui est l'objet de plaisir, Stan essaye d'avoir un objet substitut de plaisir pour pouvoir contrecarrer les envies de consommation dans son discours :

J'aime les fruits de mers oui, tout ce qui sort de la mère moi je mange, parce que moi j'aime ça, c'est les plus adoré dans ma vie aussi,

Au propos de savoir comment est-ce qu'il va réagir si on lui enlevait ce nouvel objet de plaisir, il répond :

Non Je vais aussi déranger et je connais pas éviter, c'est ça alors mon défaut aussi souvent, souvent c'est ça qui me fait avoir les problèmes même à la maison avec la maman donc c'est ça et il fallait la maîtrise pour éviter c'est ça qui est un peu difficile mais j'essaie toujours de voir comment me maîtriser...

Lorsqu'il y a absence de l'objet de plaisir, ou lorsque le sujet est privé de son objet de plaisir, ce dernier peut ressentir certaines frustrations. Brad décrit mieux cet état lorsqu'il affirme qu'il se sent :

Comme un prisonnier, très nerveux, une fois la maman m'avait fait ça je pense que c'était l'année passée, je voulais sortir, elle m'a dit tu ne sors pas, elle a fermé la porte, et j'ai dit que si je veux sortir, je vais sortir donc ce que tu fais la même, je ris même seulement, elle me dit ok on va voir, tu vas seulement me traverser, elle a fermé sa porte, elle est sortie, elle est allée dans sa chambre, J'ai démonté toute la porte, comme je fais dans le fer nonn, j'ai démonté toute la porte, je suis sorti j'ai laissé ça comme ça, lorsqu'elle est sortie, elle a seulement secoué la tête...

Stan décrit la privation de son objet de substitut comme une profonde trahison envers lui lorsqu'il affirme :

Je confirme que ces gens ... ils sont en train de me trahir, ou bien c'est une provocation c'est un peu l'occasion qu'ils me provoquent, fort, ça arrive, que tu parles là, ça arrive beaucoup même, ça se passe même, surtout quand j'achetais mon poisson, j'avais mon chat, quand je veux me diviser avec lui, il me regarde, je lui regarde, et c'est parce que c'est obligé, souvent quand je ne lui donne pas il va me griffer après, il va partir, il va venir, oui il va sursauter sur moi, vouloir m'effrayer, que non tu as fait... et il connaît comment on va se partager, c'est ça, en fait quand quelqu'un t'enlève ce que tu aimes précieusement, parfois c'est difficile, on digère mais ça blesse aussi le cœur, c'est ça que je te disais tout à l'heure comme les filles que je te dis que je donne 60%, parce que, ça eu à arriver, c'était pas arriver donc on prépare toujours avant la fin...

5.2.4 Contexte de la présence de l'environnement référent dans l'accompagnement du toxicomane (soutient institutionnel et familial)

Roussillon nous renseigne sur le fait que l'appareil de langage reprend l'action, l'affect, la représentation de chose, il a cette capacité de transmettre du corps tout autant que de la scène et du sens. Mais l'utilisation du langage ne se construit que petit à petit dans le temps. La symbolisation si elle peut s'effectuer dans l'intimité d'un travail intrapsychique et intersubjectif, elle prend ses racines et ses sources dans la relation avec un objet autre sujet qu'est investi par le sujet d'une fonction symbolisante. (Roussillon, R. cité par Di Rocco, V. 2006 p.262).

Ainsi, les situations angoissantes, le sentiment de culpabilité, les envies incontrôlables, des désirs irrésistibles doivent être partagés pour devenir élaborables car on les symbolise, on les subjective pas seuls, elles doivent prendre place dans la relation avec un/des autre(s) sujet(s) investi(es) pour devenir intégrables. L'environnement référent qui est, le milieu primaire du toxicomane, généralement sa famille joue un rôle primordial dans le processus de symbolisation du toxicomane.

Mais étant dans un contexte d'accompagnement hospitalier, le premier niveau où doit pouvoir s'effectuer la symbolisation secondaire est le milieu hospitalier, c'est-à-dire le centre la vie, où le sujet doit pouvoir parler de ses difficultés, de ses problèmes de consommation afin de pouvoir partager son expérience et de pouvoir se libérer de ses affects car le milieu hospitalier joue le rôle familial substitut dans l'encouragement des patients dans l'abandon de la drogue. Or nous voyons avec Brad qu'il préfère garder problèmes pour lui seul lorsqu'il affirme :

Non non, non non, non non, déjà c'est du tic au tac, lorsqu'on me pose une question de répons, c'est tout mais je vais jamais venir dire que comme j'ai tel envie, je veux, d'avoir ou quoi que ce soit...

Ce dernier affirme ne rien pouvoir dire lorsqu'on ne lui pose pas de question lorsqu'il dit : *Oui je ne répons pas...*

En entretien toujours, il dit à propos de lui qu'il préfère être renfermé, il préfère ne pas s'ouvrir lorsqu'il dit :

Très difficilement, parce que pour moi la confiance n'existe plus, même si c'est qu'on m'a parlé de toi que tu es l'homme le plus confiant, mais il y'a un soucis, quand je serai toujours avec toi, s'il y'a un souci de garde, et un autre côté de consent mais je m'ouvre pas totalement comme ça...

Puuuuuufffff bon on dit souvent que l'homme change en fonction de son environnement, j'ai eu une expérience un peu... un peu bizarre où chaque personne avait qui j'accordais ou je causais finissais toujours par casser la relation donc stuip...

Le sujet est privé d'une compréhension de ce qui se passe, ce qui lui arrive sur le plan affectif. Il se trouve alors incapable de comprendre son vécu. Il devient donc difficile de développer une représentation rassurante de soi et des relations (Bergeret, 1990). En ce sens, Brad répond en disant que :

Je n'ai pas d'amis..., sérieux ekie, quand je dis ça, les gens croient je blague je marche seul, je fais mes choses seule, je fais tout pour ne pas avoir besoin de quelqu'un donc je fais le maximum pour ne pas demander à quelqu'un, c'est quand je suis vraiment coincé et que je n'ai pas d'issus, c'est là que je me rends petit, et je demande mais se sont les choses rares que quand ça se passe, il faut même filmer pour mettre dans l'agenda hiiiiiiiiiiiiiiiiiiii (en souriant) parce que je suis d'abord préparé en avance, je ne fais rien pour rien si peut être demain, je suis, j'ai une sortie, par exemple, je sais que ma sortie, aujourd'hui, je commence à faire le petit devis de ce que je vais commencer et tout et tout, peut être le devis de ma sortie sera taxi, et ce que je vais consommer, tout tout tout, bon dans toute mes dépenses, peut être je vais dépense 5 mil, je sors au moins avec 7mil 8 mil, c'est un peu comme ça que je... je suis un peu trop prévoyant...

Un autre aspect dans l'incapacité de partager son ressenti est au niveau de la peur, la crainte d'être jugé, d'être analysé d'être vulnérable aux yeux des autres. C'est en ces propos que Stan affirme que :

Oui, j'ai eu à la parler une ou deux fois, elle m'a prescrit certains remèdes la donc stuip, hummmm j'ai peur de l'expliquer certains problèmes, on dirait que elle, elle connaît tout, elle lit beaucoup, elle m'aide beaucoup, elle me donnait certains formules, certains remèdes, comment faire pour arrêter, à un moment quand je sentais l'odeur de la cigarette ah, je n'en voulais plus..

Un autre aspect dans la symbolisation secondaire est celui de voir si l'environnement primaire du sujet, c'est-à-dire la famille joue le rôle d'accompagnateur du toxicomane dans l'arrêt de consommation. Ferenzl a sans doute été le premier à mettre l'accent sur le fait que l'un des composants majeurs des situations traumatique, est la capacité de l'environnement référent à accompagner ou interdire l'élaboration de son impact intra subjectif (Brun, A., & Roussillon, R. 2016) . Dans les cas de toxicomanie, l'environnement référent qui est le cadre familial dans lequel le sujet vit sera un facteur déterminant pour l'encouragement du sujet dans la bonne ou la mauvaise gestion de ses envies de consommation. Ainsi, à la question de savoir si la famille l'encourageait dans sa guérison, Brad pouvait répondre :

Hum oui parfois mais parfois dans les élans de colère, il y'a certains mots qui s'échappent hein...

De même pour Stan : Ouais la famille m'encourage, oui ils m'encouragent, il montre les possibilité, comment rester avec moi, comment vivre avec moi sans me mépriser, sans m'insulter, donc les gestes me prouvent déjà beaucoup... ils connaissent, ça se voit non, les comportements sont différents, avant je dormais à 23h, maintenant 21h, 21h30 je suis là je dors je dors même à 23h pour me réveiller à 3h maintenant à 5h je suis debout, je suis debout ou bien avant c'était si je me suis trop levé c'est 6h, même 6h là maintenant ne me trouve pas que je suis couché, 5h je suis debout...

Toujours dans la symbolisation secondaire, avec le rôle de l'encouragement familiale, pour que la famille puisse accompagner le sujet dans un état de mieux être, ce dernier doit pouvoir leur parler de ses problèmes à la drogue, du fait que les envies soient plus fort que lui et que souvent ça dépasse, or nous voyons avec Stan qu'il préfère tout garder pour lui lorsqu'il affirme :

Non on ne peut pas parler de ça, ceux qu'on parle de ça, ils vont toujours croire que je suis dedans, ils vont dire que jamais le type là va laisser...

Brad lui se prononce en disant que : *Non seulement quand on me pose des questions...*

Il continue en disant à propos de ses envies que :

Hum-hum parce que c'est moi qui gère mes envies non ? est-ce que quelqu'un va se placer et dire que il va te demander que le gâteau ci a quel gout ? dans ta bouche tu sens sucré, quelqu'un d'autre va sentir que c'est amer ou bien , les envies diffèrent en fait, tu vas t'asseoir et dire que tu maîtrise les envies en fait, je connais les envies, ça diffère selon les organismes, de tout un chacun peut être pour moi... De nature je suis d'abord très calme, ça m'a encore rendu très calme, si c'est que tu es violent, ça va te rendre plus violent, c'est tout...

Moi je , Quand tu vois je suis en train de causer avec quelqu'un, ça veut dire que la personne a ouvert le débat le premier mais je vais jamais venir dire que ma stuip, tu sais qu'aujourd'hui j'ai eu un envie fou de vouloir fumer, je me suis retenu jusqu'à maintenant tu sais, je vais dire ça, je sais qu'elle va dire automatiquement que c'est bien, même s'il reste là , donc les petits mots de motivation, moi ça m'a dérégulé du cerveau, quand tu m'encourage je chute une fois, quand tu encourage le porc, il casse la porcherie, j'aime un peu ça, j'aime fournir des efforts de moi même, même parfois je m'en fou de l'appréciation des autre hein, même quand tu veux dire que c'est bien yekieeee, vaut mieux tu attends je finis hiiiiiiii (en souriant) parce que une fois que tu me dis déjà que c'est bien, quand je n'ai pas finis là aka tout le reste nooor ah ça serai le bricole, de bricole même aussi, que j'ai fait environ 2h de temps aujourd'hui pour faire ce que les gars ont fait 3 semaines et de sortir dedans donc...

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

6 Interprétation des résultats et discussion

Ce dernier chapitre de notre étude est consacré à l'interprétation et la discussion des résultats à l'issue de leur mise à l'épreuve tout au long du chapitre précédent. Ainsi, rendu à ce niveau de la recherche, nous devons mettre à la lumière du jour le contenu latent de nos résultats obtenus, pour en tirer des conclusions, évaluer les implications pour pouvoir formuler des suggestions qui doivent aboutir à de nouvelles recherches. En ce sens, nous allons commencer par la synthèse des dits résultats ensuite nous allons les interpréter à la lumière des théories sur lesquelles s'étaient notre étude. En continuant notre travail, nous ferons une discussion sous l'égide de la littérature existante à propos du craving et des questions de symbolisation. Nous terminerons par les implications et les perspectives de notre étude.

6.1 Synthèse des résultats

Les résultats ayant fait l'objet du précédent chapitre ont été collectés au moyen de l'entretien semi-directif, et de la passation du test de l'arbre de Koch auprès de deux (02) participants rencontrés au Centre la Vie (CSAPA). Il s'agit notamment de deux patients réguliers de ce centre que nous avons rencontré durant notre séjour au centre. Agés entre 25 et 29 ans, ils ont été sélectionnés à partir des scores obtenus à l'issue de la passation de l'OCDS et le HANIL. Ces scores présentaient une présence des envies compulsives et pensées obsédantes relatives à la drogue pour ce qui est de l'OCDS, et une présence modérée de l'insight dans les score du HANIL.

L'analyse thématique que nous avons effectuée s'est fait autour de quatre thèmes : la gestion des envies, des désirs irrésistibles de consommation, la présence de la figure maternelle dans l'enfance, la séparation entre sujet et objet de plaisir, la présence de l'environnement référent dans l'accompagnement du toxicomane (partage de la souffrance avec le personnel du centre et la familial).

Le craving dans cette étude survient du fait que les participants se rendent au centre pour une prise en charge de leur addiction à la substance drogue dans une période entre Avril et

Mai 2024. En commençant le processus de sevrage, on va faire un travail de prise en charge avec des traitements médicamenteux, des psychothérapies, des conseils, des entretiens et des encouragements pour laisser peu à peu la consommation. Maintenant à son niveau, le toxicomane doit pouvoir faire une bonne gestion de ses désirs, de ses envies de consommation pour pouvoir les surmonter et laisser peu à peu le comportement de consommation.

La gestion de ces envies et désirs de consommation sont d'autant plus importants lorsque le sujet rentre dans un environnement de base, c'est-à-dire son milieu de vie, avec famille, car il va ressentir encore plus d'envie, plus de désirs à consommer dans des états émotionnels négatifs, lorsqu'il voudrait exprimer une souffrance interne profonde, lorsqu'il aura des pensées relatives à vouloir apaiser une tension. L'avènement de ces difficultés chez Stan et Brad sont des moments de tension qui se manifestent même physiquement, on assiste là à une somatisation d'un trouble psychique. Les sujets se retrouvent coincé dans cette boucle et le seul moyen de se libérer de cette souffrance c'est la satisfaction de la pulsion ; c'est-à-dire la prise de la drogue d'où le rechute observé chez eux. Il se crée alors chez eux alors un sentiment de culpabilité, de vulnérabilité ce qui peut les conduire à être alexythimique, à un manque d'émotion face à leur famille.

Les discours des participants sur la gestion de leur pensées obsédantes et envies compulsives à la consommation du cannabis montrent que la situation de craving est difficile à gérer pour eux car bien étant conscient du fait que le cannabis est quelque chose qui nuit gravement à leur santé physique et mentale, ils n'ont pas ce pouvoir de décision d'arrêt définitif sur ce comportement de consommation. Le patient se sent dépossédé de toute faculté de décision, se sent vulnérable au cannabis, se sent possédé et en manque de moyen pour pouvoir sortir de cet emprise dans lequel il se trouve. Comme les patients ont des projets d'avenir et voudraient définitivement abandonner la drogue, ces derniers une fois dans leur environnement primaire (maison) essayent d'élaborer des stratégies, des techniques pour pouvoir contrecarrer ces envies compulsives et pensées obsédantes liées au cannabis. Mais après résistance à l'envie, et abstinence d'une semaine sans consommer, nous observons toujours la rechute, et dès fois, avec récurrence c'est-à-dire que le patient replonge et augmente les doses.

Ce qui est à l'origine de la rechute chez nos participants, c'est un blocage d'un niveau de la symbolisation, notamment dans la symbolisation secondaire où le sujet doit pouvoir représenté ses affects à travers le mot, la parole qu'il donne à son vécu, l'expérience qu'il doit

pouvoir partager, qu'il doit pouvoir relater non seulement au personnel du centre, mais beaucoup plus au niveau de sa famille. Le sujet toxicomane doit pouvoir partager sa souffrance car comme le souligne Nguimfack (2016) : « *C'est tout le monde qui se sent concerné lorsqu'un membre de la famille est malade* ». Par cette idée, l'on doit comprendre qu'un problème de santé mentale n'est pas une donnée subjective au sein d'une famille, mais c'est quelque chose qui se vit ensemble, qui se partage ensemble, et se traite ensemble, notamment dans nos familles Africaines.

La rechute est exprimé ici en terme d'incapacité de symboliser ses affects, ses expériences, son vécu pour pouvoir le verbaliser et le partager à son entourage, et surtout à son environnement référent qui est sa famille dans laquelle il vit. La famille est présente lorsque les patients arrivent pour la première fois au centre. La famille, souvent plus la mère du sujet, accompagne et essaye d'encourager son fils à laisser sa conduite dans la consommation. Et, tels que présenté dans les discours des participants, leur famille fait cet effort d'encouragement, cet effort d'accompagnement, cet effort de motivation à laisser la drogue. Mais le sujet se montre non intéressé face à leur empathie, à leurs efforts d'encouragements ; il ne partage pas cette expérience difficile qu'il vit à sa famille, cette famille qui est le cadre dans lequel il passe la plus part du temps de sa vie.

L'étude a ressorti un aspect dans la capacité de symbolisation, notamment la symbolisation secondaire, celle qui se fait à travers l'expression du mot dans l'élaboration des affects, d'une expérience subjective. L'étude montre que cette dernière n'est que possible lorsqu'on arrive à partager, à discuter, à échanger avec son environnement référent de ses difficultés, de ses problèmes, des défis, des ressentis, qu'on éprouve par rapport à une situation. Par ailleurs, cette capacité de symbolisation viendrait renforcer la conscience de trouble, la nécessité de demander de l'aide et l'abandon de la consommation.

6.2 Interprétation des résultats

Dans cette section, nous interprétons les résultats de notre étude au regard de la théorie psychanalytique de la symbolisation. Elle est utilisée pour comprendre la capacité qu'on a à pouvoir se représenté une expérience subjective afin de pouvoir l'élaborer symboliquement.

6.2.1 Application de la théorie psychanalytique de la symbolisation

Commençons par rappeler que Freud (1923) définit la psychanalyse comme : « *le nom d'un procédé d'investigation des processus psychiques, qui autrement sont à peine accessibles, d'une méthode de traitement de troubles névrotiques, qui se fonde sur cette investigation, et d'une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui fusionnent progressivement en une discipline scientifique nouvelle* ». (Desprats-Péquignot, C. 2002). Ici, il est question d'investiguer dans le psychisme du sujet pour comprendre les notions de symbolisations, pour pouvoir comprendre son lien au craving, son influence sur l'insight et son explication dans la capacité du sujet à pouvoir résister à ses pensées obsédantes, et ses envies compulsives de consommation.

En admettant la théorie de la symbolisation de Roussillon, (1999) et Brun, et Roussillon, (2016) sur la symbolisation, la symbolisation primaire est celle qui se fait à partir d'une première inscription essentiellement perceptive à partir de la représentation d'une chose. Pour qu'il puisse avoir symbolisation primaire, il faut au préalable une symbolisation en présence de l'objet, d'où l'importance de la présence maternelle chez le bébé. Par la suite, il faut une séparation entre le sujet et son objet de plaisir, opération qui consisté à le substituer avec un autre objet assez représentatif. La symbolisation secondaire à son tour associe la représentation de la chose symbolisée par la représentation symbolique du mot. Elle s'appuie sur la différence entre trois types d'inscription psychologique de l'expérience vécue. Il s'agit de l'inscription de la trace mnésique perceptive, de la trace inconsciente, et de la trace verbale préconsciente (Di Rocco, V. 2006 p.259).

À la lumière de cette démarche psychanalytique sur la symbolisation, nous tentons donc de mettre en surface “la capacité de symbolisation du toxicomane dans la gestion du craving ” à partir de la présence de la mère dans le développement de l'enfant qui est aujourd'hui sujet toxicomane, de la séparation entre le toxicomane et l'objet drogue son objet de plaisir, et la capacité du toxicomane à partager son vécu à son environnement référent qui est la famille.

6.2.1.1 La présence de la figure maternelle dans la symbolisation primaire

Le travail de la symbolisation primaire est un travail de transformation de la trace mnésique en représentation et aussi un travail de transformation du rapport du sujet à la trace mnésique des expériences antérieures. Ces expériences dépendent à priori de la capacité

réflexive non seulement des préconceptions et de l'appareillage inné du sujet, mais aussi de la contribution de l'environnement premier et en particulier de l'environnement maternant.

Winnicott (1971) est sans doute celui qui a le plus contribué à donner toute sa place à la mère dans la mise en place de la fonction réflexive en avançant, dans le prolongement du « stade du miroir » de Lacan, le concept de « miroir du visage maternel » et sans doute, au-delà du visage, de tout le mode de présence de la mère et de l'environnement maternant. Tout ce travail psychologique est nécessaire pour qu'on puisse parler de symbolisation primaire chez le sujet. Le sujet toxicomane étant déjà jeune adulte comme dans notre étude, il faut pouvoir entrer dans son discours voir s'il y'a eu cette présence de l'environnement maternant durant l'enfance du sujet.

A ce propos, nous voyons avec le discours de Brad : *« Bon j'ai grandi en fait avec mes 2 parents, et c'est en première qu'ils se sont séparé et c'est en première que j'ai commencé à redoubler les classes, j'étais le plus touché en fait dans leur choses, donc je vivais la scène comme si c'était moi-même, sans connaître d'abord ce que je vivais avec les échecs et tout contribue donc tout ça s'accumulait, c'est donc ça qui a déclenché tous les troubles là... »*

Nous voyons dans le discours que Brad qu'il y'a eu la présence de sa mère dans son enfance. Mais durant son développement, il fait face à une situation assez traumatisante pour lui. C'est la raison pour laquelle sur son arbre on retrouve la présence d'un tronc entaillé, ce qui révèle la présence d'un traumatisme. De plus la symbolique spatiale de son arbre montre que plus de la moitié du tronc et des racines de son arbre sont à gauche, ce qui montre la présence des conflits passés notamment l'amertume envers la situation de séparation entre son papa et sa maman, la lutte dans ces idées de persécution et une fixation sur cet évènement.

Chez Stan, lui également a grandi avec sa maman, à la question de savoir quels sont les rapports qu'il entretient avec sa maman, il donne le discours suivant : *« Oui il y en a bien, il y'a la possibilité donc je vais dire on s'entend quand même... »*

A la question de savoir si sa maman lui donnait ce qu'il voulait lorsqu'il demandait, Stan répond : *« Ah elle me montrait comment chercher, comment faire pour obtenir, je ne peux pas aussi trop m'en souvenir de ça... mais j'avais les possibilités, elle me donnait quand même... »*

De ce qui précède, la fonction symbolisante de l'objet lorsqu'il y'a d'abord eu une première symbolisation chez le toxicomane qui s'est effectué chez lui dans son stade de

développement psychosexuel avec la présence de sa mère, car c'est elle qui permet l'élaboration de ce construit psychique. Lorsqu'il y'a pas eu cette première forme de symbolisation, le sujet devient assez fragilisé sur le plan psychique comme le Moi lorsqu'il n'arrive plus à mettre en place des mécanismes de défense pour protéger le psychisme. D'où la nécessité de l'environnement maternant de bébé qui deviendra sujet pour cette première forme de symbolisation. Dans nos résultats, on observe la présence de cette figure maternelle chez nos participants mais vu la relation à l'objet de plaisir, cette relation n'a pas été efficace.

6.2.1.2 La Séparation entre le sujet et l'objet drogue dans le processus de symbolisation

Toujours dans la symbolisation primaire, après la présence de la mère chez l'enfant, au fil de son développement, cet enfant doit également pouvoir expérimenter l'absence de la mère pour apprendre à comprendre sa propre singularité. Alors, l'enfant doit pouvoir créer un objet qui remplace la mère en fonction de ses besoins et de ses pulsions (Winnicott, 1969). L'absence trop prolongée de l'objet de plaisir va laisser l'enfant dans un état trop angoissant, qui empêcherait à l'enfant de penser et ce manque ne permettrait pas à l'enfant d'expérimenter le principe de réalité.

Une fois rendu à l'âge adulte, le toxicomane est dans ce modèle où il doit pouvoir faire une séparation entre son objet de plaisir (drogue), et lui-même afin de pouvoir faire un travail de symbolisation de ses affects pour une bonne gestion du craving. Nous voyons avec Bonnet (2016) qu' « *il n'y a pas de symbolisation possible sans l'intervention d'un objet intermédiaire* » (Bonnet, G., Brun, A., & Roussillon, R., 2016 p. 68). En effet, pour que l'expérience subjective soit représentée, il doit pouvoir une séparation entre la personne et l'objet qui s'instaure très tôt dans l'existence, et sans la castration symbolique grâce à laquelle l'objet en question s'inscrit dans la logistique des échanges quels qu'ils soient. Sans ces conditions au préalable, il ne peut vraiment Il ne peut y avoir symbolisation (Bonnet, G., Brun, A., & Roussillon, R. 2016. p. 68).

Nous observons à travers nos entretiens avec les participants qu'il y'a pas une véritable séparation entre l'objet de plaisir et eux, ni une substitution de l'objet-drogue (le sujet n'arrive pas trouver un objet intermédiaire à son objet de plaisir).

Nous le voyons avec Brad lorsqu'il dit :

« A part Dieu il y'a plus rien d'autre hein, je ne sais pas ce qui m'intéressé au point où je n'ai pas d'abord de préférence à quelque chose que ce soit nourriture, ou... parce que moi je mange tout, j'accepte tout, je n'ai pas de préférence... »

Il continue en affirmant que: *« Humhum présentement rien, humhum »*

Nous voyons avec l'arbre de Brad qu'au niveau du tronc, la base est élargie, ce qui révèle d'un blocage de la charge affective liée au passé, nous voyons également qu'au niveau de la base de l'arbre, elle est recouverte par des touffes d'herbe, ce qui montre un besoin de masquer les problèmes sexuels. Ce qui explique le fait qu'il est bloqué non seulement au niveau de la séparation entre son objet de plaisir actuel et la substitution avec un objet intermédiaire. Pour lui, la consommation est l'expression de ce blocage de charge affective lié au passé, et la traduction des pulsions sexuels inhibés.

Stan lui par contre nous donne un discours un peu différent lorsqu'il affirme que :

« Ouais ouais, J'aime la tranquillité, j'aime comment dire, être posé, donc souriant toujours, pas de... on ne doit pas se fâcher, on ne doit pas penser aux mauvais trucs, stuiip c'est ça, à peu près... »

Il ajoute également : *« J'aime les fruits de mers oui, tout ce qui sort de la mère moi je mange, parce que moi j'aime ça, c'est les plus adoré dans ma vie aussi... »*

Et à l'idée de savoir comment est-ce qu'il va réagir si on venait à lui enlever ces choses qu'il aime, il répond:

« Là-bas c'est compliqué hein ça serait compliqué, parce que à la maison ils m'ont amené un système que comme ils connaissent que j'aime le poisson, ils ont enlevé maintenant il y'a plus le poisson, je suis obligé d'aller acheter dehors, et quand j'achète dehors c'est différent de ce que... la maison, tu vois, donc ça m'amène un peu, ... ça dérange pas trop mais c'est normal aussi mais je vais m'adapter, je m'adapte aussi donc... »

Nous voyons avec Stan que bien qu'il essaye de trouver des objets intermédiaires à son premier objet de plaisir, nous voyons qu'il y'a toujours pas cette séparation entre lui et l'objet primaire de séparation avec la drogue.

Au niveau de la symbolique spatiale, nous voyons que la majorité de l'arbre de Stan dans la partie haute droit de la feuille, ce qui renvoi aux aspirations, ambitions, futurs du sujet,

nous pouvons l'observer avec la réponse de la question 6 au questionnaire où il répond : « *C'est un arbre de l'avenir, parce que qu'il me fait penser à mon avenir aussi* », et également la question 7 « *Non ça pas encore atteint sa maturité c'est en pleine croissance encore, parce que il lui faut au moins 7 à 8 ans pour qu'il doit être...* ». Stan aspire à un état de mieux être où il pourra y être sans consommation, mais il n'arrive pas à faire cette séparation entre son objet de plaisir et lui ; nous le voyons avec le dessin de son arbre où la base du tronc forme la base du sol (pas de ligne de sol sous l'arbre) ce qui relève du manque de confiance en soi, et de l'incapacité de rassembler des idées objectivement ; les branches non raccordées montrent une personnalité déstructurée et les branches qui s'entrecroisent dans la frondaison montrent une contradiction intime.

L'absence de l'objet de plaisir, amène le sujet à faire corps avec l'objet drogue qui lui pose problème, le toxicomane se fait le symbole vivant de ce qu'il veut cacher, ce qui l'amène dans les états extrêmes d'envies de consommation, d'où la pression de consommation et son lien à la rechute.

Nous pouvons l'observer avec Brad qui décrit l'état dans lequel il se retrouve lorsqu'il est persécuté par les pensées obsédantes, et désirs compulsifs de consommation. Il affirme :

« Bon généralement, quand ça me prend, je suis tendu mais je ne réplique pas à la première tentation, c'est du genre quand ça vient, je fais tout pour oublier enflait, donc j'essaie de faire une activité, qui va me permettre de me déconcentrer à ça mais l'esprit reste toujours figé sur ça jusqu'à jusqu'à parce que pour moi ma période c'est lorsque j'ai déjà dépassé le matin sans fumé donc c'est une période vraiment déterminée oui traversé ça n'est souvent pas facile hein, surtout quand tu es habitué parce que ça fait souvent comme si tu es peut être devant le corps de la femme nonn, tu es excité en fait, donc c'est un peu cet excitation donc tu montes tu descends... »

6.2.1.3 Le partage du vécu envers l'environnement référent dans l'accompagnement du toxicomane (personnel soignant et famille) dans la symbolisation secondaire

Comme vu au chapitre 5, Roussillon nous renseigne sur le fait que l'appareil de langage reprend l'action, l'affect, la représentation de chose, il a cette capacité de transmettre du corps tout autant que de la scène et du sens. Mais l'utilisation du langage ne se construit que petit à petit dans le temps. La symbolisation si elle peut s'effectuer dans l'intimité d'un travail intrapsychique et intersubjectif, elle prend ses racines et ses sources dans la relation avec un

objet autre sujet qu'est investi par le sujet d'une fonction symbolisante. (Roussillon, R. cité par Di Rocco, V. 2006 p.262).

Comme vu précédemment la symbolisation primaire s'effectue lorsqu'on a cette capacité à pouvoir représenté son vécu en contenu psychique. Lorsque cet affect est représenté en contenu psychique, par la suite, il doit avoir une représentation de ce mot. Ce vécu doit être représenté en mot afin d'être partagé, d'être verbalisé. C'est ainsi que se met en place la symbolisation secondaire. Le mode par lequel s'effectue ce travail psychique est la parole. Il moyen d'expression couramment utilisé est le langage verbal. La symbolisation à travers la verbalisation permet de reconnaître et d'explorer l'ensemble des effets complexes d'un événement sur un sujet, notamment dans son discours inconscient. La symbolisation permet au sujet d'attribuer subjectivement un sens aux événements qu'il vit, le sens s'énonce principalement par la parole pour être accessible à l'autre.

Nous voyons à travers ce volet théorique que pour pouvoir symboliser, le toxicomane doit pouvoir verbaliser le vécu de sa souffrance, qu'il doit pouvoir partager des difficultés à faire face aux pensées obsédantes et envies compulsives de consommation de cannabis.

Nous voyons avec Stan au sujet du parler de ses difficultés à gérer ses envies au personnel soignant, il répond : « *Oui, j'ai parlé une ou deux fois, elle m'a prescrit certains remèdes la donc stuip, hummmm j'ai peur de l'expliquer certains problèmes, on dirait que elle, elle connaît tout, elle lit beaucoup, elle m'aide beaucoup, elle me donnait certains formules, certains remèdes, comment faire pour arrêter, à un moment quand je sentais l'odeur de la cigarette ah, je n'en voulais plus...* »

Brad donne un discours un peu différent à ce sujet lorsqu'il affirme : « *Non non, non non, non non, déjà c'est du tic au tac, lorsqu'on me pose une question de répons, c'est tout mais je vais jamais venir dire que comme j'ai tel envie, je veux, d'avoir ou quoi que ce soit...* »

Ce dernier affirme ne rien pouvoir dire lorsqu'on ne lui pose pas de question lorsqu'il dit : « *Oui je ne répons pas...* »

Nous voyons avec l'arbre de Brad que la membrane qui recouvre la frondaison révèle son côté timide, renfermé, triste. On observe également des branches à traits uniques, de formes souvent anguleuses ce qui soulève une nervosité, une immaturité, une régression, et une absence de contact. Le tronc rugueux de son arbre montre également des difficultés de contacts. Le discours de Brad et l'interprétation sur son arbre montrent le fait qu'il est un jeune

homme assez renfermé, qu'il ne s'ouvre pas facilement à son entourage, c'est la raison pour laquelle même arrivé au centre pour accompagnement, il a cette difficulté de contact, de faire confiance comme il explique dans son discours :

« Très difficilement, parce que pour moi la confiance n'existe plus, même si c'est qu'on m'a parlé de toi que tu es l'homme le plus confiant, mais il y'a un soucis, quand je serai toujours avec toi, s'il y'a un souci de garde, et un autre côté de consent mais je m'ouvre pas totalement comme ça... »

Il continue ainsi en ce sens :

« Puuuuufffff bon on dit souvent que l'homme change en fonction de son environnement, j'ai eu une expérience un peu... un peu bizarre où chaque personne avait qui j'accordais ou je causais finissais toujours par casser la relation donc stuip... »

Un autre aspect dans la symbolisation secondaire est celui de voir si l'environnement primaire du sujet, c'est-à-dire la famille joue le rôle d'accompagnateur du toxicomane dans l'arrêt de consommation comme vu au chapitre précédent. Ferenz (1934) a sans doute été le premier à mettre l'accent sur le fait que l'un des composants majeurs des situations traumatiques, est la capacité de l'environnement référent à accompagner ou interdire l'élaboration de son impact intra subjectif (Brun, A., & Roussillon, R., 2016). Dans les cas de toxicomanie, l'environnement référent qui est le cadre familial dans lequel le sujet vit est un facteur déterminant pour l'encouragement du sujet dans la bonne ou la mauvaise gestion de ses envies de consommation. Avant qu'il ne se rende au centre pour accompagnement, c'est la famille qui joue le premier rôle pour que le sujet prenne conscience qu'il souffre et qu'il doit rechercher de l'aide ; c'est à ce niveau que commence le premier niveau d'insight. Même durant les périodes de sevrage, une fois le sujet dans cet environnement primaire qui est son milieu familial, ce milieu se force de l'encourager. Mais pour aboutir à ce dernier niveau de symbolisation, le sujet doit pouvoir verbaliser, partager son vécu, et son ressenti, dans ses difficultés à gérer ses pensées obsédantes, envies compulsives liées à la drogue, et même de ses rechutes, des moments où il craque, et ne supporte. Or nous observons avec nos participants un renfermement total envers leur famille.

Ainsi, à la question de savoir si la famille l'encourageait dans sa guérison, Brad pouvait répondre : *« Oui oui famille maternel, ... »*

Il continue en ajoutant : *« Hum oui parfois mais parfois dans les élans de colère, il y'a certains mots qui s'échappent hein... »*

Au sujet de savoir s'il verbalisait avec sa famille au sujet de sa consommation, il répond : *« Non seulement quand on me pose des questions ... »*

Il affirme également : « Hum-hum parce que c'est moi qui gère mes envies non ? est-ce que quelqu'un va se placer et dire que il va te demander que le gâteau ci a quel gout ? dans ta bouche tu sens sucré, quelqu'un d'autre va sentir que c'est amer ou bien , les envies diffèrent en fait, tu vas t'asseoir et dire que tu maîtrise les envies en fait, je connais les envies, ça diffère selon les organismes, de tout un chacun peut être pour moi,... De nature je suis d'abord très calme, ça m'a encore rendu très calme, si c'est que tu es violent, ça va te rendre plus violent, c'est tout... »

« Toujours dans son discours : Moi je , Quand tu vois je suis en train de causer avec quelqu'un, ça veut dire que la personne a ouvert le débat le premier mais je vais jamais venir dire que man stuip, tu sais qu'aujourd'hui j'ai eu un envie fou de vouloir fumer, je me suis retenu jusqu'à maintenant tu sais, je vais dire ça, je sais qu'elle va dire automatiquement que c'est bien, même s'il reste là , donc les petits mots de motivation, moi ça m'a dérégulé du cerveau, quand tu m'encourage je chute une fois, quand tu encourage le porc, il casse la porcherie, j'aime un peu ça, j'aime fournir des efforts de moi même, même parfois je m'en fou de l'appréciation des autre hein, même quand tu veux dire que c'est bien yekieeee, vaut mieux tu attends je finis hiiiiihiii (en souriant) parce que une fois que tu me dis déjà que c'est bien, quand je n'ai pas finis là aka tout le reste nooor ah ça serai le bricole, de bricole même aussi, que j'ai fait environ 2h de temps aujourd'hui pour faire ce que les gars ont fait 3 semaines et de sortir dedans donc... »

Au niveau de l'arbre de Brad, nous pouvons observer un tronc rugueux, ce qui montre des difficultés de contacts, nous observons également la présence d'objet divers dans la frondaison, ou l'environnement d'où le besoin d'échange et de contact. Nous avons un tronc ouvert à la base ce qui marque le désir d'ouverture, et un arbre grand qui montre un besoin d'importance. Pourtant, nous voyons sur son arbre un objet situe à droite du tronc, ce qui révèle un projet d'avenir, mais la frondaison, les branches qui se heurtent en haut de page montrent la présence d'un sentiment d'insatisfaction, de ne pas réaliser toutes ses aspirations, d'un malaise consécutif à une mauvaise réalisation de soi, d'un problème d'adaptation à la vie. Brad présente des difficultés de contact, le refus de s'ouvrir non seulement à sa famille, mais également au milieu extérieur, nous le voyons dans ses propos lorsqu'il affirme :

« Je n'ai pas d'amis..., sérieux ekie, quand je dis ça, les gens croient je blague je marche seul, je fais mes choses seule, je fais tout pour ne pas avoir besoin de quelqu'un donc je fais le maximum pour ne pas demander à quelqu'un , c'est quand je suis vraiment coincé et que je n'ai pas d'issus, c'est là que je me rends petit, et je demande mais se sont les choses rares que quand ça se passe, il faut même filmer pour mettre dans l'agenda hiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiii (en souriant) parce que je suis d'abord préparé en avance, je ne fais rien pour rien si peut être demain, je suis, j'ai une sortie, par exemple, je sais que ma sortie, aujourd'hui, je commence à faire le petit devis de ce que je vais commencez et tout et tout, peut être le devis de ma sortir sera taxi, et ce que je vais consommer, tout tout tout, bon dans toute mes dépenses, peut être je vais dépense 5 mil, je sors au moins avec 7mil 8 mil, c'est un peu comme ça que je... je suis un peu trop prévoyant... ».

La symbolique spatiale de son arbre montre que le tronc, et la base du tronc sont plus du côté gauche et bas de la feuille, ce qui montre une introversion, une intimité, une prise de distance avec les autres. Au niveau des conflits, on peut observer l'amertume, la déception, le refuge en lui-même, car il y'a une fixation au niveau du traumatisme subit avec la séparation de ses parents. Bien que Brad a des projets d'avenir, rêve d'un monde meilleur, il est toujours accroché à son passé. Le tronc de son arbre légèrement à gauche et une partie de la couronne déplacée vers la droite montre une introversion ambivalence chez Brad. Dans cet état d'ambivalence, il préfère se renfermer sur lui-même, il se dit pouvoir surmonter lui seul son vécu.

Selon Sztulman (2010), « *l'addiction serait spécifiée par une phobie de penser qui s'exprime dans l'intolérance absolue à la frustration et à la douleur psychique non élaborée, dans l'incapacité à représenter, à conflictualiser et à symboliser d'où les difficultés de communication* ». Ce que nous pouvons observer avec Brad où la consommation est la voie d'expression de sa souffrance, de son vécu, de ses difficultés et même à chaque difficulté rencontrée, à chaque stimulation externe, fumer un filon de cannabis est la solution dans la résolution du conflit interne.

Stan également au sujet de savoir si la famille l'encourage à aller dans un état de mieux être, il pouvant répondre : « *Ouais la famille m'encourage, oui ils m'encouragent, il montre les possibilité, comment rester avec moi, comment vivre avec moi sans me mépriser, sans m'insulter, donc les gestes me prouvent déjà beaucoup... ils connaissent, ça se voit non, les comportements sont différents, avant je dormais à 23h, maintenant 21h, 21h30 je suis là je dors je dors même à 23h pour me réveiller à 3h maintenant à 5h je suis debout, je suis debout ou bien avant c'était si je me suis trop levé c'est 6h, même 6h là maintenant ne me trouve pas que je suis couché, 5h je suis debout...* »

Maintenant, au sujet de savoir si Stan lui il arrive à parler avec sa famille de ses problèmes à faire face à ses envies, il répond : « *De la fumé ? Non je ne peux pas parler, mais une petite que je peux quand même parler oui, que je te parle de 60% là oui je la décris quand même oui elle comprend tu vois un peu, ça avance...* »

Il continue en disant : *Non on ne peut pas parler de ça, ceux qu'on parle de ça, ils vont toujours croire que je suis dedans, ils vont dire que jamais le type là va laisse...*

Nous voyons que la majorité de l'arbre de Stan se trouve dans la partie haute et droite de la feuille, ce qui renvoi aux aspirations, ambitions, futurs du sujet, nous pouvons l'observer avec la réponse de la question 6 au questionnaire où il répond : « *C'est un arbre de l'avenir, parce que qu'il me fait penser à mon avenir aussi* »,et également la question 7 « *Non ca pas encore atteint sa maturité c'est en pleine croissance encore, parce que il lui faut au moins 7 à 8 ans pour qu'il doit être...* ». De plus, Stan est un sujet sociable, dont les projets se résument à un monde meilleur où il ne consomme pas d'où sa réponse à la question 8 « *Mon arbre ? Il a besoin comme je peux dire, présentement, donc il n'a pas, il a besoin de... je sais pas quoi dire, donc pas de brutalité, on doit pas couper ses feuilles, on doit pas,... parce que il doit encore beaucoup grandir, il doit encore produire les feuilles, les branches, ...* »

Mais au niveau de son arbre, la base du tronc forme la base du sol (c'est-à-dire qu'il y'a pas de ligne de sol sous l'arbre) ce qui montre un manque de confiance en soi et, une incapacité de rassembler des idées objectivement. Les branches non raccordées révèlent une personnalité déstructurée d'où l'incapacité à pouvoir verbaliser sa souffrance à sa famille. Bien que Stan se motive par des aspirations futures, d'avenir, il est bloqué sur le fait de ne pas trouver en lui des ressources nécessaires dans l'arrêt de consommation. Un autre élément fondamental dans l'explication de sa rechute soit son quartier de résidence. En effet, Tsinga étant un quartier mouvementé, il est très proche des quartiers la brique dont on ne présente plus la popularité, et Mokolo. Ces deux quartiers précédents sont l'un des facteurs dans l'explication de la rechute chez Stan.

6.3 Discussion des résultats

Ici, il est question pour nous de confronter les résultats acquis dans cette étude avec ceux obtenus dans les recherches précédentes. Ainsi, cette discussion se fera suivant cinq principaux axes. Le premier axe est celui des résultats auxquels nous sommes parvenus ; le deuxième axe porte sur les différentes lectures autres que la nôtre ; le troisième axe interroge les autres orientations théoriques ou méthodologiques que nous aurions pu déployé pour rendre le travail encore meilleur ; le quatrième porte sur les facteurs d'adaptation, et enfin le cinquième sur ce que nous avons néanmoins fait pour que le travail soit scientifique

6.3.1 Les résultats auxquels nous sommes parvenus

Dans cette partie, nous présentons les résultats auxquels nous sommes parvenus en présentant ceux similaires à ceux non similaires

6.3.1.1 Résultats similaires

La mère doit pouvoir jouer un rôle important dans l'enfance du sujet, elle doit pouvoir assumer un rôle de pare-excitation et s'assurer que l'enfant vivra le moins de tensions possible. McDougall (1989, 2001) écrit que lorsqu'une relation mère-enfant n'a pas permis l'élaboration d'une mère qui permet de supporter l'absence, les sujets passent leur vie à chercher dans les autres une solution à leur détresse. Ainsi, les résultats nous montrent que la relation à l'objet aurait failli, sur certains plans, à fournir au sujet certaines fonctions essentielles à son développement et c'est ce substitut d'objet (objet de plaisir) qui vient à pallier aux fonctions déficitaires, d'où la rechute observée chez nos participants.

De plus, la consommation est l'expression de ce blocage de charge affective lié au passé (événements traumatisant de Stan au Maroc et séparation des parents de Brad), et la traduction des pulsions inhibés.

L'absence de l'objet de plaisir, amène les sujets à faire corps avec l'objet drogue qui lui pose problème, les toxicomanes se font le symbole vivant de ce qu'ils veulent cacher, ce qui les amènent dans les états extrêmes d'envies de consommation, d'où la pression de consommation et son lien à la rechute.

Nos résultats vont en droite ligne avec les études de Filion (2016), qui montrent que le sujet toxicomane n'ayant pas pu introjecter un objet complet, contenant et symbolisant, se tourne vers un processus plus près de l'incorporation de ses objets avec un recours à la drogue qui deviendra éventuellement un objet-fonction substitutif aux carences fonctionnelles du sujet. En utilisant une drogue pour pallier à une fonction déficitaire de l'objet, les toxicomanes créent alors une relation à un objet externe « réel et concret » capable d'apaiser et de combler le besoin fonctionnel auquel ils font face. L'objet drogue se trouve rapidement surinvesti et idéalisé dans son rôle fonctionnel. Le toxicomane met en place une « pratique de l'incorporation » (Gutton, 1984) où l'objet réel est constamment remis à l'intérieur afin d'arriver à en intégrer momentanément les fonctions. La drogue devient donc objet, fidèle et contrôlable, qui permet de rétablir un certain équilibre face aux carences psychiques. La drogue en vient à remplacer cet objet primaire (Filion, B., 2016 p. 52).

Deuxièmement, la symbolisation permet au sujet d'attribuer subjectivement un sens aux événements qu'il vit, le sens s'énonce principalement par la parole pour être accessible à l'autre. Nos résultats nous montrent qu'il y'a cette difficulté de partage de souffrance, des difficultés à arrêter la consommation chez les toxicomanes. Dès lors, la consommation est la voie d'expression de sa souffrance, de son vécu, de ses difficultés et même à chaque difficulté

rencontrée, à chaque stimulation externe, fumer un filon de cannabis est la solution dans la résolution du conflit interne. La reconsommation, apparaît ici comme un soulagement, et non comme une rechute (comme on l'aborde dans le jargon des addictions) pour le sujet.

Ces résultats vont également dans le même sens des travaux de Farges (2000) qui montre que le fonctionnement alexthymique est suspect parmi les sujets présentant des conduites addictives. Nous comprenons que c'est ce caractère qui bloque le processus secondaire de la symbolisation, en mettant le sujet dans un état de manque extrême, et comme il n'a pas la capacité à verbaliser ses émotions, l'issue de secours, c'est le calmement par la drogue. Farges et al. (2004) définissent l'alexthymie comme un concept multidimensionnel associant une composante cognitive centrée sur l'utilisation d'une pensée concrète, et peu introspective. Dans les résultats de leurs travaux, ils trouvent que l'alexthymie dans les populations des toxicomanes, est indépendante des variables sociodémographiques. Ce qui est étroitement lié à nos résultats qui montrent le caractère alexthymique que développe les participants, ne les favorise pas dans cet échange, ils sont centrés sur leur personnes, ils refusent de pouvoir échanger avec leur famille au sujet de ce qu'ils vivent sur le plan physique, psychologique, et émotionnel.

6.3.1.2 Résultats différents

Cependant, nos résultats diffèrent de ceux de Nguimfack, (2016) dans son article «*Psychothérapie des familles camerounaises confrontées à la sorcellerie : intervention systémique auprès de la famille d'un enfant délinquant* ». Il montre dans son travail que la forte croyance en la sorcellerie au Cameroun et sa convocation régulière dans l'explication de certains faits ou phénomènes fait qu'ici, la maladie, dans la mentalité des peuples, a toujours une origine exogène et non endogène. Celle-ci n'est pas interprétée comme un simple désordre organique ou psychologique chez un individu, mais comme un phénomène social, c'est-à-dire un mal-être dans la culture. Elle est un indicateur de conflit ou de perturbation des rapports sociaux. C'est tout le monde qui se sent concerné lorsqu'un membre de la famille est malade.

Dans une recherche qualitative, et à travers le cas Kamga, il montre dans ses résultats que la sorcellerie est très souvent évoquée dans les familles aisées comme la cause des conduites délinquantes et de comportements frauduleux (consommation d'alcool, de drogues) chez leurs enfants adolescents. Ainsi, le recours aux tradithérapies et aux thérapies religieuses pour soigner le jeune délinquant est courant dans ce contexte.

Par la suite, Tsagbe, Tagne, et Mguimfack (2023) dans leur article portant sur « *les signifiants culturels dans la subjectivation de l'image corporelle : le cas de trois adolescents scolarisés dépendants des substances psychoactives* » vont dans le même sens que la précédente étude. Leur étude pose le problème de la subjectivation des troubles de l'image corporelle chez ces adolescents. Les données ont été recueillies auprès de trois participants, à base des entretiens semi-structurés et le test DAST-20. Les résultats ont été interprétés à partir de la théorie des relations conflictuelles de Sow. Les résultats montrent que les troubles de l'image corporelle dépendent de la rupture des réseaux relationnels, en particulier du conflit entre l'adolescent et l'ennemi (qu'il s'agisse du sorcier, ou du marabout), de la désintégration de sa relation à l'ancêtre, et enfin de la rupture relationnelle entre sa famille bio-lignagère et l'ancêtre.

Dans une autre lecture, Khemiri et Derivois (2011) montrent que la pauvreté fantasmatique et le sentiment de vide, d'ennui, d'inutilité jouent un rôle dans la recherche de stimulations, et dans le maintien dans un registre de sensations corporelles (présence des envies). L'entrée dans l'addiction vient alors lier concrètement le corps au produit. Ainsi, l'augmentation abondante des pulsions, également les transformations internes sur un plan narcissique et de l'objet peuvent conduire un désinvestissement de la pensée et du plaisir de penser (Pelanda, 1997., & Jeammet, 2005).

Alors, le jeune adulte est caractérisé par un conflit interne intense entre son narcissisme et l'axe objetal. Si les bases de son narcissisme ne sont pas suffisamment solides, le conflit peut conduire par une baisse d'investissement des représentations mentales du toxicomane, une paralysie du psychisme, une perte de contrôle de la vie émotionnelle au profit d'un recours à l'action de la réalité externe au profit de la structuration interne. Ce conflit intrapsychique peut entraîner un bouleversement du fonctionnement de la pensée, d'où l'incapacité de symbolisation. Ils peuvent compromettre la possibilité de contenir et d'élaborer le monde fantasmatique et pulsionnel. (Khemiri A., K., & Derivois, D. 2011 p. 25).

6.3.2 Autres lectures différentes de la nôtre

Filion (2006) propose un modèle théorique, transnosographique, sur le geste toxicomane, de sa fonction et de sa place dans l'équilibre psychique du consommateur de drogue. A travers ce modèle, elle formule les hypothèses suivantes : le geste toxicomane résulte d'un déficit du contrôle des pulsions des affects, et aussi d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques tels que la symbolisation (Filion, B., 2006 pp. 44-45).

De plus, Bergeret (1990) concernant la toxicomanie affirme : « *phénomène-drogue ne constitue qu'un leurre, qu'un écran, qu'une forme, souvent tragique certes, mais cependant très partielle, du symptôme traduisant un malaise beaucoup plus profond et beaucoup plus étendu que ne laisse supposer le bruit autour des seules prises toxiques* » (Filion, B., 2006 p.48). Il comprend l'addiction comme un moyen de reconstruction face aux défaillances de la structure profonde de la personnalité, et propose que ce soit cette défaillance qui mérite notre attention dans la pratique clinique.

6.3.3 Autres orientations théoriques ou méthodologiques que nous aurions pu déployer pour rendre le travail encore meilleur

Pour que notre travail soit plus intéressant, nous devrions utiliser une approche familiale systémique pour une bonne compréhension du sujet malade inclus dans un système familial et des interactions y compris comme l'indique Tsala Tsala (1989) : « *Dans la plupart des traditions du Cameroun et des pays d'Afrique centrale, la maladie est rarement une donnée individuelle. Elle est toujours la manifestation directe ou indirecte d'un désordre cosmique ayant des effets immédiats sur l'organisation sociale et sur les rapports interpersonnels entre individus du même groupe* » (Tsala Tsala, 1989, cité par Nguimfack, L., 2016 p.294).

Nous pourrions aussi faire de l'observation participante. Serra-Mallol, (2012) affirme que « *l'observation est au service d'une construction d'objet, dont les limites sont tracées par une problématique, mais cette portion de réalité observée est prise en compte comme une totalité concrète, invitant l'enquêteur à se considérer comme élément de cette totalité et à analyser les effets de sa présence plutôt qu'à tenter de les neutraliser* ». Ce cas serait intéressant car lorsque les patients se rendent au centre, ils ont tendance à vouloir inhiber leur personnalité, pour faire mouvoir le gentil homme qui veut prendre conscience de la réalité des choses et veut abandonner la consommation. Avec une observation participante dans une démarche quasi expérimentale, on pourrait mieux appréhender de façon naturelle la conduite du toxicomane non seulement dans son milieu de vie, et les interactions qu'il a avec son entourage.

Ainsi, l'observation directe facilite le recueil des données sur ce que font les individus en milieu naturel, et donne également accès à ce qui se passe concrètement au-delà du discours du sujet. Bien que l'observation directe soit sujette à la désirabilité sociale, elle mobilise le chercheur à comprendre et à décrire les comportements des personnes dans leur milieu naturel, permettant ainsi l'analyse des échanges complexes entre deux personnes. De même Gardner, (2000) montre que l'observation directe est très utile lorsqu'on voudrait étudier des

comportements agressifs ou antisociaux comme la toxicomanie (Guikas, I., Morin, D. & Bigras, M. 2016).

C'est la raison pour laquelle notre étude présente une limite car lorsque le sujet se rend au centre, il est accompagné par un membre familial très proche, souvent plus la mère pour l'aide. A ce niveau, on dirait que l'insight dont étudie ici aurait trait à celui de la mère.

De plus, le test de l'arbre de Koch que nous avons utilisé est un test qui présente de nombreux avantages, mais également quelques limites, plus particulièrement dans son interprétation. En effet, ce test n'a aucun fondement stable, et sa pratique relève d'un cadre théorique spécifique, basé sur des hypothèses spéculatives et relationnelles indémontrables. Le test de l'arbre se trouve utilisé en complément d'autres tests projectifs comme le Rorschach, le TAT, et autres. Il serait donc judicieux pour nous d'accompagner ce test avec les autres afin de renforcer nos analyses et d'avoir de bonnes interprétations sur les données des participants. Néanmoins, il nous a aidé à renforcer notre interprétation, et nous a permis de nous renseigner sur la personnalité de nos participants de manière générale.

6.3.4 Ce que nous avons néanmoins fait pour que le travail soit scientifique

Pour que notre travail soit un recherche scientifique, nous avons d'abord procédé à la réadaptation des échelles de sélection pour choisir objectivement nos participants, par la suite, nous avons fait signé une fiche de consentement éclairé à ces derniers, afin qu'ils sachent à quoi va servir l'étude, et que leurs données seront utilisées et publiées à de fin de recherche. Ce caractère relève des principes d'ordre éthiques et du respect des participants. Par la suite, nous avons monté notre guide d'entretien à travers une lecture théorique sur la symbolisation, que nous avons soumis à un professionnel de psychologie clinique et psychopathologie pour validation. En revenant sur le terrain et durant les entretiens, nous avons laissé la possibilité aux participants de s'exprimer de façon ouverte, sans interruption tel que préconise les règles de l'entretien clinique. Mais comme étant un entretien à visée de recherche, l'entretien se déroulait sur un respect de certaines thématiques du guide. Nous avons aussi fait la passation d'un test projectif, qui est l'une des activités que mène le psychologue clinicien à l'hôpital. L'analyse des résultats s'est également faite sur une lecture théorique sur la symbolisation, celle toujours qui nous a permis d'élaborer notre guide d'entretien.

6.4 Implications et perspectives

6.4.1 Implications

Depuis quelques temps, l'Etat camerounais s'est engagé dans la lutte acharnée contre la consommation des drogues dans son territoire. Cette étude révèle la nécessité d'une prise en charge des patients toxicomanes dans les différents centres spécialisés du pays. Plus concrètement, elle propose les tests psychologiques aux différents patients toxicomanes afin de comprendre leur fonctionnement psychologique, elle dévoile l'importance d'avoir les psychologues dans les différents centres de CSAPA du Cameroun.

Elle montre également que l'accompagnement de la toxicomanie est un processus qui ne dépend pas uniquement de l'implication du sujet qui en souffre, mais également le personnel soignant, et beaucoup plus le cadre familial. Cette étude met aussi en exergue l'utilité d'un suivi psychologique des patients, et même de la famille lorsqu'il y'a eu un certains déséquilibre psychologique dans la dynamique psychique familiale.

Pour le personnel d'accompagnement, la présente étude leur réitère l'importance d'établir un climat de confiance entre eux et les patients afin que ces derniers puissent s'ouvrir facilement à eux, pour que la prise en charge soit effective, mais surtout que le patient se sente en confiance, qu'il ait un sentiment d'utilité sociale, afin de pouvoir être intégré face à un monde qui les traite de drogué.

6.4.2 Perspectives

La présente notre étude qui avait pour objectif de comprendre la capacité de symbolisation chez le toxicomane durant la gestion du craving nous a permis de découvrir que pour mieux faire face à ses envies et désirs de consommation, il faut pouvoir partager sa souffrance avec les autres, il faut pouvoir en discuter avec le personnel soignant, et les personnes proches avec qui ont vie. A travers l'approche psychodynamique qui met en exergue la symbolisation sur les processus primaires de symbolisation (présence de la mère), la séparation du sujet avec son objet-drogue, et la verbalisation et le partage du vécu par le toxicomane, nous a permis voir la place du psychologue clinicien à l'hôpital général. En effet, le psychologue devrait mieux appréhender la souffrance, le vécu, ou mieux encore le problème des patients toxicomane pour une meilleure prise en charge de ce dernier. Ceci remet à l'ordre du jour la nécessité d'une prise en charge psychologique systématique dans les structures sanitaires camerounaises.

Le patient toxicomanie vit la rechute comme une incompétence de ses facultés psychologique, il vit un sentiment de culpabilité qui le pousse à se renfermer, à être moins sociable et développe l'alexithimie au sein de sa famille. Il serait donc idéal de l'accompagner dans toute ces sphères afin qu'il s'accroche et termine définitivement son sevrage. L'approche ne devrait plus être centrée sur son addiction, ou sur le sujet toxicomane en face de nous, mais du sujet humain en face de nous qui traverse une période difficile. Seul le psychologue pourrait redonner à ces patients l'espoir d'un état de mieux car il est le professionnel le mieux adapté pour comprendre la souffrance psychologique de ce trouble.

CONCLUSION GENERAL

Notre étude s'est intitulée *«L'insight dans la Gestion du Craving : Etude de Cas sur la Capacité de symbolisation chez le Toxicomane»*. Nous l'avons abordée sous l'angle de la psychopathologie et clinique. Le problème posé a été celui de la capacité de symbolisation dans la gestion du craving des toxicomanes de cannabis du CSAPA centre la vie. Ainsi, nous nous sommes posé la question de savoir *« en quoi la capacité de symbolisation, par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-drogue, et la verbalisation avec l'environnement référent est un facteur qui contribue à la gestion du craving dans le sevrage ? »*. La théorie psychanalytique de la symbolisation de Roussillon (1997 cité par Di Rocco, V.2006) et Brun et Roussillon (2016) nous a permis de formuler l'hypothèse selon laquelle *« la capacité de symbolisation, en passant par la présence de la mère, la séparation avec l'objet-drogue, et la verbalisation avec l'environnement référent alimente de manière efficace et efficiente la gestion du craving chez le toxicomane dans le sevrage »*. L'objectif de cette étude était d'appréhender la capacité de symbolisation dans la gestion du craving chez le toxicomane inclut dans un processus de sevrage.

Nous avons fait une revue de la littérature sur l'insight, le craving, la symbolisation et la toxicomanie. Concernant l'état des lieux sur l'insight, nous avons parcouru la notion de l'insight clinique, ses sous dimensions, sa compréhension dans la psychanalyse, ses échelles d'évaluations, et son lien au craving dans l'explication de la rechute. Pour ce qui est de la gestion du craving, nous avons visité son historique, ses conceptions, ses outils d'évaluations et son lien au toxicomane. Par la suite, nous abordé des questions de symbolisation en passant la définition, le processus de symbolisation, et la symbolisation primaire et celle secondaire. Quant à la notion de toxicomane/toxicomanie, nous nous sommes attardés sur sans définition, son lien à la rechute, sa conception dans la psychanalyse, les circuits impliqués et son lien au cannabis.

Cette investigation nous a conduits à la recherche des théories qui pouvaient mieux guider notre étude notamment sur le craving et la symbolisation. Dans l'insertion théorique de notre étude, nous avons utilisé des approches phénoménologiques, comportementales, cognitives et neurobiologiques en ce qui concerne le craving. En ce qui concerne la symbolisation, nous avons utilisé l'approche psychanalytique pour la compréhension des

mécanismes psychologiques dans la gestion du craving. Nous nous sommes donc appuyés sur cette théorie pour conduire notre recherche. Mais au-delà de cet appui théorique pour la réalisation de l'étude, il nous a fallu une méthodologie bien définie.

Nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes principalement basé sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication a été notre type de recherche. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, des échelles de sélection notamment l'obsessive-compulsive drinking scale for craving in alcohol (OCDS) réadapté au cannabis et le Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) réadapté au cannabis, nous avons obtenu deux participants. Il s'est agi de deux patients du CSAPA centre la vie : un homme de 29 ans et un jeune-homme de 25 ans. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs allant de 28-30 minutes et de l'interprétation au test de l'arbre de Charles Koch. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats.

Il ressort que le craving à travers les envies compulsives et des pensées obsédantes qu'elles génèrent chez toxicomane le mettent dans un état de souffrance physique et psychologique qui peut favoriser la rechute chez ce dernier. Malgré la présence de l'insight chez lui, la gestion de ces envies n'est toujours pas facile. Il a fallu alors s'intéresser à la capacité du toxicomane à pouvoir symboliser ses affects pour comprendre et expliquer la bonne gestion de ces envies ou la rechute.

La théorie psychanalytique de la symbolisation de Roussillon (1997 cité par Di Rocco, V.2006) et Brun et Roussillon (2016) nous a permis de mieux expliquer ce phénomène. Comme le souligne aussi Kaes (1994), l'échec de symbolisation chez le toxicomane renvoie à l'histoire des défaillances de la boucle réflexive entre le sujet et l'objet. Cette réflexivité dépend l'appareil inné du toxicomane, de la place au préalable de l'environnement maternel, c'est-à-dire la place de la mère dans le processus de développement du sujet, de la séparation entre le sujet et l'objet (toxicomane et drogue), de la substitution qu'il fait de la drogue avec un autre objet, et de l'environnement externe de l'individu tel que le souligne Roussillon (2016), c'est-à-dire le rôle de l'environnement référent dans l'accompagnement du fin de processus de symbolisation. Cet environnement contribuable peut-être la famille, et

l'accompagnement des professionnel. Ainsi, la dimension où le toxicomane doit pouvoir verbaliser son vécu, sa souffrance non seulement au personnel soignant, mais aussi et surtout à son environnement primaire qui est sa souche familiale a été très déterminant pour compléter le processus de symbolisation chez le toxicomane.

Les résultats de cette étude accordent donc une pertinence clinique à notre hypothèse de départ. En perspective, pour mieux établir le processus de symbolisation, le toxicomane doit pouvoir partager son vécu, il doit pouvoir verbaliser sa souffrance, des difficultés à faire face à ses envies à sa famille en général, et au personnel soignant aussi pour pouvoir symboliser ses affects, et mieux faire face aux craving. Les résultats de nos participants relèvent ce déficit de partage d'expérience avec leur environnement familial, d'où l'explication de la rechute.

Comme implication, l'étude a réitéré la nécessité d'une prise en compte des facteurs psychologiques dans la compréhension, et le traitement des troubles addictifs dans les différents CSAPA du Cameroun, d'où l'insertion des psychologues clinicien dans ces centres pour une prévention et prise en soins des toxicomanes dont s'est engagé l'Etat camerounais depuis quelques temps.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Besse, C. (2018). *Évolution du craving, de l'anxiété, de la dépression, du tabagisme et de la qualité de vie, sous baclofène versus placebo, chez les patients alcooliques de l'essai Bacloville*. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01928368>

- Bourgeois, M. L., Bénézech, M., Antoniol, B., & Haustgen, T. (2011). Discernement, lucidité, conscience et insight en psychopathologie et en pratique expertale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(7), 433–437. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.06.010>

- Brousse, G & Chazeron de I. (2014). Le craving : des clés pour comprendre. *Alcoologie et addictologie*. N°36(2), pp. 105-115. <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr>

- Brun, A., & Roussillon, R. (2016). *Aux limites de la symbolisation*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brunr.2016.01>

- Chauchard, E., Gaillard, M., & Naudin, N. (dirs.), *Addictions : Prévenir la rechute*. pp. 141-152. Boeck Supérieur.

- CNLD. (2004, Juin). *Rapport d'opérationnalisation de l'étude 2002 sur la lutte contre les drogues et la toxicomanie au Cameroun*. Comité National de lutte contre la drogue.

- Cyr, L. (2022). *Processus de régulation dans les addictions : facteurs émotionnels de vulnérabilité face au craving*. [Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille] <https://theses.fr/3106NJ6431>.

- Dandaba, M., Ebrahimighavam, S., Langbour, N., Chatard, A., & Jaafari, N. (2020). Échelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme : validation de la version française du questionnaire Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS). *Psychotropes*, 26(4), 87. <https://doi.org/10.3917/psyt.264.0087>

- Di Rocco, V. (2006). *Qui est là ? Echs de la symbolisation et symbolisation des échecs de la symbolisation dans les problématiques psychotiques*. [Thèse de doctorat, Université LUMIERE-LYON2]. <https://theses.fr/2106PJ6581>
- Farges, F., (2004) Corcos, M., Speranza, M., Loas, G. Alexithymie et toxicomanie : lien avec la dépression. *L'encéphale*, 30(3), pp201-211. <https://doi.org/10.1016>
- Farges, F., (2000). *Alexithymie et toxicomanie*. [Thèse de doctorat, Université de Paris 8]. <https://theses.fr/2000PA081>
- Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 84(1), 41. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>
- Fernandez, L., (2014). *Le test de l'arbre*. In press. <https://www.cairn.info>
- Fillion, B (2016). *Etude de la relation à la substance chez le toxicomane : réflexions métapsychologiques sur le lien à l'objet-drogue*. [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel UQAM. https://archipel.uqam.ca/9346/*
- Freud, S., (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. <https://www.psychanalyse.com>
- Gaspard, C. (2020 11 février). *L'étude de cas : qu'est-ce que c'est ?*. Scribbr.fr. Consulté le 6 septembre 2023 sur <https://www.scribbr.fr>.
- Giasson-Gariépy, K. (2017). *Cannabis et craving induit par des stimuli chez des sujets dépendants à la cocaïne* [Thèse]. <http://hdl.handle.net/1866/20496>
- Hervé, F. (1997). Souffrances psychique et toxicomanies. *Rencontres nationales sur l'abus de drogues et la toxicomanie*. N°4 pp 1-13. <https://doi.org/11.7802/4019478ar>
- Juignet, P. (2003). Lacan, le symbolique et le signifiant. *Cliniques méditerranéennes*, 68(2), 131. <https://doi.org/10.3917/cm.068.0131>

- Karray Khemiri, A. & Derivois, D. (2011). L'addiction à l'adolescence : entre affect et cognition. Symbolisation, inhibition cognitive et alexithymie. *Drogues, santé et société*, 10(2), 15–50. <https://doi.org/10.7202/1013478ar>

- Lambert, L. (24 janvier 2022) *Influence de l'insight clinique sur le craving dans l'addiction : exploration aux niveaux inter- et intra-individuels*. [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. <https://theses.fr/2000PA081>

- Leclerc, G. (2010). *Etude descriptive prospective visant à déterminer par le TCI de Cloninger des facteurs de personnalité prédictifs de la réduction du craving dans un échantillon de 16 patients alcoolodépendants hospitalisés : une étude pilote*. [Thèse de doctorat, Université de Lorraine]. <https://theses.fr/6040PA071>

- MILDECA. (2022, 1^{er} janvier). *Que nous dit la science des addictions*. www.drogues.gouv.fr. consulté le 4 septembre 2023 sur <https://www.drogues.gouv.fr>.

- MINSANTE. (06 juillet 2022). *Lutte contre l'abus et le trafic illicites des drogues : tous concernés*. Minsanté.com consulté le 11 mars 2024 sur <https://minsante.com>

- Nations Unies. (2019). *Rapport mondial sur les drogues*. www.unodc.org/wdr2019

- Nguimfack, L. (2008). *Réadaptation des mineurs délinquants placés en institution à l'environnement familial au Cameroun contemporain : implication des thérapies familiales systémiques*. [Thèse de doctorat, Université Charles-De-Gaulle - LILLE3, Lille]. <https://theses.fr/3060BA041>

- Nguimfack, L. (2016). Psychothérapie des familles camerounaises confrontées à la sorcellerie Intervention systémique auprès de la famille d'un enfant délinquant. *Thérapie Familiale*. Vol.37. pp293-305. <https://www.cairn.info/revue-therapie-famiale-2016-3-page-293.htm>

- O.M.S (2003). *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*, deuxième édition. Suisse : Bureau régional du Pacifique occidental Manille.

- Ovambe Mbarga, G-B, (2016). *Etat acrophobique et vécu traumatique au parcours du combattant chez les recrues de l'armée camerounaise : Une étude de cas*. [Mémoire de Master 2. Université de Yaoundé 1, Yaoundé].

- Pages-Berthier, J. (1993). Psychanalyse et toxicomanie. *Revue toxibase*, N°2(93). pp. 1-31. <https://bdoc.ofdt.fr>

- Pelsser, R. (1989). Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point. *Bulletin de psychologie*, tome 42 n°392. pp. 714-726. <https://doi.org/10.3406/bupsy.1989.13074>;

- Rabeyron, T. (2019). Les processus de symbolisation et de représentation comme espace transitionnel pour la psychanalyse et les neurosciences. *L'Évolution Psychiatrique*, N°81(1). pp. 160-175. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02155552>

- Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J. P., & Gely-Nargeot, M. C. (2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. *L'Encéphale*, 34(6), 597–605. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.008>

- Robin, D. (2007). Cramponnement, attachement et complexe de sevrage. Hermann et Bowlby avec Lacan. L'exemple des addictions. *Le Coq-héron*, 188(1), 81. <https://doi.org/10.3917/cohe.188.0081>

- Roman, P. (2001). Des enveloppes psychiques aux enveloppes projectives : travail de la symbolisation et paradoxe de la négativité. *Psychologie clinique et projective*, 7(1), 71. <https://doi.org/10.3917/pcp.007.0071>

- Rondeau, K., Paillé, P., & Bédard, E. (2023). The making of a step-by-step interview guide for qualitative research. *Recherches qualitatives*, 42(1), 5. <https://doi.org/10.7202/1100242ar>

- Roussillon, R. (2000). Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence. *Adolescence, Monographie*, (pp. 7-23). ISAP.
- Roussillon, R., (1997). *La fonction symbolisante de l'objet*. Revue française de psychanalyse, 2, pp 399-413.

- Sadfi, R. (2010). Du craving à la passion dans le transfert. *Champ psy*, 57(1), 101. <https://doi.org/10.3917/cpsy.057.0101>

- STOP TABAC. (2022 19 Septembre). *Les derniers chiffres clés sur le tabac en France*. [wwwstop-tabac.com](http://www.stop-tabac.com). consulté le 09 janvier 2024 sur <https://www.stop-tabac.com>
- Tsagho Tchimeji, A., Tamo Fogué, Y., Nguimfack, L. (2023). Cultural signifiers in the subjectivation of body image disorders : The case of three school-going adolescents addicted to psychoactive substances. *Psychology journal volume 5 issue 1*. Department of philosophy-psychology-sociology: University of Dschang, Cameroon.

- Vavassori, D. Harrati, S. Favard, A. (2003) Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition. *Psychotropes* 2003/2 (Vol. 9), pages 83 à 101. <https://doi.org/10.3917/psyt.092.0083>

ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie ***** MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ***** UNIVERSITE DE YAOUNDE I ***** FACULTE DES ARTS LETTRES ET SCIENCES HUMAINES ***** DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ***** P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroun)		REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland ***** MINISTRY OF HIGHER EDUCATION ***** UNIVERSITY OF YAOUNDE I ***** FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL SCIENCE ***** DEPARTMENT OF PSYCHOLOGIE ***** P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroon)
--	---	--

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, MAYI MARC Bruno, Professeur des universités. Codonateur du laboratoire du développement et du mal développement, atteste Monsieur NGANA ABANDA Charles Lionel, matricule 19v673 a libellé son mémoire de Master en psychologie, option psychopathologie et clinique : Aménagement psychoaffectif induit par le craving et capacité de symbolisation chez le toxicomane.

Ce travail de recherche, qui s'effectue sous la direction du Docteur TCHUENDJIO Rosaline, Chargée de Cours au Département, nécessite une investigation sur le terrain, en vue de la collecte des données indispensables à sa finalisation.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le, 18 JAN 2024

P.O le Coordonateur Adjoint


 Ndamfack Léonard
 Professeur Titulaire des Universités

Annexe 2 : lettre du coordonnateur du laboratoire de psychologie du développement et du mal développement

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie ***** MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ***** UNIVERSITE DE YAOUNDE I ***** FACULTE DES ARTS LETTRES ET SCIENCES HUMAINES ***** DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ***** P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroun)		REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland ***** MINISTRY OF HIGHER EDUCATION ***** UNIVERSITY OF YAOUNDE I ***** FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL SCIENCE ***** DEPARTMENT OF PSYCHOLOGIE ***** P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroon)		
Yaoundé le... 18 JAN 2024...				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Lionel NGANA ABANDA 656827773/679662035 lionelabanda18@gmail.com </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; text-align: center;"> Coordonnateur du Laboratoire de Psychologie du développement et du mal développement A Madame le Chef du Centre la vie </td> </tr> </table>			Lionel NGANA ABANDA 656827773/679662035 lionelabanda18@gmail.com	Coordonnateur du Laboratoire de Psychologie du développement et du mal développement A Madame le Chef du Centre la vie
Lionel NGANA ABANDA 656827773/679662035 lionelabanda18@gmail.com	Coordonnateur du Laboratoire de Psychologie du développement et du mal développement A Madame le Chef du Centre la vie			
Avec la professionnalisation des enseignements inhérentes au système LMD et dans l'objectif de finaliser son mémoire libelle Aménagement psychoaffectif induit par le craving et capacité de symbolisation chez le toxicomane, sous la direction du Docteur TCHUENDJIO Rosaline, Chargé de Cours au Département de Psychologie, Monsieur NGANA ABANDA Charles Lionel, matricule 19v673, étudiant de Master 2 en Psychologie, option psychopathologie et clinique se doit de mener une investigation sur le terrain. Ainsi j'ai l'honneur de venir auprès de votre bienveillance solliciter la mise en stage académique pour une période de six (6) mois pour cette étudiant qui a opté pour un stage académique dans la structure dont vous avez la charge. Veuillez agréer Madame le chef du Centre la Vie, l'expression de ma parfaite considération				
Fait à Yaoundé, le... 18 JAN 2024...				
Coordonnateur du laboratoire de psychologie du développement et du mal développement P.O le Coordonnateur Adjoint <i>Nguimfack Léonard</i> Professeur Titulaire des Universités				

Annexe 3 : Critères diagnostiques de sevrage du cannabis du DSM V

Sevrage du cannabis

Critères diagnostiques	292.0 (F12.288)
------------------------	-----------------

- A. Arrêt d'un usage du cannabis qui a été massif et prolongé (c.-à-d. consommation habituellement quotidienne ou presque durant une période d'au moins quelques mois).
- B. Au moins trois des signes et symptômes suivants se développent dans un délai d'environ une semaine après le critère A :
 - 1. Irritabilité, colère, ou agressivité.
 - 2. Nervosité ou anxiété.
 - 3. Troubles du sommeil (p. ex. insomnie, rêves perturbants).
 - 4. Diminution de l'appétit ou perte de poids.
 - 5. Fébrilité.
 - 6. Thymie dépressive.
 - 7. Au moins un des symptômes physiques suivants cause de l'inconfort significatif : douleurs abdominales, instabilité/tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou céphalées.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est 292.0. Le code CIM-10-MC pour le sevrage du cannabis est F12.288. À noter que le code CIM-10-MC indique la présence comorbide d'un trouble de l'usage du cannabis moyen ou grave, reflétant le fait que le sevrage du cannabis peut survenir uniquement en présence d'un trouble de l'usage du cannabis moyen ou grave. Il n'est pas permis de coder un trouble léger de l'usage du cannabis avec le sevrage du cannabis.

Annexe 4 : echelle de l'OCDS réadapté au cannabis

OCDS

Les questions suivantes concernent votre consommation de drogue et votre désir de contrôler cette consommation **dans les 7 derniers jours**.

Veuillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

Q1 Lorsque vous ne prenez pas de cannabis, combien de votre temps est occupé par des idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation de cannabis ?

- 0 A aucun moment
- 1 Moins d'une heure par jour
- 2 De 1 à 3 heures par jour
- 3 De 4 à 8 heures par jour
- 4 Plus de 8 heures par jour

Q2 A quelle fréquence ces pensées surviennent-elles?

- 0 Jamais
- 1 Pas plus de 8 fois par jour
- 2 Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée je n'y pense pas
- 3 Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée
- 4 Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

Q3 A quel point ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation de cannabis interfèrent-elles avec votre activité sociale ou professionnelle (ou votre fonction) ? Ya -t-il quelque chose que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités seraient-elles atteintes si vous travailliez?)

- 0 Les pensées relatives à la consommation de cannabis n'interfèrent jamais. Je peux fonctionner normalement
- 1 Les pensées relatives à la consommation de cannabis interfèrent légèrement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais mes performances globales n'en sont pas affectées
- 2 Les pensées relatives à la consommation de cannabis interfèrent réellement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Les pensées relatives à la consommation de cannabis affectent de façon importante mes activités sociales ou professionnelles
- 4 Les pensées relatives à la consommation de cannabis bloquent mes activités sociales ou professionnelles

Q4 Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation de cannabis génèrent lorsque vous ne prenez pas?

- 0Aucune
- 1Légère, peu fréquente et pas trop dérangeante
- 2Modérée, fréquente et dérangeante mais encore gérable
- 3Sévère, très fréquente et très dérangeante
- 4Extrême, presque constante et bloquant les capacités

Q5 Lorsque vous ne consommez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit? (Évaluez vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement)

- 0 Mes pensées sont si minimes que je n'ai pas besoin de faire d'effort pour y résister. Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- 3 Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

Q6 Lorsque vous ne consommez pas, à quel point arrivez-vous à arrêter ces pensées ou à vous en détourner?

- 0 Je réussis complètement à arrêter ou à me détourner de telles pensées
- 1 Je suis d'habitude capable d'arrêter ces pensées ou de me détourner d'elles avec quelques efforts et de la concentration
- 2 Je suis parfois capable d'arrêter de telles pensées ou de m'en détourner
- 3 Je n'arrive que rarement à arrêter de telles pensées et ne peux m'en détourner qu'avec difficulté
- 4 Je n'arrive que rarement à me détourner de telles pensées même momentanément

Q7 Combien de filons de cannabis consommez-vous par jour?

- 0Aucun
- 1Moins d'un filon par jour
- 2De 1 à 2 filons par jour
- 3De 3 à 7 filons par jour
- 48 filons ou plus par jour

Q8 Combien de jours par semaine prenez-vous du cannabis ?

- 0Aucun
- 1Pas plus d'un jour par semaine
- 2De 2 à 3 jours par semaine
- 3De 4 à 5 jours par semaine
- 4De 6 à 7 jours par semaine

Q9 A quel point votre consommation de cannabis interfère-t-elle avec votre activité professionnelle? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités professionnelles seraient-elles affectées si vous travailliez?)

- 0Le fait de consommer n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1Le fait de consommer interfère légèrement avec mon activité professionnelle mais l'ensemble de mes capacités n'en est pas affecté
- 2Le fait de consommer interfère de manière certaine avec mon activité professionnelle, mais je peux m'en arranger
- 3Le fait de consommer affecte de façon importante mon activité professionnelle
- 4Les problèmes de drogues bloquent mes capacités de travail

Q10 A quel point votre consommation de cocaïne interfère-t-elle avec votre activité sociale? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation?

- 0Le fait de consommer n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1Le fait de consommer interfère légèrement avec mes activités sociales, mais l'ensemble de mes capacités n'est pas affecté
- 2Le fait de consommer interfère de manière certaine avec mes activités sociales, mais je peux encore m'en arranger
- 3Le fait de consommer affecte de façon importante mes activités sociales
- 4Les problèmes de cannabis bloquent mes activités sociales

Q11 Si l'on vous empêchait de prendre du cannabis quand vous désirez prendre un filon, à quel point seriez-vous anxieux ou énervé?

- 0Je n'éprouverais ni anxiété ni irritation
- 1Je ne deviendrais que légèrement anxieux ou irrité
- 2L'anxiété ou l'irritation augmenterait mais resterait contrôlable
- 3J'éprouverais une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante

4J'éprouverais une anxiété ou une irritation très invalidante

Q12 A quel point faites-vous des efforts pour résister à la consommation de la cannabis ? (Évaluez uniquement vos efforts pour y résister et non votre succès ou votre échec à réellement contrôler cette consommation)

0Ma consommation est si minime que je n'ai pas besoin d'y résister – si je fume, je fais l'effort de toujours y résister

1J'essaie d'y résister la plupart du temps

2Je fais quelques efforts pour y résister

3Je me laisse aller presque à chaque fois sans essayer de contrôler ma consommation, mais je le fais avec un peu d'hésitation

4Je me laisse aller complètement et volontairement à la drogue

Q13 A quel point vous sentez-vous poussé à consommer du cannabis ?

0Je ne me sens pas poussé de tout

1Je me sens faiblement poussé à consommer

2Je me sens fortement poussé à consommer

3Je me sens très fortement poussé à consommer

4Le désir de consommer est entièrement involontaire et me dépasse

Q14 Quel contrôle avez-vous sur votre consommation de cannabis ?

0J'ai un contrôle total

1Je suis habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur elle

2Je ne peux la contrôler qu'avec difficulté

3Je dois consommer et je ne peux attendre de consommer qu'avec difficulté

4Je suis rarement capable d'attendre de consommer même momentanément

OCDS de Stan

Sujet 3

OCDS

Les questions suivantes concernent votre consommation de drogue et votre désir de contrôler cette consommation **dans les 7 derniers jours**.

Veuillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

Q1 Lorsque vous ne prenez pas de cannabis, combien de votre temps est occupé par des idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation de cannabis ?

- 0 A aucun moment
- 1 Moins d'une heure par jour
- 2 De 1 à 3 heures par jour
- 3 De 4 à 8 heures par jour
- ☒ 4 Plus de 8 heures par jour

Q2 A quelle fréquence ces pensées surviennent-elles ?

- 0 Jamais
- 1 Pas plus de 8 fois par jour
- 2 Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée je n'y pense pas
- ☒ 3 Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée
- 4 Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

Q3 A quel point ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation de cannabis interfèrent-elles avec votre activité sociale ou professionnelle (ou votre fonction) ? Ya -t-il quelque chose que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités seraient-elles atteintes si vous travailliez?)

- 0 Les pensées relatives à la consommation de cannabis n'interfèrent jamais. Je peux fonctionner normalement
- 1 Les pensées relatives à la consommation de cannabis interfèrent légèrement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais mes performances globales n'en sont pas affectées
- ☒ 2 Les pensées relatives à la consommation de cannabis interfèrent réellement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Les pensées relatives à la consommation de cannabis affectent de façon importante mes activités sociales ou professionnelles
- 4 Les pensées relatives à la consommation de cannabis bloquent mes activités sociales ou professionnelles

Q4 Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation de cannabis génèrent lorsque vous ne prenez pas?

- 0 Aucune
- 1 Légère, peu fréquente et pas trop dérangeante
- 2 Modérée, fréquente et dérangeante mais encore gérable
- ☒ 3 Sévère, très fréquente et très dérangeante
- 4 Extrême, presque constante et bloquant les capacités

Q5 Lorsque vous ne consommez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit? (Évaluez vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement)

- 0 Mes pensées sont si minimales que je n'ai pas besoin de faire d'effort pour y résister. Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- ☒ 3 Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

Q6 Lorsque vous ne consommez pas, à quel point arrivez-vous à arrêter ces pensées ou à vous en détourner?

- 0 Je réussis complètement à arrêter ou à me détourner de telles pensées
- ☒ 1 Je suis d'habitude capable d'arrêter ces pensées ou de me détourner d'elles avec quelques efforts et de la concentration
- 2 Je suis parfois capable d'arrêter de telles pensées ou de m'en détourner
- 3 Je n'arrive que rarement à arrêter de telles pensées et ne peux m'en détourner qu'avec difficulté
- 4 Je n'arrive que rarement à me détourner de telles pensées même momentanément

Q7 Combien de filon de cannabis consommez-vous par jour?

- 0 Aucun
- 1 Moins d'un filon par jour
- ☒ 2 De 1 à 2 filons par jour
- 3 De 3 à 7 filons par jour
- 4 8 filons ou plus par jour

Q8 Combien de jours par semaine prenez-vous du cannabis ?

- 0 Aucun
- ☒ 1 Pas plus d'un jour par semaine
- 2 De 2 à 3 jours par semaine
- 3 De 4 à 5 jours par semaine
- 4 De 6 à 7 jours par semaine

Q9 A quel point votre consommation de cannabis interfère-t-elle avec votre activité professionnelle? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités professionnelles seraient-elles affectées si vous travailliez?)

- 0 Le fait de consommer n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1 Le fait de consommer interfère légèrement avec mon activité professionnelle mais l'ensemble de mes capacités n'en est pas affecté
- ☒ 2 Le fait de consommer interfère de manière certaine avec mon activité professionnelle, mais je peux m'en arranger
- 3 Le fait de consommer affecte de façon importante mon activité professionnelle
- 4 Les problèmes de drogues bloquent mes capacités de travail

Q10 A quel point votre consommation de cannabis interfère-t-elle avec votre activité sociale? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation?

- 0 Le fait de consommer n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1 Le fait de consommer interfère légèrement avec mes activités sociales, mais l'ensemble de mes capacités n'est pas affecté
- ☒ 2 Le fait de consommer interfère de manière certaine avec mes activités sociales, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Le fait de consommer affecte de façon importante mes activités sociales
- 4 Les problèmes de cannabis bloquent mes activités sociales

Q11 Si l'on vous empêchait de prendre du cannabis quand vous désirez prendre un filon de cannabis, à quel point seriez-vous anxieux ou énervé?

- 0 Je n'éprouverais ni anxiété ni irritation
- 1 Je ne deviendrais que légèrement anxieux ou irrité
- ☒ 2 L'anxiété ou l'irritation augmenterait mais resterait contrôlable
- 3 J'éprouverais une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante
- 4 J'éprouverais une anxiété ou une irritation très invalidante

Q12 A quel point faites-vous des efforts pour résister à la consommation du cannabis ?
(Évaluez uniquement vos efforts pour y résister et non votre succès ou votre échec à réellement contrôler cette consommation)

- 0 Ma consommation est si minime que je n'ai pas besoin d'y résister – si je fume, je fais l'effort de toujours y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- ③ Je me laisse aller presque à chaque fois sans essayer de contrôler ma consommation, mais je le fais avec un peu d'hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à la drogue

Q13 A quel point vous sentez-vous poussé à consommer du cannabis?

- 0 Je ne me sens pas poussé de tout
- ① Je me sens faiblement poussé à consommer
- 2 Je me sens fortement poussé à consommer
- 3 Je me sens très fortement poussé à consommer
- 4 Le désir de consommer est entièrement involontaire et me dépasse

Q14 Quel contrôle avez-vous sur votre consommation de cannabis ?

- 0 J'ai un contrôle total
- 1 Je suis habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur elle
- ② Je ne peux la contrôler qu'avec difficulté
- 3 Je dois consommer et je ne peux attendre de consommer qu'avec difficulté
- 4 Je suis rarement capable d'attendre de consommer même momentanément

$$PO = 1 + 2 + 3 + 3 + 1 = 13$$

$$EC = 2 + 2 + 2 + 3 + 2 = 11$$

$$13 + 11 = \frac{24}{46}$$

OCDS de Brad

Sujet 3

OCDS

Les questions suivantes concernent votre consommation de drogue et votre désir de contrôler cette consommation **dans les 7 derniers jours**.

Veuillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

Q1 Lorsque vous ne prenez pas de cannabis, combien de votre temps est occupé par des idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation de cannabis ?

- 0 A aucun moment
- ☒ 1 Moins d'une heure par jour
- 2 De 1 à 3 heures par jour
- 3 De 4 à 8 heures par jour
- 4 Plus de 8 heures par jour

Q2 A quelle fréquence ces pensées surviennent-elles?

- 0 Jamais
- 1 Pas plus de 8 fois par jour
- 2 Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée je n'y pense pas
- 3 Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée
- ☒ 4 Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

Q3 A quel point ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation de cannabis interfèrent-elles avec votre activité sociale ou professionnelle (ou votre fonction) ? Ya-t-il quelque chose que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités seraient-elles atteintes si vous travailliez?)

- 0 Les pensées relatives à la consommation de cannabis n'interfèrent jamais. Je peux fonctionner normalement
- 1 Les pensées relatives à la consommation de cannabis interfèrent légèrement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais mes performances globales n'en sont pas affectées
- 2 Les pensées relatives à la consommation de cannabis interfèrent réellement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais je peux encore m'en arranger
- ☒ 3 Les pensées relatives à la consommation de cannabis affectent de façon importante mes activités sociales ou professionnelles
- 4 Les pensées relatives à la consommation de cannabis bloquent mes activités sociales ou professionnelles

Q4 Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation de cannabis génèrent lorsque vous ne prenez pas?

- 0 Aucune
- ☒ 1 Légère, peu fréquente et pas trop dérangeante
- 2 Modérée, fréquente et dérangeante mais encore gérable
- 3 Sévère, très fréquente et très dérangeante
- 4 Extrême, presque constante et bloquant les capacités

Q5 Lorsque vous ne consommez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit? (Évaluez vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement)

- 0 Mes pensées sont si minimales que je n'ai pas besoin de faire d'effort pour y résister. Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- ☒ 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- 3 Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

Q6 Lorsque vous ne consommez pas, à quel point arrivez-vous à arrêter ces pensées ou à vous en détourner?

- 0 Je réussis complètement à arrêter ou à me détourner de telles pensées
- 1 Je suis d'habitude capable d'arrêter ces pensées ou de me détourner d'elles avec quelques efforts et de la concentration
- 2 Je suis parfois capable d'arrêter de telles pensées ou de m'en détourner
- ☒ 3 Je n'arrive que rarement à arrêter de telles pensées et ne peux m'en détourner qu'avec difficulté
- 4 Je n'arrive que rarement à me détourner de telles pensées même momentanément

Q7 Combien de filon de cannabis consommez-vous par jour?

- 0 Aucun
- 1 Moins d'un filon par jour
- 2 De 1 à 2 filons par jour
- 3 De 3 à 7 filons par jour
- ☒ 4 8 filons ou plus par jour

Q8 Combien de jours par semaine prenez-vous du cannabis ?

- 0 Aucun
- 1 Pas plus d'un jour par semaine
- 2 De 2 à 3 jours par semaine
- 3 De 4 à 5 jours par semaine
- ☒ 4 De 6 à 7 jours par semaine

Q9 A quel point votre consommation de cannabis interfère-t-elle avec votre activité professionnelle? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités professionnelles seraient-elles affectées si vous travailliez?)

- 0 Le fait de consommer n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1 Le fait de consommer interfère légèrement avec mon activité professionnelle mais l'ensemble de mes capacités n'en est pas affecté
- 2 Le fait de consommer interfère de manière certaine avec mon activité professionnelle, mais je peux m'en arranger
- 3 Le fait de consommer affecte de façon importante mon activité professionnelle
- ☒ 4 Les problèmes de drogues bloquent mes capacités de travail

Q10 A quel point votre consommation de cannabis interfère-t-elle avec votre activité sociale? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation?

- 0 Le fait de consommer n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1 Le fait de consommer interfère légèrement avec mes activités sociales, mais l'ensemble de mes capacités n'est pas affecté
- 2 Le fait de consommer interfère de manière certaine avec mes activités sociales, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Le fait de consommer affecte de façon importante mes activités sociales
- ☒ 4 Les problèmes de cannabis bloquent mes activités sociales

Q11 Si l'on vous empêchait de prendre du cannabis quand vous désirez prendre un filon de cannabis, à quel point seriez-vous anxieux ou énervé?

- 0 Je n'éprouverais ni anxiété ni irritation
- 1 Je ne deviendrais que légèrement anxieux ou irrité
- 2 L'anxiété ou l'irritation augmenterait mais resterait contrôlable
- ☒ 3 J'éprouverais une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante
- 4 J'éprouverais une anxiété ou une irritation très invalidante

Q12 A quel point faites-vous des efforts pour résister à la consommation du cannabis ?
(Évaluez uniquement vos efforts pour y résister et non votre succès ou votre échec à réellement contrôler cette consommation)

- 0 Ma consommation est si minime que je n'ai pas besoin d'y résister – si je fume, je fais l'effort de toujours y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- ③ Je me laisse aller presque à chaque fois sans essayer de contrôler ma consommation, mais je le fais avec un peu d'hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à la drogue

Q13 A quel point vous sentez-vous poussé à consommer du cannabis?

- 0 Je ne me sens pas poussé de tout
- 1 Je me sens faiblement poussé à consommer
- 2 Je me sens fortement poussé à consommer
- 3 Je me sens très fortement poussé à consommer
- ④ Le désir de consommer est entièrement involontaire et me dépasse

Q14 Quel contrôle avez-vous sur votre consommation de cannabis ?

- 0 J'ai un contrôle total
- 1 Je suis habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur elle
- 2 Je ne peux la contrôler qu'avec difficulté
- ③ Je dois consommer et je ne peux attendre de consommer qu'avec difficulté
- 4 Je suis rarement capable d'attendre de consommer même momentanément

$$PO2 = 4 + 3 + 1 + 2 + 3 = 13$$

$$EC = 4 + 4 + 3 + 3 + 4 = 18$$

$$= \frac{31}{40}$$

Annexe 5 : Echelle du Hanil réadapté au cannabis

	D'accord	Incertain	En désaccord
1. Ma consommation de cannabis me cause beaucoup de problèmes.			
2. Je peux contrôler ma consommation à n'importe quel moment si j'en ai envie.			
3. Tous mes problèmes seraient résolus si j'arrêtais de consommer.			
4. Ma consommation de cannabis ne pose pas de problème aux membres de ma famille.			
5. J'ai été hospitalisé (je suis en cours de traitement) à cause d'une consommation excessive.			
6. Je ne me sens pas bien quand les gens me considèrent comme un consommateur à problème.			
7. Je suis toxicomane de cannabis.			
8. Je ne peux pas me passer du cannabis.			
9. Je suis vraiment désolé pour la souffrance que j'ai pu infliger aux autres à cause de ma consommation.			
10. Je déteste la personne qui m'a hospitalisé (m'a mise sous traitement).			
11. Je ne vois pas où est le problème dans ma consommation de cannabis.			
12. Lorsque je commence à consommer, je ne peux plus m'arrêter.			

13. J'ai juste besoin d'une certaine modération plutôt qu'on m'empêche de consommer.			
14. Beaucoup de gens autour de moi souffrent de ma consommation de cannabis.			
15. Ma seule consommation de cannabis ne devrait pas justifier mon hospitalisation (mon traitement).			
16. La consommation de cannabis m'a enlevé des choses importantes.			
17. Me traiter toxicomane n'a pas de sens.			
18. Vivre sans cannabis est le seul moyen de me sauver du désastre.			
19. Je déteste tous les gens et l'environnement qui m'ont conduit à consommer.			
20. J'ai de la chance de pouvoir être hospitalisé pour bénéficier d'un traitement.			

HANIL de Stan

Sujet 3

- Échelle Hanil d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme (HAIS) réadapté au cannabis, à l'héroïne ou à la cocaïne.

Instructions :

Veuillez lire les questions suivantes attentivement puis choisir la réponse qui vous correspond le mieux.

	D'accord	Incertain	En désaccord
1. Ma consommation de cannabis me cause beaucoup de problèmes.	X 2		
2. Je peux contrôler ma consommation à n'importe quel moment si j'en ai envie.		X 1	
3. Tous mes problèmes seraient résolus si j'arrêtais de fumer.	X 2		
4. Ma consommation de cannabis ne pose pas de problème aux membres de ma famille.			X 0
5. J'ai été hospitalisé (je suis en cours de traitement) à cause d'une consommation excessive.	X 2		
6. Je ne me sens pas bien quand les gens me considèrent comme un fumeur à problème.	X 2		
7. Je suis toxicomane de cannabis.	X 2		
8. Je ne peux pas me passer du cannabis.			X 0
9. Je suis vraiment désolé pour la souffrance que j'ai pu infliger aux autres à cause de ma consommation.	X 2		
10. Je déteste la personne qui m'a hospitalisé (m'a mise sous traitement).			X 0
11. Je ne vois pas où est le problème dans ma consommation de cannabis.			X 0

12. Lorsque je commence à fumer, je ne peux plus m'arrêter.	X ₊₂		
13. J'ai juste besoin d'une certaine modération plutôt qu'on m'empêche de fumer.			X ₀
14. Beaucoup de gens autour de moi souffrent de ma consommation de cannabis.	X ₊₂		
15. Ma seule consommation de cannabis ne devrait pas justifier mon hospitalisation (mon traitement).	X ₋₂		
16. La consommation de cannabis m'a enlevé des choses importantes.	X ₊₂		
17. Me traiter toxicomane n'a pas de sens.			X ₀
18. Vivre sans cannabis est le seul moyen de me sauver du désastre.	X ₊₂		
19. Je déteste tous les gens et l'environnement qui m'ont conduit à fumer.	X ₋₂		
20. J'ai de la chance de pouvoir être hospitalisé pour bénéficier d'un traitement.	X ₊₂		

$$A3 - A4 = -1$$

$$W - 2 = 13 \text{ insight modéliser}$$

HANIL de Brad

- Sujets*
- Échelle Hanil d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme (HAIS) réadapté au cannabis, à l'héroïne ou à la cocaïne.

Instructions :

Veuillez lire les questions suivantes attentivement puis choisir la réponse qui vous correspond le mieux.

	D'accord	Incertain	En désaccord
① Ma consommation de cannabis me cause beaucoup de problèmes.	X 2		
2. Je peux contrôler ma consommation à n'importe quel moment si j'en ai envie.			X 0
③ Tous mes problèmes seraient résolus si j'arrêtais de fumer.	X 2		
4. Ma consommation de cannabis ne pose pas de problème aux membres de ma famille.			X 0
⑤ J'ai été hospitalisé (je suis en cours de traitement) à cause d'une consommation excessive.	X 2		
6. Je ne me sens pas bien quand les gens me considèrent comme un fumeur à problème.	X 2		
⑦ Je suis toxicomane de cannabis.	X 2		
8. Je ne peux pas me passer du cannabis.		X 1	
⑨ Je suis vraiment désolé pour la souffrance que j'ai pu infliger aux autres à cause de ma consommation.	X 2		
10. Je déteste la personne qui m'a hospitalisé (m'a mise sous traitement).			X 0
11. Je ne vois pas où est le problème dans ma consommation de cannabis.			X 0

12. Lorsque je commence à fumer, je ne peux plus m'arrêter.	X +2		
13. J'ai juste besoin d'une certaine modération plutôt qu'on m'empêche de fumer.			X ₀
14. Beaucoup de gens autour de moi souffrent de ma consommation de cannabis.	X +2		
15. Ma seule consommation de cannabis ne devrait pas justifier mon hospitalisation (mon traitement).			X ₀
16. La consommation de cannabis m'a enlevé des choses importantes.	X +2		
17. Me traiter toxicomane n'a pas de sens.			X
18. Vivre sans cannabis est le seul moyen de me sauver du désastre.	X +2		
19. Je déteste tous les gens et l'environnement qui m'ont conduit à fumer.	X -2		
20. J'ai de la chance de pouvoir être hospitalisé pour bénéficier d'un traitement.	X +2		

$$13 - 12 = 1$$

$$20 - 5 = 15 \text{ might modif.}$$

Annexe 6 : Formulaire de consentement éclairé**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

Sujet de recherche : L'insight dans la Gestion du Craving : Une étude de cas sur la capacité de Symbolisation chez le toxicomane

À l'intention des participants:

Les renseignements recueillis pendant notre recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans un but autre que scientifique. La participation à cette recherche est volontaire. Aucun renseignement permettant de vous identifier ne figure sur ce formulaire de consentement éclairé sur les questionnaires, et sur l'entretien qui vous est soumis. Comme dans toute étude scientifique, nous souhaitons avoir le maximum d'information pour confirmer la viabilité de nos résultats. Toutefois, ces informations pourront être utilisées dans des publications scientifiques, mais sans que l'on puisse vous identifier personnellement. C'est pourquoi nous osons croire que votre participation est capitale dans sa réussite.

Votre participation à cette étude est librement consentie. Vous avez le droit de vous retirer à tout moment au cours de l'étude. On vous a expliqué la teneur de l'étude, vous avez lu et compris le formulaire de consentement, nous avons répondu à vos questions et nous convenons que vous puissiez participer à cette étude. Nous allons vous remettre une copie du présent formulaire de consentement dûment signé.

Signature du participant

Date

Signature de l'enquêteur

Date

Nous vous remercions de votre participation...

Annexe 7 : guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Préambule

Bonjour. Je suis étudiant en Psychologie, option psychopathologie et clinique à l'Université de Yaoundé 1. Je mène une étude sur les envies, désirs souvent irrésistibles (craving) que vous pouvez ressentir depuis que vous avez commencé le processus de traitement au centre la Vie.

Je m'intéresse surtout aux mécanismes psychologiques que vous mettez en avant pour faire face à ces envies et désirs intense de consommation. Avant d'y arriver, j'aimerais que vous me permettiez de prendre des notes pendant nos entretiens. Je vous garantis la confidentialité de ces entretiens.

Identification

Identifiant :

Fratrie :

Age :

Niveau d'étude :

Sexe :

Religion :

Ethnie :

Région d'origine :

Motif de consultation :

Thème 1 : la gestion des envies, des désirs irrésistibles de consommation

- Dans quel état émotionnel vous vous sentez lorsque vous avez besoin de consommer du cannabis ?
- Comment est-ce que vous vivez les envies et désirs de consommation ?
- Comment ça se manifeste physiquement ?
- Comment est-ce que vous faites pour essayer de résister à ces envies ?

Thème 2 : la présence de la figure maternelle dans l'enfance

- Avez-vous grandi avec votre maman ?
- Quels sont les rapports que vous avez avec votre maman ?
- Est-ce que lorsque vous aviez besoin de quelque chose, votre mère le mettait à votre disposition ?
- Est-ce que vous avez une petite amie ?

Thème 3 : la séparation entre sujet et objet de plaisir

- Qu'est-ce que vous aimez par-dessus tout ?
- Comment est-ce que vous vous sentez lorsque vous n'arrivez pas à avoir ce que vous voulez ?

Thème 4: la présence de l'environnement référent dans l'accompagnement du toxicomane (soutien institutionnel et familial)

- Est-ce que vous respectez vos rendez-vous au centre ?
- Est-ce que vous arrivez à parler avec le médecin/psychologue de vos envies et difficultés ?
- Est-ce que la famille vous encourage dans votre processus de rétablissement ?
- Est-ce que vous parlez de vos envies, de vos difficultés à votre famille ?

Annexe 8 : corpus des entretiens avec Stan

Identification

Identifiant :	Stan	Fratrie :	4/7
Age :	29	Niveau d'étude :	n'a pas eu de BEPC
Sexe :	Masculin	Religion :	Musulman
Ethnie :	Maffa	Région d'origine :	Extrême Nord

Motif de consultation : consommation de Cannabis, cigarettes, Thaï

Thème 1 : la gestion des envies, des désirs irrésistibles de consommation

Chercheur : *Dans quel état émotionnel vous vous sentez lorsque vous avez besoin de consommer du cannabis ?*

Stan : *le manque donc ça dépend ça vient souvent...stuip comment expliquer même, le corps fatigué donc... un peu de stress oui donc les réflexions sont un peu bizarres peut-être même, on dirait peut être en joie nonn quand tu es un peu trop dans la joie, ça vient aussi souvent*

Chercheur : *Comment est-ce que vous vivez les envies et désirs de consommation ?*

Stan : *L'envie c'est que quand ça vient, tu Tout ton esprit est là-bas, il faut il faut, il faut, l'envie ça dépend aussi, quelqu'un peut venir avec, il en a aussi ça, et l'envie ne te montre pas que voici ça hein, l'envie te montre que tu as déjà fumé, au moment que tu prends , tu ne connais pas, tu fume d'abord avant de comprendre que oui l'envie est déjà là quand tu fumes là , ça va faire tout et pour tout que tu fume tu ajoutes un autre*

Chercheur : *Comment ça se manifeste physiquement ?*

Stan : *La colère souvent, le bavardage, ça dépend souvent en faisant peut-être certains gestes...marcher, et ça... plus encore bavarder c'est ça aussi et ça joue beaucoup, énervé donc la colère aussi*

Chercheur : *Comment ça s'est passé lorsque vous avez eu un fort désir de consommer ?*

Stan : *Non quand C'est trop fort, donc stuip comment je vais dire, je me sens nerveux, totalement nerveux donc, trop, trop de colère.*

Chercheur : *Comment est-ce que ça se passe lorsque vous avez eu à consommer*

Stan : *Bon là il y'a un petit soulagement, donc en fait rien de bon nonn, rien de bon mais tu te sens un peu... dérangé, un peu... même après 5 min plus tard donc tu peux te trouver un peu...comment je vais dire, les vertiges, les maux de têtes, c'est ça.*

Chercheur : *Comment est-ce que vous faites pour essayer de résister ? Quelles sont les techniques que vous mettez en place vous même*

Stan : *Ahh stuips les techniques c'est de quitter aussi les lieux, là où il y'en a peut-être, bois un peu d'eau, donc je pense c'est ça...*

Chercheur : *donc ça se sont les techniques que vous-même vous essayez de mettre en place*

Stan : *Ou grignoter quelque chose pain chocolat donc ça dépend c'est ça*

Thème 2 : la présence de la figure maternelle dans l'enfance

Chercheur : *Vous avez grandi avec votre mère n'est-ce pas ?*

Stan : *Oui*

Chercheur : *Comment ça se passait avec elle ?*

Stan : *Très très bien, bien bien*

Chercheur : *Quels sont les rapports que vous avez avec votre mère ?*

Stan : *Oui il y en a bien, il y'a la possibilité donc je vais dire on s'entend quand même*

Chercheur : *Est-ce que lorsque vous aviez besoin de quelque chose, votre mère le mettait à votre disposition ?*

Stan : *Ah elle me montrait comment chercher, comment faire pour obtenir, je ne peux pas aussi trop m'en souvenir de ça... mais j'avais les possibilités, elle me donnait quand même*

Chercheur : *Est-ce que vous avez une petite amie ?*

Stan : *Non pour le moment comme j'ai laissé un peu la drogue là je peux quand même dire il y'en a quand même certaines qui on cause quand même, nous sommes là...*

Chercheur : *Vous sortez ensemble ?*

Stan : *Bien bien mais pas tout le temps... elles sont nombreuses donc on change en couleur*

Chercheur : *et selon vous qui dérange ? se sont les filles là ou toi ?*

Stan : *ahhhhh tu sais comme on dit souvent, la confiance, on ne donne pas à tout le monde, donc c'est en groupe qu'on donne, moins rien de perdre sans risque*

Chercheur : *c'est pourquoi les relations précédentes vous n'étiez pas trop dedans ?*

Stan : *ah je ne me donne pas à 100%, humm au moins 60% ouais, il ne faut pas... je ne sais pas, peut-être je n'ai pas encore trouvé une mais pour que je donne à 100% mais avec le temps peut être je ne sais pas je suis encore là que il y'en a le 20, le 30, 60, mais pas plus de 60, oui*

Chercheur : *C'est votre manière de ne pas être attaché*

Stan : *ouais c'est ça*

Chercheur : *mais si vous trouviez une copine avec qui vous pourriez vous donner à disons 90%*

Stan : *je ne suis pas sur*

Chercheur : *Quels sont vos critères pour vous donner ?*

Stan : *En fait stuip, comme j'ai dit, comme on disait donc, j'ai été déjà trop trahit tu vois un peu ? oui je jongle au niveau que tu vois, c'est que comme je vous ai dit même à 90% ah mon cœur est vide, mon cœur avait changé de comportement, donc moi donc, c'est à coté à coté c'est ça... donc pour l'instant, on jongle dans 60%*

Thème 3 : la séparation entre sujet et objet de plaisir

Chercheur : *Qu'est-ce que vous aimez par-dessus tout ?*

Stan : *Ce que j'aime beaucoup ?*

Chercheur : *Oui*

Stan : *Pour moi donc en fait j'aime la tranquillité,*

Chercheur : *Quoi d'autres ?*

Stan : *Ouais ouais, J'aime la tranquillité, j'aime comment dire, être posé, donc souriant toujours, pas de... on ne doit pas se fâcher, on ne doit pas penser au mauvais trucs, stuip c'est ça, à peu prêt*

Chercheur : *Et autre chose que vous aimez par exemple la nourriture, ou boire...*

Stan : *J'aime les fruits de mers oui, tout ce qui sort de la mère moi je mange, parce que moi j'aime ça, c'est les plus adoré dans ma vie aussi,*

Chercheur : *Comment est-ce que vous vous sentez lorsque vous n'arriviez pas à avoir votre tranquillité ?*

Stan : *Non Je vais aussi déranger et je connais pas éviter, c'est ça alors mon défaut aussi souvent, souvent c'est ça qui me fait avoir les problèmes même à la maison avec la maman donc c'est ça et il fallait la maîtrise pour éviter c'est ça qui est un peu difficile mais j'essaie toujours de voir comment me maîtriser*

Chercheur : *Donc lorsqu'on vous enlève votre tranquillité, vous allez réagir ?*

Stan : *Non c'est pas réagir en acte, en action hein, donc même en geste donc..., c'est pas facile de simplifier, sur 90% qui m'ont attaqué, on peut dire que j'ai répondu à 85% que c'est peut-être 5% que j'ai évité aussi mais je dois faire mieux que ça,*

Chercheur : *Et au niveau des fruits si on vient vous enlever les fruits de mer que vous aimez beaucoup, comment est-ce que, vous allez réagir ?*

Stan : *Là-bas c'est compliqué hein ça serait compliqué, parce que à la maison ils m'ont amené un système que comme ils connaissent que j'aime le poisson, ils ont enlevé maintenant il y'a plus le poisson, je suis obligé d'aller acheter dehors, et quand j'achète dehors c'est*

différent de ce que... la maison, tu vois, donc ça m'amène un peu,... ça dérange pas trop mais c'est normal aussi mais je vais m'adapter, je m'adapte aussi donc...

Chercheur : *Et comment vous vous sentez après ça, de savoir que vous arrivez et il y'a pas votre poisson*

Stan : *Je confirme que ces gens ... ils sont en train de me trahir, ou bien c'est une provocation c'est un peu l'occasion qu'ils me provoquent, fort, ça arrive, que tu parles là, ça arrive beaucoup même, ça se passe même, surtout quand j'achetais mon poisson, j'avais mon chat, quand je veux me diviser avec lui, il me regarde, je lui regarde, et c'est parce que c'est obligé, souvent quand je ne lui donne pas il va me griffer après, il va partir, il va venir, oui il va sursauter sur moi, vouloir m'effrayer, que non tu as fait... et il connaît comment on va se partager, c'est ça, en fait quand quelqu'un t'enlève ce que tu aimes précieusement, parfois c'est difficile, on digère mais ça blesse aussi le cœur, c'est ça que je te disais tout à l'heure comme les filles que je te dis que je donne 60%, parce que, ça eu à arriver, c'était pas arriver donc on prépare toujours avant la fin.*

Thème 4: la présence de l'environnement référent dans l'accompagnement du toxicomane (soutient institutionnel et familial)

Chercheur : *Est-ce que vous respectez vos rendez-vous au centre ?*

Stan : *Ici au centre ? J'ai eu à respecter tous les rendez-vous quand je ne viens pas, au rendez-vous, c'est parce que donc... c'est un programme donc c'est un truc qui est comment dire, c'est pas très important hein, mais,... ça va me pénaliser beaucoup... c'est ça*

Chercheur : *Et ça vous pénaliser dans quel sens ?*

Stan : *Bien au sens de la semaine peut être tu as un programme, parce que si je ne viens pas, comme je viens j'avais déjà planifier comment je vais mais au moment que j'avais déjà planifier, voici l'heure, on m'a mis en stocke, on bloque, on m'a bloqué donc stuiip ça aussi c'est souvent comment je vais dire, je me sens aussi déçu nonn, ou trahit, j'aime pas moi abusé les gens, j'aime pas aussi... ma confiance rejeté, la confiance de quelqu'un je dois pas aussi blaguer avec et ça je fais maxi tu vois un peu au maxi*

Chercheur : *Et les semaines où vous ne venez pas au centre, est ce que vous avez plus de rechutes ?*

Stan : *Oui j'ai plus de réflexion, plus de machin encore de réflexion même que... stuiip que je me sens même que ahhh je vous ai trahit quoi je fais aussi souvent l'expérience, en fumant peut être et arriver voir si vous allez détecter oui mais une fois Doc avait détecté oui il m'avait dit que « stan » l'autre fois tu étais comme ça, donc j'ai compris que ça joué vraiment sur moi et c'est la manque souvent aussi je fais l'effort je bagarre, jr bagarre très mal et mauvais pour le manque là parce que partout où je pars, partout où je pars je m'assoier il y en a, même si je m'éloigne, je me cache, je prends ma position, il y'a toujours une tentative, qui sort, stuiip, je ne sais pas c'est comme une secte quoi je ne connais pas quoi, c'est difficile pour moi hein,...ça va aller, c'est ça, une fois que tu vois je viens au rendez-vous, je fais tout pour arriver ici c'est parce que non j'ai envie de m'éloigner de tout ça, c'est vrai ça me prends l'argent mais quand je viens ici, je réfléchis je calcule, tu vas voir il y'a une petite tentative tu vas me dire 25f, c'est rien une cigarette tu vois un peu, arrivé à une cigarette ça va dire non prends un gué, 100f un gué après une cigarette encore je suis déjà à*

150f, je sais pas comment la journée fini souvent c'est pour ca que j'ai envie de calculer le nombre de comment je fume, comment je fais tout, je calcule je fais toujours l'effort de vouloir... laisser hein, pour ne pas que votre travail vous allez dire non parce que c'est envers ma volonté aussi et vous, vous m'encouragez beaucoup, vous m'aidez beaucoup c'est ca

Chercheur : *Est-ce-que vous arrivez à parler avec le médecin/psychologue de vos envies, de vos problèmes ?*

Stan :*Oui, j'ai eu à la parler une ou deux fois, elle m'a prescrit certains remèdes la donc stuip, hummmm j'ai peur de l'expliquer certains problèmes, on dirait que elle, elle connaît tout, elle lit beaucoup, elle m'aide beaucoup, elle me donnait certains formules, certains remèdes, comment faire pour arrêter, à un moment quand je sentais l'odeur de la cigarette ah, je n'en voulais plus,*

Chercheur :*Et de façon ouverte, vous lui dites comment est-ce que vous vivez ces moments de manques ?*

Stan :*Non je les parles aussi de la pression, de la souffrance tout tout tout , à un moment j'ai souffert pendant une semaine, ca n'allait pas , je n'ai jamais chuté comme ca, pour venir ici c'était un problème, j'avais peur de venir ici, et tomber en route, tomber même aux escaliers je te dis je n'avais pas d'équilibre, pas rien rien rien, j'étais secoué trop même, mais Dieu merci, elle m'a encore donné certaine, médicaments donc, ça pu baissé, j'ai pu récupérer, bien bien , ce qui fait encore que suis entré dedans c'est un jour dan comme on dit la colère quand j'étais en colère, nerveux donnnnnc, c'était pas facile, il fallait comme on dit on te provoque porque tu laisse, il faut avoir un grand cœur, non c'est pas facile, je te dis, on avait recommencé à fumer, fumer, et j'essaie de laisser maintenant, c'est pas facile, je jongle je jongle, un peu de pression, un peu de stress, c'est un peu de fatigue, donc,...*

Chercheur : *Et depuis le dernier rendez du vendredi jusqu'à présent, vous avez consommé combien de filon de cannabis ?*

Stan : *3 bâtons de cigarette, avec un gué lundi 20 mai*

Chercheur : *Est-ce que la famille vous encourage dans votre processus de rétablissement ?*

Stan :*Ouais la famille m'encourage, oui ils m'encouragent, il montre les possibilité, comment rester avec moi, comment vivre avec moi sans me mépriser, sans m'insulter, donc les gestes me prouvent déjà beaucoup... ils connaissent, ça se voit non, les comportements sont différents, avant je dormais à 23h, maintenant 21h, 21h30 je suis là je dors je dors même à 23h pour me réveiller à 3h maintenant à 5h je suis debout, je suis debout ou bien avant c'était si je me suis trop levé c'est 6h, même 6h là maintenant ne me trouve pas que je suis couché, 5h je suis debout,*

Chercheur : *Est-ce que vous parlez de vos difficultés à votre famille ?*

Stan : *De la fumé ? Non je ne peux pas parler, mais une petite que je peux quand même parler oui, que je te parle de 60% là oui je la décris quand même oui elle comprend tu vois un peu, ça avance*

Chercheur : *Et à votre famille en général ?*

Stan : *Non on ne peut pas parler de ça, ceux qu'on parle de ça, ils vont toujours croire que je suis dedans, ils vont dire que jamais le type là va laisser,*

Chercheur : *La fille des 60% il peut avoir quel lien entre elle et votre mère ?*

Stan : *Aucun lien, elle ne connaît pas ma famille, moi je connais sa famille, je connais sa sœur quand même que oui, son frère, donc elle ne connaît pas, elle me connaît seulement moi seule,*

Chercheur : *Ici, il s'agit pas de lien de parenté, par exemple, lorsque vous la voyez, vous voyez votre mère ?*

Stan : *Non la maman c'est la maman, peu importe, la maman est toujours là peut être à 100% et la fille alors maintenant donc 60% ça la mérite pour le moment car il y'a pas le mariage oui c'est ça, on se maîtrise non frangin, pas que je me sens encore blessé, le cœurs blessé, je me noie encore les soucis j'ai pas envie d'avoir ce genre de problème ... elle me rappelle seulement l'avenir quand je la vois, normalement c'est à côté donc il y'a rien qui ne peut comparer la maman avec elle, tu vois un peu même avec l'argent non, ça ne peut pas... et il y'a pas parce que ce que la maman fait, elle est prêt à tout pour l'enfant, quand je fumais, elle était avec moi, quand je fume, elle est toujours avec moi, ça veut dire tu vois un peu que ... elle me dit c'est moi-même donc*

Chercheur : *Lorsque vous avez les envies, vous parvenez à dormir ?*

Stan : *Oui je dors, la maman m'avait bloqué je voulais aller fumer, c'était fort, je voulais aller fumer une cigarette, elle a compris elle a dit tu pars où, pour ne pas être déçu, je me suis couché dans ma chambre j'ai dormi, le matin j'ai compris l'importance, il y avait un grand changement*

Chercheur : *Vous arrivez à manger ?*

Stan : *Oui stuips oui l'envie vient après le repas, ça ne vient pas avant le repas, après le repas, c'est ce que ma part ça vient quand je mange, j'ai envie, c'est là aussi c'est difficile pour moi, je vais monter, je vais descendre, je vais tourner, à un moment donné, je supporte pas, je fume*

Chercheur : *Lorsque vous avez un désir intense et qu'on vous donne de la nourriture à l'instant, allez-vous manger ?*

Stan : *Non l'appétit n'est plus là, l'appétit est parti,*

Chercheur : *Et à ce moment ?*

Stan : *Réflexion, donc frère, c'est un truc qui est mystique, ça joue trop moralement*

Chercheur : *Et comment vous expliquez ce côté mystique ?*

Stan : *Un truc qui n'a pas de corps, qu'on ne voit pas, qu'on ne voit pas n'est-ce pas ? Mais qui est là, un truc qui n'existe même pas mais qui est là ah de l'esprit d'un être humain aussi*

Chercheur : *Bon je vous remercie beaucoup pour cet entretien j'espère vous je vous ai pas beaucoup dérangé... et après cet échange, comment est-ce que vous vous sentez ?*

Stan : *Ah sans te mentir il y'a toujours le manque tu comprends.*

Annexe 9 : corpus des entretiens avec Brad

Identification

Identifiant : Brad

Fratie :2/3

Age : 25

Niveau d'étude : Bacc + 3

Sexe : Masculin

Religion : chrétien catholique

Ethnie : Mbamois

Région d'origine : Centre

Motif de consultation : consommation de cannabis

Thème 1 : la gestion des envies, des désirs irrésistibles de consommation

Chercheur : *Dans quel état émotionnel vous vous sentez lorsque vous avez besoin de consommer du cannabis ?*

Brad : *Très nerveux, très tendu, bon je suis trop à fleurs de peau, donc moindre réaction que ça soit positif ou négatif je vais crier, donc je suis toujours tendu nonn sous la colère*

Chercheur : *Comment est-ce que vous vivez les envies et désirs de consommation ?*

Brad : *Bon pour moi ça me prend plus lorsque je réfléchis énormément, et que je trouve pas de solution oui là je deviens tendu, je chercher d'abord à finir avant de revenir*

Chercheur : *Et comment est-ce que vous vous comportez ?*

Brad : *Comment est que je me comporte ? Bon je suis pale, timide, un peu, bon tu vois lorsque tu manques quelque chose nonn ?*

Chercheur : *Comment ça se manifeste physiquement ?*

Brad : *Comment ça se manifeste physiquement ? du genre je suis juste agité c'est tout quand je suis en manque je suis agité, à une certaine heure agité*

Chercheur : *Comment est-ce que ça se passe lorsque vous avez envie consommer ? Et comment vous vous comportez après avoir consommé*

Brad : *Bon généralement, quand ça me prend, je suis tendu mais je ne réplique pas à la première tentation, c'est du genre quand ça vient, je fais tout pour oublier enflait, donc j'essaie de faire une activité, qui va me permettre de me déconcentré à ça mais l'esprit reste toujours figé sur ça jusqu'à parce que pour moi ma période c'est lorsque j'ai déjà dépassé le matin sans fumé donc c'est une période vraiment déterminée oui traversé ça n'est souvent pas facile hein, surtout quand tu es habitué parce que ça fait souvent comme si tu es peut être devant le corps de la femme nonn, tu es excité en fait, donc c'est un peu cet excitation donc tu montes tu descends,*

Chercheur : Comment est-ce que vous faites pour essayer de résister à ces envies quelles sont vos stratégies?

Brad : *Hummm ce que j'ai commencé à développer c'est du genre quand ça me prend, parce que des fois l'envie te prend lorsque tu as déjà l'argent en main, ça fait un peu comme un automatisme, tu as envie, mais ça se calme mais dès que tu as 100f ou 200f, tu cherches quoi fumer mais ce que je fais souvent c'est que J'ai l'argent, si je vois que bon j'ai 200f, ça va faire un filon, un bâton de cigarette de 100f, et j'achète les biscuits que j'aime acheté par exemple, et je commence à manger, après là je pars seulement me coucher,*

Chercheur : C'est le seul mécanisme ?

Brad : *Bon c'est le seul que j'ai mis en place,*

Chercheur : Et vous trouvez que ça marche ?

Brad : *Oui ça marche car ça me permet de me déconcentré quand même de l'objectif*

Thème 2 : la présence de la figure maternelle dans l'enfance

Chercheur : Avez-vous grandi avec votre maman ?

Brad : *Bon j'ai grandi en fait avec mes 2 parents, et c'est en première qu'ils se sont séparé et c'est en première que j'ai commencé à redoubler les classes, j'étais le plus touché en fait dans leur choses, donc je vivais la scène comme si c'était moi-même, sans connaître d'abord ce que je vivais avec les échecs et tout contribue donc tout ça s'accumulait, c'est donc ça qui a déclenché tous les troubles là,*

Chercheur : Et présentement vous vivez avec qui ? La maman ou le papa ?

Brad : *La maman, ça fait peut-être 5 ans,*

Chercheur : Quels sont les rapports que vous avez avec elle

Brad : *Mère fils nonn, mère fils, parfois on cause même en camarade, donc, oui,*

Chercheur : Est-ce que vous causez ?

Brad : *Bon oui c'est cette année que j'ai commencé un peu à m'ouvrir parce que, mes choses on apprenait seulement, je ne connaissais pas dire ma chose à quelqu'un, la chose la plus bien gardé c'est gardé par soi même donc... c'est comme ça que j'ai grandi même les trucs de secrets tout ça les gens venaient même me dire leur secrets, mais ma part tu ne devais jamais pas être au courant,*

Chercheur : Vous apprenez à gardes vous choses vous-même

Brad : *Oui c'est même cette année que j'ai amélioré ça, ça me rendait agressif en fait, violent*

Chercheur : Est-ce que lorsque vous aviez besoin de quelque chose, votre mère le mettait à votre disposition ?

Brad : *Non nous on ne nous a pas appris ça, chez, lorsqu'on était petit, lorsque tu demandes on ne te donne pas, c'est du genre peut être le papa arrive, il a son plastique, exprès il s'assoit et déposer le plastique sur la table, il commence à manger, et personne ne doit le regarder pour dire que je veux, c'est maintenant à lui pour dire que le premier beignet, forcément il va nous appeler que « Cédric tiens » « merveilles tiens » en fait, c'est comme ça qu'on a grandi, je ne connais pas d'abord démanier quelque choses à quelqu'un*

Chercheur : *Bon là c'était au niveau du père, maintenant au niveau de la mère ?*

Brad : *La mère c'était la même chose mais j'étais plus collé avec la mère du genre je flattais beaucoup plus la mère, bon j'étais plus complice avec la mater que le vieux,*

Chercheur : *Est-ce que vous avez une petite amie ?*

Brad : *Bon présentement je suis en stand bine pour ma dernière relation pffffff, c'est finit grâce à la distance j'ai décidé d'abord d'être stable financièrement parce que tu ne peux pas prendre la fille d'autrui et elle vient juste boire l'eau j'ai envie un peu d'élever le niveau, c'est donc pour ça que j'ai d'abord mit pause... parce que tu peux faire tu vois une belle fille tu dragues elle accepte maintenant au moment de t'occuper d'elle tu demandes l'aide ... donc c'est ça ma logique en fait oui je veux du genre qu'elle soit chez moi on vie ensemble si elle est enceinte, je m'occupe d'elle là là là ou lui dire que non je pars voir les parents humhum stuiippp, je ne connais pas compter sur les gens lorsque je fais ma chose*

Chercheur : *D'accord ça été votre seule relation passée ?*

Brad : *Non j'ai eu deux, deux comme ça, deux ou trois oui*

Chercheur : *C'est l'argent qui a toujours été à l'origine de la séparation ?*

Brad : *Bon l'argent quand même faisait un peu les petits soucis mais ce n'était pas toujours ça*

Chercheur : *Et c'était quoi de façon généralise si je ne m'abuse ?*

Brad : *Puuuuffffff bon pour la 1^{ère} c'était un de mes amis, bon en ce moment-là j'avais encore les mais, j'avais un ami en 3^e là parce que moi j'ai commencé en 6^e hein, donc ma 1^{ère} c'était de 6^e jusqu'en 3^e, et un de mes amis , a dragué, bon je se sais pas ce qu'il on fait ensemble jusqu'à c'est finit entre nous, la 2^e on a fait 4 ans ensemble mais on s'est séparé entre 2nd et première, en première, c'est la distance qui nous a séparé, et la même chose même pour la 2^e, comme j'étais quelqu'un qui voyageait beaucoup, parc qu'on fait l'effort de toujours me canaliser, j'avais l'esprit déjà dégagé en fait, puff c'est un peu ça*

Chercheur : *Et vous avez commencez de fumer en quelle classe ?*

Brad : *La deuxième fois que je fais probatoire et j'ai fait le probatoire 4 fois*

Chercheur : *Et votre bac vous l'avez eu en qu'elle année ?*

Brad : *Huuummmmm2021-2022*

Chercheur : *Vous avez eu fréquentez alors*

Brad : *Je devais être parmi les gens qui ont le bac à 14 ans mais si c'était pas la situation ambiante qu'il y a eu aka je passais ça normalement, ma petite sœurs est venu me dépasser, mais je regarde pas ça hein*

Thème 3 : la séparation entre sujet et objet de plaisir

Chercheur : *Est-ce qu'il y'a quelque chose que vous aimez par-dessus tout ?*

Brad : *A part Dieu il y'a plus rien d'autre hein, je ne sais pas ce qui m'intéressé au point où je n'ai pas d'abord de préférence à quelque chose que ce soit nourriture, ou... parce que moi je mange tout, j'accepte tout, je n'ai pas de préférence,*

Chercheur : *Vous n'avez pas quelque chose que vous aimez par-dessus tout et que vous tenez vraiment à ça ?*

Brad : *Peut-être le chien parce que mon animal de compagnie depuis petit c'est le chien, j'ai aimé les chiens à un niveau où quand mon chien moi-même est mort, je me suis plus lancé dans ça,*

Chercheur : *D'accord et prestement, vous n'avez rien qui vous tient sous la main ?*

Brad : *Humhum présentement rien, humhum*

Chercheur : *Et votre téléphone ?*

Brad : *Je commence à aimer le téléphone lorsque j'ai ça en main, lorsque je le manipule trop distraction principale là quand tu vas me retirer, forcément je vais réagir du genre pourquoi est-ce que tu prends mon téléphone, est ce qu'on est encore dans la période où tu vas dire que, ce sont les évaluations,*

Chercheur : *Comment est-ce que vous vous sentez lorsque vous n'arriviez pas à avoir ce que vous voulez je prends le cas du cannabis*

Brad : *Comme un prisonnier, très nerveux, une fois la maman m'avait fait ça je pense que c'était l'année passée, je voulais sortir, elle m'a dit tu ne sors pas, elle a fermé la porte, et j'ai dit que si je veux sortir, je vais sortir donc ce que tu fais la même, je ris même seulement, elle me dit ok on va voir, tu vas seulement me traverser, elle a fermé sa porte, elle est sortie, elle est allé dans sa chambre, J'ai démonté toute la porte, comme je fais dans le fer nonn, j'ai démonté toute la porte, je suis sorti j'ai laissé ça comme ça, lorsqu'elle est sortie, elle a seulement secoué la tête,*

Chercheur : *La porte était en fer ?comment avez-vous démontez ?*

Brad : *En fer, stuip, je suis métallier nonn, je fais dans le fer, je n'ai pas scié, je n'ai rien coupé, j'ai démonté, je suis sorti, tout a un principe de fonctionnement et de dysfonctionnement, par rapport à la porte, lorsque tu ouvres l'étagère du haut, tu ouvres l'étagère du bas, la porte n'est plus solidement fermé, donc avec légèrement un peu de force, tu tires vers l'intérieur, la serrure qui était légèrement fermé va écarter le troue ou c'était entré, ça doit en fait, la boîte du haut doit rester écarté, puis, ça va ouvrir la porte, donc même dehors dehors, si quelqu'un connaît, il peut ouvrir ta porte.... Mais on ne nous apprend pas ça pour braquer les gens mais en cas de toute urgence, tu peux intervenir, tu ouvres sans casser, tout ce qu'il y'a le fer, est démontable, ça dépend de comment on l'a soudé donc on*

ne peut pas condamner l'homme est quelqu'un de migratoire il se déplace à tout moment, si tu veux te déplacer, tu démontes ... j'ai démonté la porte, elle a vu qu'on ne peut pas m'arrêter, je suis aussi très décisif hein, lorsque j'ai déjà pris ma décision, monte tu descends je vais l'appliquer, lorsque j'ai donné ma parole, monte tu descends, je vais réaliser ce que j'ai dit, c'est aussi ça qui fait ma force mais depuis que je me suis décidé que j'arrête là vraiment c'est un grand combat, voilà la seule chose qui m'a dépassé hein ... tu fumes 3 fois par semaine, l'autre semaine tu fume 2 fois tu vois un peu,

Thème 4: la présence de l'environnement référent dans l'accompagnement du toxicomane (soutien institutionnel et familial)

Chercheur : *Est-ce que vous respectez vos rendez-vous au centre ?*

Brad : *Oui oui*

Chercheur : *Et même l'heure ?*

Brad : *Non à cause des embouteillages ou*

Chercheur : *Vous êtes au centre depuis combien de temps ?*

Brad : *Ça fait 1 mois*

Chercheur : *Est-ce que vous arrivez à parler avec le médecin/psychologue de vos problèmes, de vos envies ?*

Brad : *Non non, non non, non non, déjà c'est du tic au tac, lorsqu'on me pose une question de réponses, c'est tout mais je vais jamais venir dire que comme j'ai tel envie, je veux, d'avoir ou quoi que ce soit*

Chercheur : *Ok tant qu'il ne vous pose pas de question vous ne répondez pas ?*

Brad : *Oui je ne réponds pas*

Chercheur : *Et vous répondez de façon directe ?*

Brad : *Oui directe sans avoir de peur ou de soucis, parce qu'on dit qu'on aide celui qui veut se faire aider hein, en fait c'est ça,*

Chercheur : *Donc vous vous n'ouvrez pas trop ?*

Brad : *Très difficilement, parce que pour moi la confiance n'existe plus, même si c'est qu'on m'a parlé de toi que tu es l'homme le plus confiant, mais il y'a un soucis, quand je serai toujours avec toi, s'il y'a un souci de garde, et un autre côté de consent mais je m'ouvre pas totalement comme ça,*

Chercheur : *Et quel est le souci avec votre confiance ?*

Brad : *Puuuuuufffff bon on dit souvent que l'homme change en fonction de son environnement, j'ai eu une expérience un peu... un peu bizarre où chaque personne avait qui j'accordais ou je causais finissais toujours par casser la relation donc stup*

Chercheur : *Vous avez observé ça vous faisiez quelle classe ?*

Brad : *Même quand je suis arrivé en terminal, en première quand les autres passaient, il y a l'hypocrisie du genre ohhh comme tu as échoué, se sont ces ohhh les petits noms qu'on te lance, si j'étais amis avec quelqu'un directement, il commence à créer la distance, ou c'est parce que tu as échoué ou bien, et tout, le vrai ami c'est celui-là qui est avec toi quand tout va bien, tout va mal, pas seulement quand tout va bien,*

Chercheur : *Si je comprends bien vous n'avez pas d'amis*

Brad : *Je n'ai pas d'amis..., sérieux ekie, quand je dis ça, les gens croient je blague je marche seul, je fais mes choses seule, je fais tout pour ne pas avoir besoin de quelqu'un donc je fais le maximum pour ne pas demander à quelqu'un, c'est quand je suis vraiment coincé et que je n'ai pas d'issus, c'est là que je me rends petit, et je demande mais se sont les choses rares que quand ça se passe, il faut même filmer pour mettre dans l'agenda hiiiiiiiiiiiiiiiiiiii (en souriant) parce que je suis d'abord préparé en avance, je ne fais rien pour rien si peut être demain, je suis, j'ai une sortie, par exemple, je sais que ma sortie, aujourd'hui, je commence à faire le petit devis de ce que je vais commencer et tout et tout, peut être le devis de ma sortie sera taxi, et ce que je vais consommer, tout tout tout, bon dans toute mes dépenses, peut être je vais dépense 5 mil, je sors au moins avec 7mil 8 mil, c'est un peu comme ça que je... je suis un peu trop prévoyant.*

Chercheur : *Est-ce que la famille vous encourage dans votre processus de rétablissement ?*

Brad : *Oui oui famille maternel,*

Chercheur : *Et ceux de la maison ?*

Brad : *Hum oui parfois mais parfois dans les élans de colère, il y'a certains mots qui s'échappent hein*

Chercheur : *Venant de vous ou bien des autres ?*

Brad : *Non des autres nonn mes sœurs ou bien ma mère parce que des fois dans la colère bon...on te lance un mot après elle regrette,*

Chercheur : *Et vous digérez ça comment ?*

Brad : *Quand elle sait qu'un mot m'a touché, peut-être on est en train de se chamailler, et qu'un mot m'a touché, je ne vais plus parler, là tu vas comprendre que ici là, il a digéré hiiihii (en souriant) quand tu lance un mot et je sais que ça m'a touché non, je ne réponds plus, je vais bavarder ohhh je ne serais plus avec toi, et ça dépend même de la relation que j'ai avec toi, si tu es ma sœur ou ma mère, je peux même faire 2 jours je ne t'adresse pas la parole dans la maison, mais si c'est même quelqu'un du dehors, c'est même 3 ans hiiiiiiiiii (en souriant) donc c'est un peu ça mais comme on a déménagé, on est dans un nouveau quartier, là, fait 2 ans qu'on est là, je n'adresse pas la parole à mes voisins hein, sauf les adultes, mais les enfants et conjoints là ...14, 16, 20 ans, tous là, et c'est du genre si tu es mon aîné, tu vas me saluer, sans ça norr, je ne te salut pas, bon c'est comme ça que je les ai habitué au quartier, on m'appelle même l'homme le plus sérieux le plus sérieux au monde mais personne ne peut imaginer, me voyant au quartier que je fume, je n'ai pas les traits de nervosité, de quelqu'un qui toujours calme, toujours posé, je souris quand il faut, je sors quand il faut, il personne au quartier qui peut dire que l'enfant ci fume... sa manière de faire, il n'est pas agité, il n'est pas voilent, il n'est pas grossier, donc c'est pas par ce que moi bon*

je prends la personne telle qu'elle vient hein, tu viens agressivement, ah je vais te montrer que je suis plus agressif que toi, donc c'est un peu ça, et je fais alors ça bien donc je suis lorsqu'il fait exceller, j'excelle partout, que ce soit bien ou mauvais, faut sortir on sort on fait bien tu comprends que l'enfant ci il est à la maison comme ça alors que c'est un fêtard,

Chercheur : *Est-ce que vous parlez de vos difficultés de vos envies à votre famille ?*

Brad : *Non seulement quand on me pose des questions*

Chercheur : *Et je suis certains qu'il ne t'en pose pas sur tes envies et problème ?*

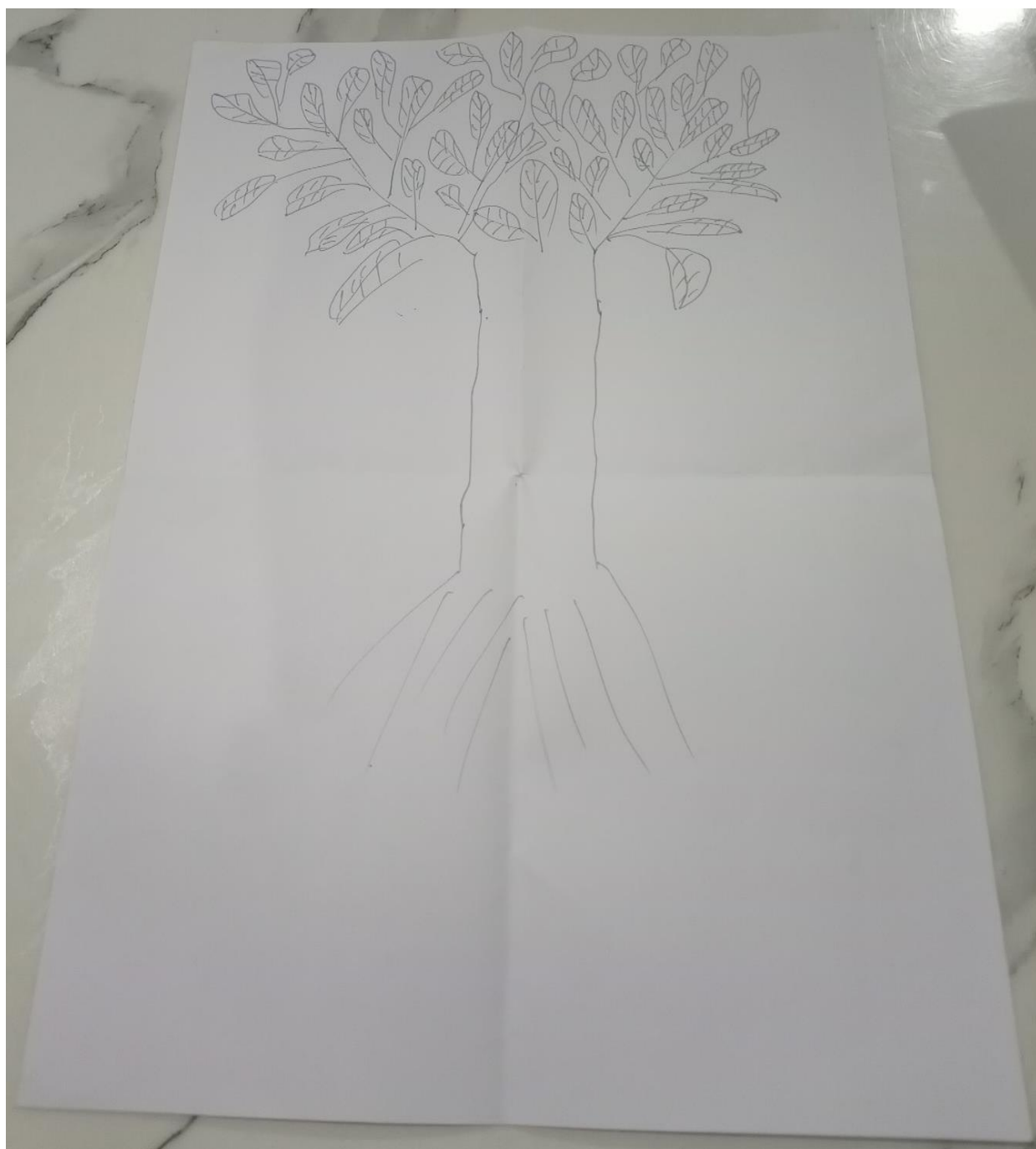
Brad : *Hum-hum parce que c'est moi qui gère mes envies non ? est-ce que quelqu'un va se placer et dire que il va te demander que le gâteau ci a quel gout ? dans ta bouche tu sens sucré, quelqu'un d'autre va sentir que c'est amer ou bien, les envies diffèrent en fait, tu vas t'asseoir et dire que tu maîtrise les envies en fait, je connais les envies, ça diffère selon les organismes, de tout un chacun peut être pour moi,... De nature je suis d'abord très calme, ça m'a encore rendu très calme, si c'est que tu es violent, ça va te rendre plus violent, c'est tout*

Chercheur : *Ok si je comprends bien vous n'en discutez pas avec votre famille*

Brad : *Moi je, Quand tu vois je suis en train de causer avec quelqu'un, ça veut dire que la personne a ouvert le débat le premier mais je vais jamais venir dire que man stuip, tu sais qu'aujourd'hui j'ai eu un envie fou de vouloir fumer, je me suis retenu jusqu'à maintenant tu sais, je vais dire ça, je sais qu'elle va dire automatiquement que c'est bien, même s'il reste là, donc les petits mots de motivation, moi ça m'a dérégulé du cerveau, quand tu m'encourage je chute une fois, quand tu encourage le porc, il casse la porcherie, j'aime un peu ça, j'aime fournir des efforts de moi même, même parfois je m'en fou de l'appréciation des autre hein, même quand tu veux dire que c'est bien yekieeee, vaut mieux tu attends je finis hiiiiiiii (en souriant) parce que une fois que tu me dis déjà que c'est bien, quand je n'ai pas finis là aka tout le reste nooor ah ça serai le bricole, de bricole même aussi, que j'ai fait environ 2h de temps aujourd'hui pour faire ce que les gars ont fait 3 semaines et de sortir dedans donc...*

Chercheur : *Je vous remercie pour votre participation*

Annexe 10 : Arbre de stan



Annexe 11 : Arbre de Brad

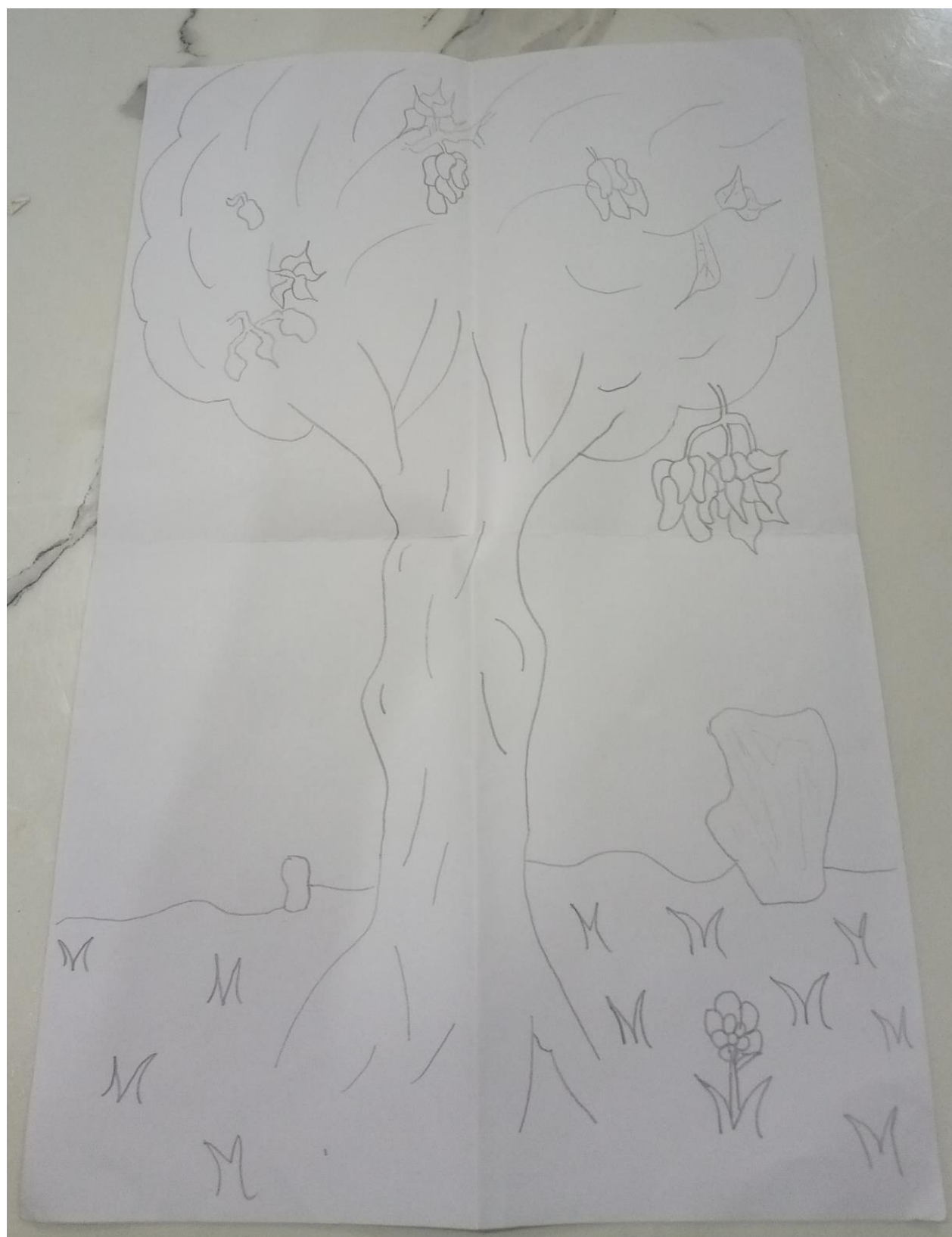


TABLE DES MATIERES :

SOMMAIRE	i
Dédicace	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Abstract	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
Listes des Annexes	viii
Introduction Générale	1
1^{ère} partie: CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE.....	4
CHAPITRE 1: PROBLEMATIQUE.....	5
1 Problématique.....	5
1.1 Contexte et justification de l'étude.....	5
1.2 Position et formulation du problème	9
1.3 Question principale recherche	13
1.3.1 Question spécifiques de recherche	13
1.4 Hypothèse.....	14
1.4.1 Hypothèses secondaires.....	14
1.5 Objectif.....	15
1.6 But	15
1.7 Pertinence et intérêts de l'étude.....	15
1.7.1 Pertinence	15
1.7.2 Intérêts de l'étude	15
1.7.2.1 Intérêt scientifique	16
1.7.2.2 Intérêt social	16
CHAPITRE 2 : ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS.....	17
2 Analyse critique des concepts	17
2.1 Etat des lieux sur l'Insight.....	17
2.1.1 Définition.....	17
2.1.2 Modèles actuels de l'insight	18
2.1.3 Neurobiologie de l'insight clinique	19
2.1.4 Outils d'évaluations de l'insight.....	20
2.1.5 Insight et psychanalyse.....	21
2.1.6 Lien entre insight et craving.....	22
2.2 Etat des lieux sur le Craving.....	24

2.2.1	Historique du craving	24
2.2.2	Définition du craving.....	25
2.2.3	Pluralité des cravings.....	26
2.2.4	Outils d'évaluations.....	26
2.2.5	Craving et la place du transfert dans la psychanalyse	28
2.2.6	Facteurs influençant le craving.....	29
2.2.7	Intérêt du repérage dans la pratique clinique.....	29
2.2.8	La perception et l'évaluation du craving	31
2.2.9	La mémorisation et le rappel du craving	33
2.2.10	Liens craving-sevrage.....	33
2.3	Etat des lieux sur la Symbolisation	34
2.3.1	Définition.....	34
2.3.2	Processus de Symbolisation	36
2.3.3	Naissance de la vie psychique de la symbolisation	38
2.3.4	Niveaux de symbolisation	39
2.4	Etat des lieux su la Toxicomanie.....	40
2.4.1	Définition.....	40
2.4.2	Toxicomanie et dépendance	40
2.4.3	Conceptions psychanalytique de la Toxicomanie	41
2.4.3.1	Conception Freudienne.....	41
2.4.3.2	Conceptions analytiques post-freudiennes	42
2.4.4	Toxicomanie comme un mécanisme d'auto-protection.....	43
2.4.5	Phases de la toxicomanie et circuits impliqués	44
2.4.6	Action du cannabis dans la toxicomanie	45
CHAPITRE 3: INSERTION THEORIQUE.....		46
3	Insertion théoriques	46
3.1	Le modèle cognitif et comportemental de la rechute de Marlatt et Gordon (1985)	46
3.2	Le modèle transthéorique du changement (Prochaska, Di clemente 2009).....	48
3.3	La théorie psychanalytique de la symbolisation de Roussillon (1997 cité par Di Rocco 2006) et Brun et Roussillon (2016)	50
3.2.1.	La symbolisation primaire.....	51
3.2.1	La symbolisation secondaire	55
3.2.2	La composition de la réalité externe.....	57
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....		60
CHAPITRE 4: METHODOLOGIE.....		60
4	Méthodologie.....	61
4.1	Bref rappel de la problématique	61

4.1.1	Rappel du problème.....	61
4.1.2	Modèle d'analyse	63
4.1.3	La question principale de recherche	63
4.1.4	Hypothèse principale	63
4.1.5	Objectif principal.....	63
4.2	Site de l'étude.....	64
4.2.1	Présentation du site de l'étude.....	64
4.2.2	Localisation de la structure.....	64
4.2.2.1	Localisation de l'Hôpital Central	64
4.2.2.2	Localisation du centre la vie.....	65
4.2.3	Historique	65
4.2.3.1	Historique de l'Hôpital central	65
4.2.3.2	Historique du Centre la Vie.....	65
4.2.4	Activités menées au centre la vie	66
4.3	Population d'étude.....	66
4.3.1	Echantillon.....	66
4.4	Critères de sélection	66
4.4.1	Critères d'inclusion	66
4.4.2	Critères d'exclusion.....	67
4.5	Echelle de sélection	67
4.5.1	Les échelles	67
4.5.2	Procédure de recherche.....	69
4.5.3	Caractéristiques des participants	70
4.6	Type de recherche	71
4.7	Méthode de recherche : méthode clinique.....	72
4.7.1	Etude de cas.....	72
4.8	Technique et outil de collecte des données : entretien semi-directif et guide d'entretien...73	
4.8.1	Technique de collecte des données : Entretien semi-directif.....	73
4.8.2	Outil de collecte de données : guide d'entretien.....	75
4.8.3	Le test de l'arbre de Charles Koch	76
4.9	Déroulement de la collecte de données	77
4.10	Technique d'analyse.....	78
4.10.1	L'analyse de contenu.....	78
4.10.2	L'analyse thématique	79
4.10.3	L'interprétation du test de l'arbre.....	80
4.11	Difficultés liées à la collecte des données	80
4.12	Des précautionnions éthiques	80

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	81
5 Présentations et analyses des résultats.....	82
5.1 Présentation des participants	82
5.1.1 Cas 1 : Stan.....	82
5.1.1.1 Présentation	82
5.1.1.2 Présentation des résultats à l'OCDS.....	83
5.1.1.3 Présentation des résultats au HAIS.....	83
5.1.1.4 Présentation des résultats au test de l'arbre	83
5.1.2 Cas 2 : Brad	86
5.1.2.1 Présentation	86
5.1.2.2 Présentation des résultats à l'OCDS.....	86
5.1.2.3 Présentation des résultats au HAIS.....	86
5.1.2.4 Présentation des résultats au test de l'arbre	86
5.1.3 Résultats diagnostics	90
5.2 Analyse des résultats	90
5.2.1 Contexte d'apparition des envies, pensées et désirs irrésistibles.....	90
5.2.2 Contexte de la présence de la figure maternelle dans l'enfance	92
5.2.3 Contexte de la séparation entre le sujet et l'objet de plaisir (drogue)	94
5.2.4 Contexte de la présence de l'environnement référent dans l'accompagnement du toxicomane (soutien institutionnel et familial).....	96
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION	99
6 Interprétation des résultats et discussion	99
6.1 Synthèse des résultats.....	99
6.2 Interprétation des résultats.....	101
6.2.1 Application de la théorie psychanalytique de la symbolisation.....	102
6.2.1.1 La présence de la figure maternelle dans la symbolisation primaire.....	102
6.2.1.2 La Séparation entre le sujet et l'objet drogue dans le processus de symbolisation.....	104
6.2.1.3 Le partage du vécu envers l'environnement référent dans l'accompagnement du toxicomane (personnel soignant et famille) dans la symbolisation secondaire	106
6.3 Discussion des résultats.....	111
6.3.1 Les résultats auxquels nous sommes parvenus.....	111
6.3.1.1 Résultats similaires.....	112
6.3.1.2 Résultats différents	113
6.3.2 Autres lectures différentes de la nôtre	114
6.3.3 Autres orientations théoriques ou méthodologiques que nous aurions pu déployer pour rendre le travail encore meilleur.....	115
6.3.4 Ce que nous avons néanmoins fait pour que le travail soit scientifique	116
6.4 Implications et perspectives	117

6.4.1	Implications	117
6.4.2	Perspectives	117
Conclusion générale		118
Références Bibliographiques.....		121
Annexes.....		x
Table des matières.....		xlix