



Université Abderrahmane Mira, Béjaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin d'étude

En vue de l'obtention du diplôme de MASTER

En psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

**La fonction subjective de l'usage du cannabis chez les
toxicomanes en cure de désintoxication**

Etude de 07 cas à l'EHS de Oued Ghir

Réalisé et présenté par :

Ait Mahrez Thilleli

Encadré par :

Pr. HATEM Wahiba

Année universitaire 2024 – 2025

Remerciements

Je remercie dieu le tout puissant de m'avoir apporté la santé et la volonté et le courage d'entamer et de terminer ce mémoire.

*Tout d'abord, ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu avoir le jour sans l'aide et l'encadrement de **Pr Hatem Wahiba**, je la remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa rigueur et sa disponibilité durant la préparation de ce mémoire.*

*Je remercie infiniment mes très chers parents, **Yahia** et **Fariza**, qui ont toujours été là pour moi, qui m'ont soutenue tout au cours de ma vie, sans eux je ne serai pas où je suis maintenant. Je remercie mes sœurs **Ines** et **Maya**, et mon frère **Yani**, pour leurs encouragements.*

*Je tiens à remercier **M. Djemaoune** et **Mme. Tokfa** encadrants chargée de mon stage et aussi je remercie le cadre de l'EHS de Oued Ghir qui m'ont accueillie.*

En guise de reconnaissance, je tiens à témoigner mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement de mon mémoire et à l'élaboration de ce modeste travail.

Je vous remercie.



Ait Mahrez Thilleli

Dédicace

Je dédie ce travail humble et modeste à mes chers parents, Aït mahrez Yahia et Fariza, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études,

A mes chères sœurs, Ines et Maya, pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral,

A mon cher frère, Yani, pour son appui et son encouragement,

A toute ma famille pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire, à ma grand-mère, Taous, que dieu l'accorde dans son vaste paradis, à mes cousines : Hanane, Sabrina, Katia, Maïssa, Zehour, Assia, Sylia, Damia, Imane, Sarat, Lydie, Lea et cousin : Yamin, Mazigh, Fateh, Arab, Massi, à mes tantes : Hakima, Nassira, Wahiba, Nassima et mes oncles : Nassim, Ilyazid, M.Akli, Nadjim, Khider.

Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infailible,

Merci d'être toujours là pour moi.



Aït Mahrez Thillel

Liste des abréviations

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

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé.

DSM-5 : Classification Internationale des Maladies (1¹ édition)

CIM-11 : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (5^e édition)

MMM : Marijuanas Motives Measure

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSRI : Observatoire Régional de la Santé et de Recherche indépendantes.

MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

APA : Américain Psychiatric Association.

SPA : Substance psychoactive

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

CT : Communauté Thérapeutique

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

THC : delta-9-Tétrahydrocannabinol

CBD : Cannabidiol

UPC : Usage Problématique du Cannabis

TOC : Troubles Obsessionnels-Compulsifs

CB1 : Cannabidiol type 1

GABA : neurones GABAergiques

PPC : Préférence de Place Conditionné

Liste des figures

Figure 01 : Trouble lié à l'usage de drogues : une perspective développementale.....	20
Figure 02 : Circulation de l'information par une synapse.....	23
Figure 03 : Loi de l'effet ou Triangle d'Olievenstein	27
Figure 04 : Types et formes de cannabis.....	29
Figure 05 : Plante marijuana	30
Figure 06 : La résine	30
Figure 07 : L'huile de cannabis	31
Figure 08 : Les principaux produits à base de cannabis et leurs modes de consommation.....	31
Figure 09 : Schéma d'interactions du modèle bio-psycho-social.....	35
Figure 10 : Schéma d'interactions du modèle cognitif-comportemental	37
Figure 11 : Modèle de conditionnement opérant appliqué à l'addiction. (Cyr L., 2022, p.39).	53
Figure 12 : Fonctionnement d'un cerveau non addict et addict (Raynaud M., 2016, p.14).....	56
Figure 13 : Modèle cognitif de Beck (1993). (Cyr L., 2022, p.42)	60
Figure 14 : Le cycle de l'assuétude de Peele. (Didier A., 2016, p. 70).....	62

Liste des tableaux

Tableau N° 1 : Caractéristique de groupe de recherche.....	67
Tableau N° 2 : Normes et cotation du questionnaire Marijuanas Motives Measure (MMM).....	69
Tableau N° 3 : Scores du questionnaire MMM de Karim.....	76
Tableau N° 4 : Scores du questionnaire MMM de Sami	79
Tableau N° 5 : Scores du questionnaire MMM de Salim	82
Tableau N° 6 : Scores du questionnaire MMM de Maria	85
Tableau N° 7 : Scores du questionnaire MMM de Hakim.....	88
Tableau N° 8 : Scores du questionnaire MMM de Meziane	91
Tableau N° 9 : Scores du questionnaire MMM de Sofiane.....	94
Tableau 10 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets au MMM : fonctions de Renforcement et Social.....	96

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Introduction générale	1
Problématique	4
Hypothèse	6
Opérationnalisation des concepts	6
Objectifs et raisons du choix du thème	7

CHAPITRE I

Addictions et cannabis

Préambule	9
I. Addiction	9
1- Définitions des concepts	9
1.1- Toxicomanie	9
1.2- Addiction	9
1.2.1- Pratiques addictives	10
1.2.2- L'abus	10
1.2.3- La dépendance:	10
2- Histoire d'addiction	11
3- Types d'addictions	12
3.1- Les addictions liées à une substance :	12
3.1.1- L'alcool	12
3.1.2- Le tabac	13
3.1.3- Les drogues:	13
3.1.4- Les médicaments	13
3.2- Les addictions comportementales:	14
3.2.1- Les jeux vidéo	14
3.2.2- La cyberaddiction	15
3.2.3- Les jeux d'argent	15
3.2.4- L'alimentation	16
3.2.5- Le sexe	16
3.2.6- Le travail	16
3.2.7- Le sport	17
3.2.8- Les achats compulsifs	17
4- Les facteurs de risques	17

4.1- Facteurs neurobiologiques	17
4.2- Facteurs génétiques	17
4.3- Facteurs développementaux	18
4.4- Facteurs psychologiques et comportementaux	18
4.5- Comorbidités psychiatriques	18
4.6- Facteurs environnementaux	19
5- Epidémiologie de l'addiction	20
6- Critères diagnostiques de l'addiction	20
6.1- DSM 5	20
6.2- CIM 10	21
7- Les modèles théoriques d'addiction	22
7.1- Le modèle neurologique	22
7.2- Modèle cognitivo-comportemental	23
7.3- Le modèle psychanalytique	24
7.4- La recherche de sensation de ZUCKERMAN	25
7.5- Les motivations à consommer de COOPER	25
7.6- Le modèle multidimensionnel	26
II. Le cannabis	27
1- Définition	27
2- Histoire	27
3- La construction chimique	28
4- Types et formes du cannabis	29
5- Constitution et effets	32
6- Épidémiologie	32
7- Usage problématique selon le DSM-5 et la CIM-11	33
8- Modèles explicatifs de l'addiction	34
8.1- Modèle bio-psycho-social	34
8.2- Modèle cognitif-comportemental	35
9- Conséquences de consommation	37
9.1- Conséquences sociales	37
9.1.1- Le coût social	37
9.1.2- Risques d'accidents	37
9.2- Conséquences physiques et médicales	37
9.2.1- Syndrome cannabinoïde et intoxication	37
9.2.2- Système cardiovasculaire	38
9.2.3- Voies respiratoires	38

9.2.4- Cancer	38
9.2.5- Reproduction	38
9.2.6- Troubles du sommeil	38
9.2.7- Comportement alimentaire	39
9.2.8- Autres manifestations somatiques	39
9.3- Conséquences psychopathologiques	39
9.3.1- Troubles cognitifs	39
9.3.2- Troubles anxieux	40
9.3.3- Troubles de l'humeur	40
9.3.4- Troubles psychotiques	40
9.3.5- Troubles de la personnalité	41
9.3.6- Troubles obsessionnels	41
10- Prise en charge	41
10.1- Les services médicaux	41
10.1.1- La cure de désintoxication	41
10.1.2- L'hébergement en centre spécialisé	42
10.1.3- Les traitements pharmacologiques	43
10.1.4- Les traitements de substitution	43
10.2- Les traitements psychologiques	43
10.2.1- L'entretien motivationnel	43
10.2.2- La prévention de la rechute	44
10.2.3- La psychothérapie psychodynamique	44
10.2.4- La psychothérapie cognitive comportementale (TCC)	45
10.2.5- Le groupe de parole	45
10.2.6- Les communautés thérapeutiques	46
Synthèse	46

CHAPITRE II

FONCTIONS SUBJECTIVES DU CANNABIS

Préambule	48
1- Définition	48
2- Histoire des fonctions subjectives du cannabis	48
3- Les cinq fonctions subjectives du cannabis	49
3.1- Le renforcement	49
3.2- La conformité	55

3.3- Fonction sociale et cognitive	56
3.4- Coping.....	57
3.5- Développement personnel.....	60
Synthèse.....	61

CHAPITRE III

Méthodologie de la recherche

Préambule	66
1- Les limites de la recherche.....	66
2- Présentation de lieu de recherche	66
3- Le groupe de recherche.....	67
3.1- Critères d'inclusion	67
3.2- Critères d'exclusion	67
4- Les outils de recherche	68
4.1- L'entretien clinique	68
4.2- Le Questionnaire de la fonction subjective de l'usage du cannabis MMM (Marijuana Motives Measure).....	69
5- La méthode utilisée dans le travail de recherche	71
6- Déroulement de la recherche.....	71
6.1- La pré-enquête.....	71
6.2- L'enquête	72
7- Le consentement des cas.	72
8- Les difficultés rencontrées lors du travail de recherche	73
Synthèse.....	73

CHAPITRE IV

Présentation, analyse des résultats et Discussion de L'hypothèse

Préambule	75
1- Présentation et analyse des entretiens et du questionnaire MMM	75
2- Discussion de l'hypothèse	95
Synthèse.....	98

Conclusion générale	100
Bibliographique	102
Annexes	
Résumé	

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale

L'addiction désigne un besoin compulsif et répétitif d'utiliser une substance (cannabis, cocaïne, prégabaline ...), ou d'adopter un comportement (jeux, sport excessif, achats compulsifs...), malgré des conséquences négatives.

Dans ce cadre, notre attention se portera plus spécifiquement sur le cannabis, en tant que substance largement impliquée dans le champ des conduites addictives notamment en raison de sa prévalence croissante de 228 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans déclarant en avoir consommé au moins une fois au cours de l'année, ce qui représente environ 4,5% de la population mondiale de cette tranche d'âge. (ONUDC, 2022).

L'usage du cannabis constitue aujourd'hui une réalité largement répandue, touchant des populations diverses tant par l'âge que par les contextes socioéconomiques. Si cette substance est souvent perçue comme douce ou banalisée dans le discours social, elle n'en reste pas moins, dans certains cas, le support d'un usage problématique, voire pathologique.

En clinique, on observe chez certains sujets une consommation régulière, persistante et difficile à interrompre, même face à des conséquences délétères sur le plan psychologique, relationnel ou social. Ce constat interroge la nature même de cet usage, que cherche réellement le sujet à travers la consommation de cannabis ? Quelle est la place de cette substance dans son fonctionnement psychique ?

Dans le cadre d'une cure de désintoxication, ces questions prennent une dimension particulière. En effet, le sevrage ne se limite pas à une abstinence physique, il permet aussi dans un cadre thérapeutique, d'explorer ce que la substance venait occuper ou compenser. C'est dans cette perspective que s'inscrit notre recherche, centrée sur les fonctions subjectives de l'usage du cannabis qui sont le renforcement, conformité, social, coping et développement personnel.

Il ne s'agit pas ici d'interroger uniquement la fréquence ou la quantité de consommation, mais d'explorer ce que le cannabis représente psychiquement pour ces sujets, à travers leur discours et leur vécu.

Dans le cadre de la réalisation de ce travail, nous avons choisi de centrer notre recherche sur la fonction subjective de l'usage du cannabis chez les toxicomanes en cure de désintoxication, en nous appuyant sur une enquête de terrain réalisée au sein de l'EHS de Oued Ghir, à Bejaïa. Pour structurer notre réflexion, nous entamerons cette recherche en présentant un cadre général de la problématique, où nous énoncerons notre question de

recherche et formulerons notre hypothèse. Ensuite, nous aborderons une partie théorique, suivie d'une partie pratique.

La partie théorique se compose de deux chapitres

Chapitre 01 : Addiction et cannabis.

Ce chapitre comprend les définitions des concepts, histoire d'addiction, ses types, ses facteurs de risques, son épidémiologie, ses critères diagnostiques enfin les modèles théoriques d'addiction. Dans la deuxième partie, nous nous sommes intéressée au cannabis, ses définitions, son histoire, sa construction chimique, types et formes, ses constitution et effets, son épidémiologie, son usage problématique selon le DSM-5 et la CIM-11, les modèles explicatifs de l'usage du cannabis, les conséquences de consommation enfin la prise en charge.

Chapitre 02 : Fonctions subjectives du cannabis

Ce chapitre comprend la définition de la fonction subjective du cannabis, son l'histoire, les cinq fonctions subjectives du cannabis (renforcement, conformité, social, coping, développement personnel).

La partie pratique est aussi divisée en deux

chapitres Chapitre 03 : Méthodologie de recherche

Dans lequel on a abordé les limites de la recherche, la présentation de lieu de recherche, le groupe de recherche, les outils de recherche, la méthode utilisée, le déroulement de la recherche, le consentement des cas, les attitudes de chercheur, et enfin les difficultés rencontrées.

Chapitre 04 : L'analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Dans ce chapitre, nous avons effectué la présentation des cas, l'analyse des données des entretiens et du questionnaire Marijuana Motives Measure (MMM), et enfin la discussion des hypothèses. Nous avons clôturé notre recherche par une conclusion, suivie d'une liste bibliographique ainsi que les annexes.

PROBLEMATIQUE

Problématique

La toxicomanie constitue un phénomène complexe, à la croisée de plusieurs champs disciplinaires : la médecine, la sociologie, la criminologie et bien sûr, la psychologie clinique. Elle ne peut être réduite à une simple consommation de substances psychoactives, car elle met en jeu la subjectivité du sujet, ses mécanismes de défense, son rapport au corps et au plaisir, ainsi que ses stratégies d'adaptation face à la souffrance psychique. Dans ce sens, la toxicomanie apparaît comme un langage, un mode d'expression d'un mal-être difficilement verbalisable autrement (Reynaud, 2001). Elle se manifeste sous différentes formes, selon la substance consommée, le contexte social, les antécédents psychiques et les motivations conscientes et inconscientes de l'individu

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la toxicomanie est définie comme étant un état d'intoxication chronique ou périodique engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique. Ses caractéristiques sont notamment un invincible désir ou un besoin de continuer à consommer de la drogue et de se la procurer par tous les moyens, une tendance à augmenter les doses, une dépendance psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue et des effets nuisibles à l'individu et à la société. (cité par Brust, 2007, p.1)

La dépendance quant à elle est définie par l'OMS comme un état psychique, et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament. Cet état se caractérise par des modifications du comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de privation (état de besoin). Il peut s'accompagner de tolérance. (cité par Farges, E., 2002, P.13). Dans cette optique, comprendre la dépendance, c'est comprendre le rôle que joue la substance dans la vie psychique du sujet, notamment dans sa régulation émotionnelle ou sa construction de soi.

Revenant au terme de drogues qui désigne toutes substances chimiques susceptibles d'agresser les tissus de l'organisme, de modifier le fonctionnement des organes, voire de les détériorer. (Salmandjee, 2003, p. 13). Il s'agit de substances naturelles ou synthétiques pouvant induire des états de conscience modifiés, des effets psychoactifs, voire une

accoutumance. Les drogues peuvent être licites (comme l'alcool ou les médicaments psychotropes) ou illicites (comme la cocaïne, l'héroïne ou le cannabis), et leur usage peut varier selon les normes culturelles, les contextes sociaux et les politiques publiques (Ben Amar, 2006).

Parmi les drogues les plus connues et utilisées, on trouve le cannabis, également appelé marijuana, il désigne une plante appartenant au genre cannabinoïde, provient des feuilles et des fleurs séchées de la plante *Cannabis sativa*. Elle se consomme sous des formes variées, comme l'herbe, la résine ou l'huile. Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le tétrahydrocannabinol (THC) qui agit sur le système endocannabinoïde du cerveau, inscrit dans la liste des stupéfiants. Sa concentration est très variable selon les préparations et la provenance du produit. (salmandjee, 2003, p.94). D'après l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDD, 2023), environ 5% de la population mondiale (15-64 ans) a consommé au moins une substance illicite en 2021. Cela représente environ 284 millions de personnes. Le cannabis reste la drogue la plus consommée au niveau mondial, suivi par les opioïdes, la cocaïne, et les stimulants de type amphétamine.

En Algérie, Les données sont plus limitées, mais des études de l'Observatoire Régional de la Santé et des Recherches Indépendantes (ORSRI) indiquent une augmentation de la consommation de cannabis et d'autres drogues, notamment parmi les jeunes. Un rapport de l'ONUDD pour l'Afrique du Nord souligne que l'Algérie est une zone de transit pour le cannabis provenant du Maroc, ce qui contribue à l'augmentation de l'accessibilité locale. Dans le cadre de la psychologie clinique, il est essentiel de ne pas se limiter à une lecture objective ou biologique de la consommation. Il convient d'interroger la fonction subjective que joue le cannabis dans la vie psychique de l'utilisateur. En d'autres termes, pourquoi consomme-t-il ? Que cherche-t-il, consciemment ou inconsciemment, à travers cette substance ? C'est dans cette perspective que s'inscrit le modèle proposé par Simons et al. (1998), connu sous le nom de Marijuana Motives Measure (MMM), qui identifie cinq facteurs principaux motivant l'usage de cannabis.

Le renforcement est le premier facteur identifié qui fait référence à la recherche de plaisir, d'euphorie, de détente, traduit un besoin de stimulation externe ou une difficulté à générer du plaisir de manière autonome, le sujet consomme pour ressentir des effets agréables. Le deuxième facteur qui est la conformité, renvoie à l'idée de pression sociale ou de besoin d'appartenir à un groupe : la personne consomme pour ne pas être exclue ou jugée, il exprime une fragilité narcissique et une faible affirmation de soi. Quant au motif social qui

est le troisième facteur, il concerne l'usage dans les interactions, afin de se sentir mieux intégré, plus à l'aise ou plus détendu en présence d'autrui, il fonctionne comme un médiateur relationnel ou un facilitateur d'appartenance. Il interroge la fragilité du Moi face au regard d'autrui et la dépendance à l'approbation extérieure. Le facteur du coping qui est le quatrième, exprime l'utilisation du cannabis comme stratégie d'évitement ou d'auto- traitement de la souffrance psychique (anxiété, tristesse, stress, colère), il révèle un déficit des capacités de mentalisation et de symbolisation où le sujet gère ses affects non par la parole ou la pensée, mais par l'action et la consommation. (Khantzian, 1997). Enfin, le développement personnel qui regroupe des motivations plus introspectives, liées à la recherche de sens, à l'exploration de soi, à la créativité ou à la spiritualité (Lee et al, 2009). Chez les patients en cure de désintoxication, ces fonctions subjectives ne disparaissent pas automatiquement avec l'arrêt de la substance. Au contraire, elles continuent d'agir dans le fantasme de consommation, dans les rêves, dans le discours, et parfois dans les rechutes.

A partir de ça, Quelles fonctions le Cannabis remplit-il chez les toxicomanes en début de cure ?

Hypothèse

- Les fonctions subjectives de l'usage du cannabis les plus adoptées chez les toxicomanes en début de cure de désintoxication sont le renforcement et le social.

Opérationnalisation des concepts

• Toxicomanie :

Un usage répétitif, compulsif et pathologique de substances psychoactives (licites ou illicites) malgré les conséquences négatives sur le fonctionnement psychologique, physique, social et professionnel de l'individu.

• Cannabis :

Une substance psychoactive utilisée par un individu dans un but qui dépasse souvent l'usage récréatif, et qui est investie d'une fonction psychique subjective, pouvant servir à réguler des affects, à moduler l'anxiété, à combler un vide intérieure ou encore à maintenir une forme d'équilibre psychique fragile.

• Toxicomane :

Dans notre recherche, il s'agit d'individu diagnostiqué en tant que dépendant au cannabis.

• Fonction subjective :

L'ensemble des significations psychologiques, conscientes ou inconscientes, qu'un individu attribue à sa consommation du cannabis, en lien avec ses besoins internes, son vécu émotionnel et son fonctionnement psychique selon le score obtenu du questionnaire MMM par rapport aux cinq fonctions qui sont : le renforcement, conformité, social, coping et développement personnel.

- **Cure de désintoxication :**

D'après le psychologue c'est un dispositif thérapeutique structuré, généralement réalisé dans un cadre hospitalier ou spécialisé, qui vise à interrompre la consommation de substance psychoactive tout en accompagnant le sujet dans une démarche de compréhension de son rapport avec la substance

Objectifs et raisons du choix du thème

L'objectif de choix de ce thème est de repérer la fonction subjective de l'usage du cannabis chez les toxicomanes en cure de désintoxication, et de savoir quelle fonction est la plus adoptée par ses patient.

Et en ce qui concerne les raisons du choix de ce thème, étant donné, le cannabis est parmi les substances les plus consommé et propagé ses dernier temps, ce travail de recherche est mené afin de comprendre les mécanismes psychologiques de l'addiction, et de comprend comment ils perçoivent cette substance, aussi nous avons remarqué qu'il y'a un manque d'études et de recherches dans cette perspective, ce qui nous a donner encore plus de motivation pour réaliser cette recherche en tant que spécialisées en psychologie clinique.

CHAPITRE I

Addictions et cannabis

Préambule

Les addictions, qu'elles soient liées à des substances psychoactives ou à des comportements, représentent un enjeu majeur de santé publique. Leur persistance repose fréquemment sur des fonctions subjectives. Dans ce chapitre on va détailler qui est ce que l'addiction, on va donner quelques concepts liés à ce champ, ainsi son histoire, ses types, ses facteurs de risques, son épidémiologie, ses critères diagnostiques et ses modèles théoriques ainsi on va s'étaler sur le cannabis qui représente l'une des substances les plus utilisées ces derniers temps, on va donner sa définition, son histoire, sa construction chimique, ses types et formes, sa constitution et effets, son épidémiologie, son usage problématique selon le DSM5 et la CIM11, ses modèles explicatifs, les conséquences de sa consommation, la prise en charge des addictions et en va finir par une synthèse.

I. Addiction :

1-Définitions des concepts

1.1-Toxicomanie

La toxicomanie est une maladie primaire, chronique et neurobiologique comportant des facteurs génétiques, psychosociaux et reliés au milieu et à l'entourage. Elle se caractérise par un ou plusieurs des comportements suivants : perte de contrôle à l'égard de la consommation de drogues, usage compulsif, maintien de la consommation malgré ses méfaits et état de besoin intense (Savage et coll., 2003).

1.2-Addiction

L'addiction à une substance licite (tabac, alcool, médicaments) ou illicite (cannabis, cocaïne, opiacés, nouveaux produits de synthèse) ou à un comportement (sexuel, jeux de hasard et d'argent, réseaux sociaux, jeux vidéo) est une maladie caractérisée par un processus récurrent, comprenant un phénomène de consommation répétée puis l'installation progressive d'une dépendance physiologique (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 4)

Pour l'OMS, une conduite addictive consiste en «un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de

façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. (OMS, 1975)

Quant à Goodman c'est : « Processus par lequel un comportement pouvant à la fois permettre une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite, en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.» (Goodman, A., 1990, p 85)

1.2.1-Pratiques addictives

Ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives, car ils présentent, à côté de leur diversité, une même potentialité évolutive reposant sur les mêmes déterminants. Les pratiques addictives sont définies, dans une démarche descriptive, par l'ensemble des comportements de consommations de substances psychoactives dans son livre *usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, dans une démarche compréhensive, par l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution, pérennisation ou cessation.(Reynaud, M., 2000, p. 16).

1.2.2-L'abus

L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM) est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits.(Michel Reynaud et al ., 2002, p. 23)

1.2.3-La dépendance:

La dépendance se caractérise par au moins trois des manifestations suivantes au cours de la dernière année:

- ✓ Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive «craving»
- ✓ Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance : notion de «perte de contrôle»
- ✓ Manifestation de symptômes de manque physique et psychique quand la personne diminue ou arrête la consommation d'une substance ou utilise le même produit pour soulager ou éviter des symptômes de sevrage

- ✓ Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive (la personne a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré)
- ✓ Abandon progressif d'autres sources d'intérêt et de plaisir au profit de l'utilisation de la substance et augmentation du temps passé à se la procurer, à la consommer ou à récupérer de ses effets
- ✓ Poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences nocives

Les personnes ne sont pas égales devant le risque de dépendance, tant sur le plan biologique que sur le plan psychologique. (OMS, 1992)

2-Histoire d'addiction

Employé de façon courante par les Anglo-Saxons (to be addict to signifie s'adonner à), le terme d'addiction a surtout été utilisé en France dès 1990 dans le domaine de la psychopathologie, après avoir désigné aux Etats-Unis dans les années 1970 les conduites de dépendance aux substances psychoactives". Déjà en 1975, Peele et Brodsky, dans leur célèbre ouvrage *Love and Addiction*, établissaient un parallèle entre dépendance aux drogues et dépendance à une personne. Peele apportait, entre autres, une précision majeure c'est d'une expérience que l'on devient dépendant et non d'une substance (Peele, 1985). L'utilisation du terme d'addiction ne renvoie pas seulement à l'approche psychosociale ou cognitivo-comportementaliste, il est également employé et utilisé par les psychanalystes. Même si historiquement le concept n'était pas mentionné en tant que tel par les psychanalystes, des similitudes entre différents troubles avaient déjà été relevées. C'est ainsi qu'en 1945 Fenichel parlait de toxicomanies sans drogue pour évoquer d'autres comportements de dépendance (Pédinielli et al., 1997, p. 5). D'après Jacquet et Rigaud, le terme d'addiction a été réutilisé en français dans l'ouvrage de De Mijolla et Shentoub, intitulé *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme* en 1973. Il a surtout été réintroduit par MacDougall dans son livre, *Plaidoyer pour une certaine anormalité* (1982), pour évoquer dans un premier temps la sexualité compulsive, puis pour l'étendre à l'ensemble des conduites de dépendance. Le choix de MacDougall d'utiliser préférentiellement addiction repose sur l'étymologie du terme. L'auteur écrit: « J'ai choisi le terme d'addiction plutôt que son équivalent français de toxicomanie parce qu'il est plus parlant d'un point de vue étymologique. Addiction renvoie à l'état d'esclavage, donc à la lutte inégale du sujet avec une partie de lui-même, tandis que la toxicomanie indique un désir de s'empoisonner. Or, telle n'est pas la visée originelle du dit toxicomane (MacDougall, 1982, p. 55). Car c'est bien pour rendre compte d'un comportement de dépendance désigné toxicomanie que le terme

d'addiction est employé, même si ce terme était utilisé à l'origine pour désigner tout penchant assez fort à l'égard de toutes sortes de conduites. Et c'est seulement au XXe siècle que certains modes de consommation de drogues ont été répertoriés sous le terme d'addiction. Des éléments historiques concernant « l'évolution du discours sur l'addiction en Amérique du Nord ont été fournis par Nadeau (1994), à partir du produit alcool jusqu'à la conception contemporaine des troubles liés aux substances psychoactives. La première étape (1785-1935) est le texte fondamental de Benjamin Rush (1814) qui affirme que l'ivrognerie est une maladie honteuse à composante héréditaire dans le sens de dégénérescence morale et biologique. Il s'agit là d'un modèle unifactoriel basé sur le produit. La seconde période est. Pour l'auteur, le modèle traditionnel de l'alcoolisme (1935-1962), illustré par l'idéologie des Alcooliques Anonymes et l'œuvre de Jellinek, pris comme modèle bi-factoriel, associant le sujet et le produit. Enfin, la troisième période peut être considérée comme la rencontre du produit, de la personne et de l'environnement.

En France, dans la même optique que Louise Nadeau, Angel et coll. (Angel et al., 2000, p14-15) ont retracé l'évolution des conceptions en matière de toxicomanies et proposent quatre modèles. Le premier est le modèle moral ou religieux. Les substances sont alors considérées comme un moyen d'accéder aux puissances supérieures, d'entrer en contact avec les divinités. Cependant la consommation de l'excès est conçue comme un vice. Le second correspond au modèle « monovarié » de la maladie. C'est la substance qui déclenche le processus morbide et est la seule cause de la toxicomanie. Le troisième est qualifié de « bivarié » en ce qu'il fait place à la fois à l'individu et à la substance. Enfin, le quatrième modèle est le modèle « trivarié » qui associe produit, personnalité et moment socioculturel. (Varescon, I., 2005, p. 16-17)

3-Types d'addictions

3.1-Les addictions liées à une substance :

3.1.1-L'alcool

L'impact physique et psychologique de l'alcoolisme peut être grave et parfois irréversible. Il peut agir sur la « capitale santé » des buveurs tout au long de leur vie, depuis le stade embryonnaire jusqu'au grand âge. En plus des risques sur la santé, la consommation régulière et excessive d'alcool peut également avoir des conséquences négatives sur les vies sociale et professionnelle du buveur: absentéisme, perte d'emploi, délinquance, diminution de

la qualité de vie ou encore tensions avec l'entourage... Elle est également un facteur de risque majeur de survenue d'accidents mortels de la route et de violences intra ou extra-familiales. (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 9)

3.1.2-Le tabac

Fumer est un comportement qui induit :

Un **MANQUE PHYSIQUE** due à la nicotine,

Un **CRAVING** : une « envie à crever », un besoin irrésistible de tabac pour se détendre, se concentrer, gérer les émotions et vivre au quotidien.

Une **RITUALISATION COMPORTEMENTALE** : le fumeur associe la cigarette à des situations et des comportements de sa vie quotidienne. Comme pour toutes les addictions, un fumeur peut présenter un ou plusieurs de ces éléments à des degrés variables. (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 14)

3.1.3-Les drogues:

Une drogue est une substance capable d'altérer une ou plusieurs activités neuronales. La consommation de drogues modifie ainsi les fonctions psychologiques, physiologiques, l'état de conscience. Elles modifient en effet les perceptions, la conscience, les émotions, l'humeur et les comportements. La prise régulière d'une drogue peut engendrer les fameux 5 C (la perte de Contrôle, le Craving (envie irrésistible de consommer), l'usage Compulsif, l'usage Continu malgré les Conséquences) mais aussi une dépendance physiologique. Celle-ci comprend le syndrome de manque et le phénomène d'accoutumance. Il se traduit par des symptômes physiques qui peuvent varier selon le produit (tremblements, sueurs, augmentation de la fréquence cardiaque, perte d'appétit, convulsions). Ces symptômes peuvent être accompagnés de troubles du comportement et de symptômes psychologiques (angoisse, irritabilité, agitation, difficultés à se concentrer, troubles du sommeil...). (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p.11)

3.1.4-Les médicaments

On compte 5 types de médicaments psychotropes:

- **Les ANTIDÉPRESSEURS:** utilisés pour le traitement de la dépression (tristesse, envie de rien, perte des plaisirs habituels, troubles du sommeil...) et de certains troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble anxiété sociale, agoraphobie...). Ils peuvent entraîner des effets indésirables comme la somnolence ou la perte de vigilance.

- **Les ANXIOLYTIQUES:** qui permettent de diminuer l'angoisse et les manifestations de l'anxiété.
- **Les HYPNOTIQUES** (somnifères): qui permettent de provoquer ou de maintenir le sommeil.
- **Les NEUROLEPTIQUES/ANTIPSYCHOTIQUES:** qui permettent de traiter la schizophrénie, les états délirants, les troubles bipolaires.
- **Les RÉGULATEURS DE L'HUMEUR:** qui sont prescrits dans les troubles bipolaires.
(Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 13)

3.2-Les addictions comportementales:

3.2.1-Les jeux vidéo

Avec une offre plus créative, conviviale et interactive, qu'ils soient sur console, ordinateur, en réseau sur Internet ou sur téléphone portable, la pratique des jeux vidéo s'élargit à un public plus âgé et qui se féminise. Les joueurs y trouvent non seulement une source de divertissement, mais aussi de plus en plus de possibilités d'échanges et de socialisation. Ces pratiques peuvent cependant devenir problématiques lorsqu'elles deviennent de plus en plus envahissantes. Elles peuvent affecter le sommeil et les rythmes alimentaires et peuvent aller jusqu'à rompre les liens sociaux du joueur avec son environnement scolaire, familial ou professionnel. D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souhaite inclure le trouble de l'usage des jeux vidéo, le « Gaming disorder », dans la prochaine version de la classification internationale des maladies. On retrouve en effet dans l'utilisation problématique des jeux vidéo, des similitudes que l'on note aussi dans la consommation de substances psychoactives. L'abus ou la dépendance aux jeux ne peut s'expliquer par le seul jeu. La personnalité du joueur, les autres facteurs de vulnérabilité et son environnement ont un rôle majeur dans l'apparition du trouble addictif. (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 16)

- **LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ADDICTION AUX JEUX VIDÉO**
 - ✓ Un comportement de jeu persistant ou récurrent
 - ✓ Des difficultés à contrôler les épisodes de jeu (fréquence, intensité, durée, cessation...)
 - ✓ La priorité accrue accordée au jeu (le jeu l'emporte sur les autres centres d'intérêts personnels et activités quotidiennes)
 - ✓ La poursuite ou l'intensification du jeu malgré les conséquences négatives que cela peut engendrer

- ✓ Délaissement important de tous les domaines composant la vie (personnel, familial, social, éducatif, professionnel...)
- ✓ Le comportement de jeu peut être continu ou épisodique et récurrent
- ✓ (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 17)

3.2.2-La cyberaddiction

La cyberaddiction s'installe dès que l'individu veut mais ne peut pas diminuer sa pratique. Elle englobe :

- ✓ Les outils informatiques, Smartphones (jeux, jeux d'argent en ligne...)
- ✓ Les activités sexuelles en ligne
- ✓ Les achats compulsifs sur Internet
- ✓ Les formes de communication en temps réel / en différé (réseaux sociaux, e-mails...).

Cela se manifeste par une perte de contrôle, avec des répercussions négatives sur les relations sociales, les loisirs et les performances scolaires et professionnelles (isolement, désintérêt général, désinvestissement relationnel, difficultés de verbalisation et d'introspection, déni...). La santé physique peut aussi être touchée avec des troubles du sommeil, des défauts de posture (maux de dos, dans les épaules, dans les doigts), une alimentation déstructurée, des maux de tête, des problèmes de vue (assèchement des glandes lacrymales, troubles de la vision).... (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 19)

3.2.3-Les jeux d'argent

Le jeu est universel, il apporte plaisir et récompense. La grande majorité des joueurs a une pratique « sociale » ou « récréative », mais pour certains, le jeu sera excessif ou pathologique comme:

- ✓ Les jeux de loterie (loto, jeux de grattage, etc.)
- ✓ Les jeux de casinos (machines à sous, roulette...)
- ✓ Les paris hippiques ou sportifs
- ✓ Le poker

On peut citer deux types de joueurs:

- Le joueur compulsif: joue sans « contrôle » et n'arrête le jeu que lorsque tout l'argent disponible est dépensé.
- Le joueur pathologique: comme le joueur compulsif, il a de grandes difficultés à arrêter une séquence de jeu. Cependant, ce joueur recommencera toujours à jouer, sans tenir compte des réalités financières et sociales. (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 22)

3.2.4-L'alimentation

Si l'on parle d'addiction à la nourriture, c'est que chez certains sujets, la prise d'aliments, de nutriments ou d'additifs activerait les mêmes circuits neurobiologiques que ceux impliqués dans d'autres addictions. Cela expliquerait la difficulté à changer de comportement alimentaire. Cependant, il ne faut pas confondre l'addiction avec d'autres troubles alimentaires, comme les crises de boulimie par exemple.

Comme dans l'addiction, on retrouve cette perte de contrôle, cette compulsion, ce besoin irréprensible de manger, on sait qu'il ne faut pas le faire, qu'il y aura des conséquences, en particulier sur le poids, mais on a beau le savoir on n'y arrive pas. Et ça, c'est typique de l'addiction. (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 42)

3.2.5-Le sexe

Le trouble addictif sexuel est plus présent à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, cette pathologie évolue selon un cycle clinique qui est relativement similaire à celui de l'addiction à des substances psychoactives. Cette pathologie liée au sexe peut être définie comme un syndrome clinique qui se caractérise par l'expression excessive de pulsions, de fantasmes et de comportements sexuels qui sont récurrents, intenses, et qui vont interférer, à différents niveaux, dans la vie quotidienne du sujet. (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 25)

3.2.6-Le travail

La dépendance au travail (ou « workaholisme » en anglais) amène la personne à ne penser qu'au travail. Celui-ci devient obsédant même pendant les vacances et les week-ends. C'est même le travail qui dicte la durée et la fréquence de ses périodes de repos, de détente ou d'intimité. Le dépendant au travail est dans un processus de toujours en faire plus, ce qui peut l'entraîner à sacrifier son alimentation, son sommeil, son entourage et ses loisirs. Il se met ainsi dans une situation de stress, de surmenage, d'épuisement professionnel entraînant irritabilité, pression voire harcèlement professionnel de la part de ses collaborateurs.

(Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 27)

3.2.7-Le sport

Si la pratique du sport est encouragée et valorisée par notre société, il apparaît que, lorsqu'il est pratiqué de manière excessive, il peut s'apparenter à une addiction. L'addiction au sport s'installe progressivement lorsque l'individu n'est plus dans l'envie, mais lorsqu'il ressent un besoin compulsif voire irrépressible de pratiquer son sport, malgré les blessures et les souffrances du corps et les avertissements des médecins. L'addiction à l'exercice physique peut concerner l'ensemble de la population pratiquant une activité physique, quel que soit le niveau. (Lowenstein, W., Karila, L., 2017 p. 30)

3.2.8-Les achats compulsifs

L'achat compulsif est défini comme un « comportement d'achat inapproprié », soutenu par une envie irrépressible. L'acheteur compulsif achète un produit dont il n'a ni le besoin, ni l'envie. L'achat compulsif envahit la vie psychique et peut créer des problèmes financiers, sociaux et familiaux. (Lowenstein, W., Karila, L., 2017, p. 32)

4-Les facteurs de risques

Les facteurs de risque d'installation d'une conduite addictive sont multiples. La complexité du phénomène provient des interactions entre ces différents éléments.

4.1-Facteurs neurobiologiques

Ces facteurs entrent en jeu dans la vulnérabilité aux addictions: perturbation des systèmes dopaminergique, glutamatergique opioïde, cannabinoïde, GABAergique, noradrénergique, sérotoninergique. Le rôle du stress et l'activation de l'axe corticotrope sont des facteurs augmentant la vulnérabilité à la prise de drogues. L'exposition à des événements stressants augmente la prise de produits. Les variations interindividuelles de sensibilité au stress et l'absence de contrôle dans un environnement donné peuvent entraîner un sujet dans l'addiction aux produits. Au niveau cérébral, l'addiction entraîne des modifications des circuits, du métabolisme et des phénomènes de neuro-adaptation. (Karila, L., Reynaud, M., 2016, p. 85)

4.2-Facteurs génétiques

D'autres facteurs de vulnérabilité comme les facteurs génétiques auraient une influence sur le métabolisme, et les effets des drogues contribuent au développement de l'addiction. Enfin, les interactions gènes/environnement participent de manière indissociable à l'expression de la vulnérabilité aux drogues. Les facteurs génétiques expliquent moins de 50%

du problème addictologique mais ils doivent être pris en compte dans l'équation clinique. (Karila, L., Reynaud, M., 2016, p. 85)

4.3-Facteurs développementaux

Les facteurs développementaux sont au centre de cette équation clinique. Ils correspondent au développement de l'individu, à son sexe, à sa maturité cérébrale. Des travaux ont montré que la maturation cérébrale s'achevait entre 20 et 25 ans, avec des variations interindividuelles.) (Karila, L., Reynaud, M., 2016, p. 85)

4.4-Facteurs psychologiques et comportementaux

Les différents traits de personnalité pouvant être des facteurs de risque individuels d'installation d'une conduite addictive sont la faible estime de soi, la timidité, l'autodépréciation, les réactions émotionnelles excessives (ou l'inverse), les difficultés à réagir ou non face à certains événements, les difficultés à avoir des relations stables et à résoudre les problèmes interpersonnels. Concernant les dimensions tempéramentales, un niveau élevé de recherche de sensations, de recherche de nouveauté, de réactivité émotionnelle, un faible évitement du danger, un faible niveau de sociabilité jouent également un rôle important dans le risque individuel d'installation d'une conduite addictive. Enfin, les troubles du comportement précoces sont fortement corrélés à un abus, voire à l'installation d'une dépendance à des substances psychoactives chez l'adolescent et l'adulte jeune. (Karila, L., Reynaud, M., 2016, p. 85)

4.5-Comorbidités psychiatriques

L'association de troubles psychiatriques aux troubles addictifs, chez les enfants et les adolescents, a fait l'objet de nombreuses études avec des liens complexes. La survenue précoce de troubles psychiques pourrait multiplier par deux le risque de développer une dépendance à une substance psychoactive. Dans environ 70% des cas, ces troubles précèdent l'apparition de la consommation excessive de substances. Il peut s'agir d'un trouble des conduites, d'un trouble hyperactif avec déficit de l'attention, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, plus rarement de troubles somatoformes et de troubles du comportement alimentaire. Les troubles de la personnalité antisociale ou borderline (état limite) sont des facteurs individuels facilitant l'installation de conduites addictives. (Karila, L., Reynaud, M., 2016, p. 85)

4.6-Facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux ne sont pas partagés la plupart du temps. Le stress environnemental, ainsi que la disponibilité du produit sont des facteurs de risque. Le fonctionnement familial, le style d'éducation parentale (négligeant, rejetant, permissif par exemple) jouent un rôle dans l'installation d'une conduite addictive. De plus, il existe des liens étroits entre une histoire familiale de dépendance à des produits psychoactifs et un âge de début précoce des consommations. La tolérance familiale à l'égard d'un usage de produits et la transgression des règles familiales sont également un facteur de risque de début des consommations de substances chez l'adolescent. Les pairs jouent un rôle dans l'initiation d'une consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues. Le choix du groupe d'amis, chez lesquels certaines substances sont disponibles, est un facteur renforçateur. La pression du groupe, la prédisposition de certains sujets à l'usage de drogues, la délinquance, la marginalisation et la représentation du produit par le jeune doivent être évaluée. La perte des repères sociaux (chômage, précarité, dysfonctionnement familial...) est un facteur de risque majeur. Les événements de vie jouent un rôle important dans la vulnérabilité individuelle à consommer des produits de manière addictive. Il peut s'agir d'un deuil, de rupture, de séparation, de maltraitance, d'abus sexuels (viol, inceste...), de situations sociales précaires ou défavorisées, de pathologies somatiques graves. La rupture ou l'exclusion scolaire, l'absence d'encadrement pédagogique laissent l'enfant ou l'adolescent livré à lui-même, pouvant interagir avec des pairs ayant des troubles du comportement et/ou des troubles des conduites. (Karila, L., Reynaud, M., 2016, p. 85-86)

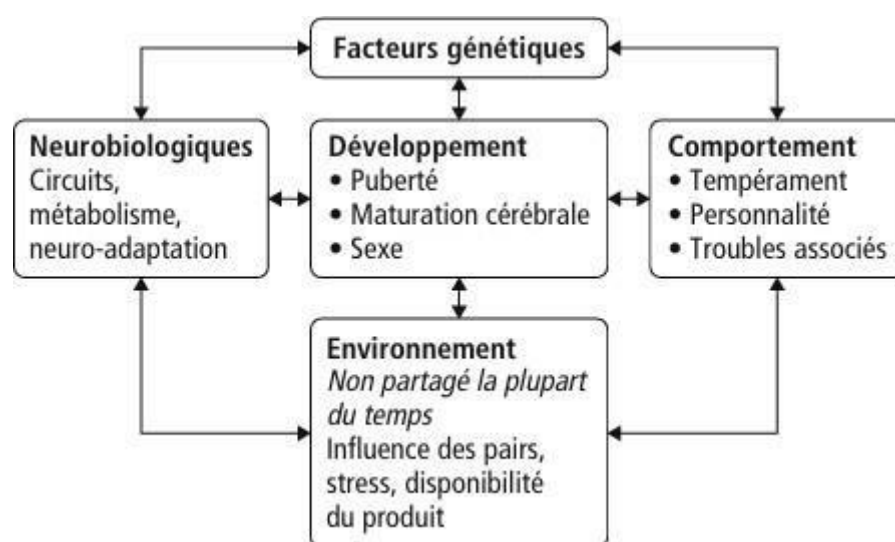


Figure 01 : Trouble lié à l'usage de drogues : une perspective développementale. (Karila, L., Reynaud, M., 2016, p. 86)

5-Epidémiologie de l'addiction

Selon le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière 2024 (MSPRH), les données épidémiologiques sur l'addiction en Algérie restent limitées, mais certaines tendances et études récentes permettent de dresser un tableau général. Voici les points clés :

Addiction aux drogues

- ✓ La consommation de drogues illicites, notamment le cannabis, est en augmentation, en particulier chez les jeunes.
- ✓ Le cannabis reste la substance la plus consommée, suivi par les psychotropes (médicaments détournés de leur usage) et, dans une moindre mesure, les opiacés.
- ✓ Les régions urbaines, comme Alger, Oran et Constantine, sont les plus touchées.
- ✓ Une étude de 2023 a estimé que près de 5 % des jeunes âgés de 15 à 25 ans ont expérimenté des drogues illicites.
- ✓ Une étude menée en 2024 par le ministère de la Santé a révélé que près de 10 % de la population algérienne souffre d'une forme d'addiction, toutes substances et comportements confondus.
- ✓ Les jeunes de 15 à 30 ans sont les plus touchés, représentant environ 70 % des cas recensés.

En résumé, l'addiction en Algérie est un problème de santé publique croissant, nécessitant des efforts accrus en matière de prévention, de sensibilisation et de prise en charge. Les jeunes sont particulièrement vulnérables, et les addictions aux substances psychoactives et aux écrans sont les plus préoccupantes. (MSPRH, 2024)

6-Critères diagnostiques de l'addiction

6.1-DSM 5

Pour l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), le terme de dépendance a été remplacé par celui de trouble de l'usage d'une substance (DSM-5) qui est caractérisé par les symptômes suivants (deux au moins pendant au moins un an sont nécessaire pour porter le diagnostic):

1. Usage récurrent d'une substance avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des performances au travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile).
2. Usage récurrent d'une substance avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des

performances au travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile).

3. Usage récurrent de la substance avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.).

4. Persistance de l'usage de la substance en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.

5. Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants:

- un besoin manifeste d'augmenter les quantités de la substance pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré.
- une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité de la substance.

6. Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :

- présence de signes de sevrage concernant la substance lors de l'arrêt ou forte diminution de celle-ci, elle est parfois consommée pour éviter ou stopper des signes de sevrages.

7. La substance est consommée en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.

8. Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation de la substance.

9. Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de la substance, à la consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.

10. Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation de la substance.

11. L'usage de la substance reste identique en dépit du constat ou de la connaissance de répercussions négatives liées à la consommation.

12. Le craving, ou l'envie importante ou compulsive de consommer de la substance. (DSM 5., 2015)

6.2-CIM 10

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé

Les 6 critères de la dépendance de la Classification Statistique internationale des maladies de l'OMS (CIM 10)

Pour faire ce diagnostic, au moins 3 des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année :

- le désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- des difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
- un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- la mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
- l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
- la poursuite de la consommation de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives (**CIM 10**)

7-Les modèles théoriques d'addiction

7.1-Le modèle neurologique

Le modèle neurologique se propose de comprendre le phénomène de consommation des substances psychoactives (SPA) et d'addiction en faisant principalement appel au circuit de récompense. À l'intérieur du cerveau, les informations circulent sous forme d'activité électrique « véhiculée » par les neurones, appelée influx nerveux. Ces informations cheminent des dendrites au corps cellulaire, où elles sont traitées, puis du corps cellulaire à l'axone. Les cellules présentes dans le cerveau, les neurones, sont composées d'un corps cellulaire et de « ramifications » : les dendrites, multiples, et l'axone, unique. Pour passer d'un neurone à un autre, l'influx nerveux se transforme en messages chimiques qui prennent la forme d'une substance sécrétée par le neurone, le neurotransmetteur, par exemple la dopamine qui

véhicule l'information jusqu'au neurone suivant. Le neurotransmetteur sécrété par le premier neurone traverse l'espace situé entre les deux neurones et rejoint le deuxième neurone où il se fixe sur des récepteurs spécifiques. Cette connexion entre deux neurones est appelée synapse. Un neurotransmetteur est donc une substance dont la libération est provoquée par une activation des terminaisons nerveuses d'un neurone, et qui assure la transmission de l'influx nerveux entre ce neurone et un autre neurone ou une cellule.

Les substances psychoactives agissent comme un leurre et touchent à des mécanismes fondamentaux de gestion du plaisir et de la souffrance. Lors du développement d'une addiction, on assiste à un renforcement de la valeur du produit, qui peut se traduire par une survalorisation du besoin, de la motivation à s'en procurer et à l'envahissement des circuits de la mémoire. Et d'un autre côté, on assiste à une déconnexion, au moins partielle, du circuit de contrôle inhibiteur exercé au niveau du cortex frontal par les associations corticales. Le cerveau devient hypersensibilisé à la substance psychoactive et accorde beaucoup moins d'importance à d'autres champs de la vie. (Acier, D., 2016, p. 53-58)

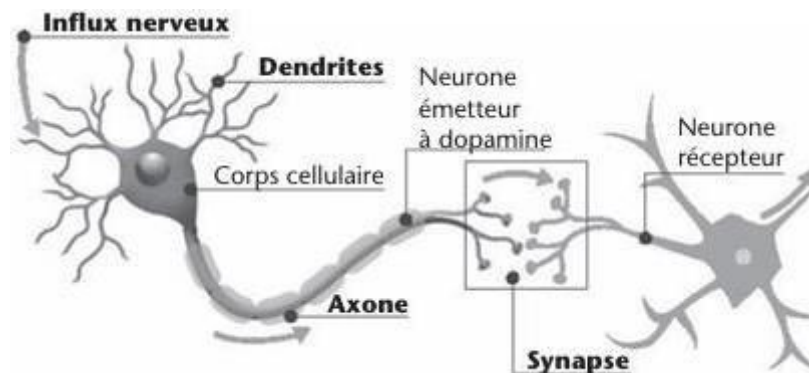


Figure 02 : Circulation de l'information par une synapse (Acier, D., 2016, p. 53)

7.2-Modèle cognitivo-comportemental

Les modèles cognitivo-comportementaux des addictions reposent sur les principes de la psychologie de l'apprentissage, issus de l'expérimentation animale et humaine : conditionnement classique et opérant, théorie de l'apprentissage social. L'avènement de la « révolution cognitive » dans les années 1970 a permis de compléter les théories sur le développement et le traitement des conduites addictives. Dans la théorie du conditionnement classique, on considère que l'apprentissage a lieu en raison de la contiguïté d'événements environnementaux ; la personne a tendance à les associer lorsqu'ils se produisent dans un

court laps de temps. Selon la théorie des conditionnements opérants, l'apprentissage résulte des conséquences d'une action du sujet et de ses effets sur l'environnement. La théorie de l'apprentissage social intègre le modèle classique et le modèle opérant d'apprentissage ; selon cette théorie, il existe une interaction réciproque entre l'individu et son environnement. Les processus cognitifs sont considérés comme des facteurs importants dans la modulation et la réponse du sujet aux événements environnementaux.

(Aubin, H-J., Skanavi, S., 2016, p. 104-110)

7.3-Le modèle psychanalytique

La pensée psychodynamique avance que la consommation problématique des substances psychoactives (SPA) est apparentée à un mécanisme de défense. Les «accros» boivent ou prennent des SPA pour se protéger de l'angoisse, de la dépression, de la culpabilité, de la honte ou d'autres puissantes émotions négatives. Plusieurs psychodynamiciens n'envisagent pas d'états affectifs négatifs comme conséquences d'abus de la substance, mais plutôt comme ses causes. Avant la consommation problématique, une certaine forme d'organisation psychique existe, une faille structurelle qui pourra être soutenue et/ou amplifiée par l'usage de SPA. Il existerait ainsi une prédisposition des sujets à devenir dépendants à la suite d'affaiblissements sévères du Moi. Les psychodynamiciens contestent le fait selon lequel le choix de la drogue est déterminé par les facteurs économiques, environnementaux ou socioculturels. Ils se centrent davantage sur un modèle explicatif au sein duquel les sujets qui deviennent dépendants cherchent à modifier ou à corriger un état émotionnel désagréable que les SPA viennent soulager momentanément. Plus précisément, les sujets addicts seraient les victimes de traumatismes et de violences anciennes. Par un schéma de répétition, elles pourraient devenir elles-mêmes auteurs de violences, ou en tout cas ressentir une hostilité et de la colère à un niveau important. Plusieurs études de cas décrivent des sujets qui font la découverte de la détresse dont elles souffrent lorsqu'elles consomment des SPA pour la première fois. Elles se sentent soudain mieux qu'elles ne l'ont jamais été, avec une quasi-disparition de l'agressivité ou de la honte envers elles-mêmes ou les autres, durant la période où la SPA fait effet. Ce moment peut faire office d'une révélation de soi.

La psychanalyste Joyce McDougall (1982) a été une des premières à formuler une théorie générale des addictions. Le sujet addict est enchaîné à son objet d'addiction du fait d'une lutte inégale avec une part de lui-même, à travers l'objet addictif. Les comportements addictifs seraient un mode de défense massif contre la douleur psychique, afin d'écarter les expériences affectives intolérables, car menaçant les assises narcissiques du sujet.

(Acier, D., 2016, p. 58-67)

7.4-La recherche de sensation de ZUCKERMAN

Marvin Zuckerman a été professeur en psychologie clinique à l'Université du Delaware. Ses travaux ont porté sur la recherche de sensations, son évaluation et son rôle dans les comportements à risque. À partir des années 1960, Zuckerman a travaillé sur le concept de recherche de sensations et son activation (sensation seeking). La recherche de sensations est le besoin d'expériences nouvelles, complexes et variées, et la volonté de prendre des risques physiques et sociaux pour avoir de telles expériences afin de maintenir un niveau optimal élevé d'activation cérébrale. Elle serait impliquée dans la plupart des comportements addictifs. Deux autres composantes de cette dimension sont la désinhibition et la sensibilité à l'ennui. La dimension de recherche de sensations est un facteur de vulnérabilité aux addictions.

Zuckerman a élaboré une échelle pour mesurer la recherche de sensations (Sensation Seeking Scale). En 1972, suite à la création de cette échelle, Zuckerman définit la recherche de sensations comme un trait de personnalité. Un grand nombre d'études ont utilisé cette échelle et montrent des corrélations positives entre la recherche de sensations et la diversité des prises de drogues, de tabac ou d'alcool et des expériences sexuelles.

Selon Zuckerman (2007), la recherche de sensations a un rôle prépondérant dans l'initiation à la consommation des substances psychoactives (SPA). Dans sa théorie, la recherche de nouveauté et la recherche d'impulsivité sont mises en exergue et sont considérées comme des facteurs primordiaux dans l'initiation et le maintien de la consommation. La relation entre les addictions et la recherche de sensations a permis de formuler des hypothèses explicatives sur les liens entre les différentes formes d'addictions. (Acier, D., 2016, p. 67-69)

7.5-Les motivations à consommer de COOPER

Lynne Cooper est professeure en psychologie à l'Université du Missouri Columbia aux États-Unis. Elle cherche en particulier à comprendre comment la personnalité, les efforts visant à gérer ou réguler l'expérience émotionnelle, les objectifs et motivations spécifiques, conduisent individuellement et collectivement à des comportements à risque, et favorisent ou nuisent à l'adaptation. Avec Zuckerman, elle est la seule à proposer un modèle empirique, en multipliant les études sur le terrain. Ainsi, de nombreuses études ont montré l'existence de liens entre les attentes, les croyances sur les effets de l'alcool, les motivations à boire et l'intensité de la consommation. En 1990, Cox et Klinger ont proposé un cadre concernant les

motivations qui sous-tendent la consommation d'alcool. Pour eux, ces motivations peuvent être caractérisées par le biais de deux dimensions reflétant la valence (positive/négative) et la source (interne/externe) des résultats qu'une personne espère atteindre en buvant. Cooper a ainsi développé un modèle de la consommation d'alcool basé sur quatre types de motivations:

- 1) motivation d'amélioration: renforcement positif interne, comme améliorer son humeur et son bien-être
- 2) motivation sociale: renforcement positif externe, comme obtenir une approbation sociale
- 3) motivation de coping: renforcement négatif interne, comme réduire ou réguler des émotions désagréables
- 4) motivation de conformisme: renforcement négatif externe, comme éviter un rejet dans un groupe à cause d'un refus de consommer.

Plus spécifiquement, les motivations d'amélioration correspondent à un processus de motivation dans lequel les individus boivent pour atteindre ou maintenir des états affectifs positifs. Elles sont associées à une consommation dans les bars, avec des amis, visant à s'amuser plus grâce à la substance psychoactive (SPA) ou même à «se défoncer» et à boire jusqu'à l'ivresse. La consommation est entraînée par une motivation à ressentir un état de conscience particulier. (Acier, D., 2016, p. 73-76)

7.6-Le modèle multidimensionnel

Un modèle de compréhension fort répandu dans le champ de l'addictologie est celui de la loi de l'effet ou du triangle dit d'Olievenstein. Ce triangle explique l'addiction à une substance psychoactive (SPA) comme étant le produit de l'interaction entre trois dimensions constitutives: la substance, la personnalité et le contexte socio-culturel. Il est possible de développer ces trois volets dans un modèle multidimensionnel, impliquant l'interaction singulière entre des éléments reliés aux effets de la substance (volume et fréquence, propriétés pharmacologiques, etc.), des éléments reliés à la personnalité (hérédité, développement psychique, estime de soi, etc.) et des éléments reliés au contexte (situation financière, accessibilité des SPA, lois pénales...).

La somme de ces éléments est plus grande que ses parties: le processus addictif est représenté par la relation qu'entretient la personne avec ces différentes dimensions.

Autrement dit, aucun de ces trois volets, pris individuellement, n'est capable de rendre compte d'un phénomène addictif. (Acier, D., 2016, p. 80-81)

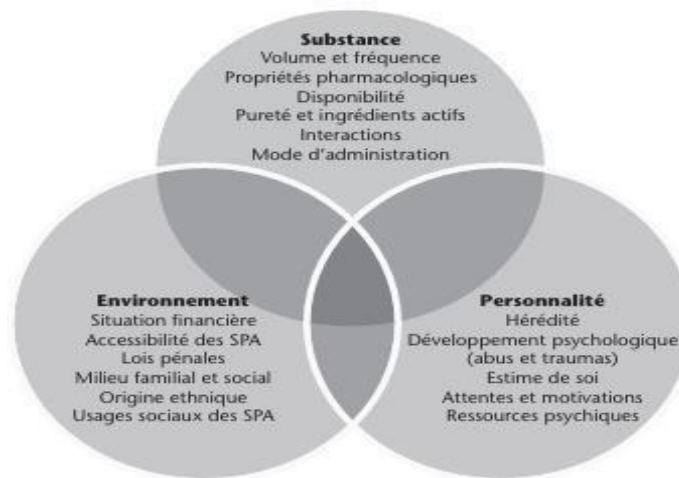


Figure 03 : Loi de l'effet ou Triangle d'Olievenstein. (Acier, D., 2016, p. 80)

II. Le cannabis

1-Définition

Le cannabis est une substance naturelle contenant de nombreux principes actifs, et dont l'action globale est à la fois sédatrice et antalgique, mais aussi psychodysléptique c'est-à-dire entraîne une perturbation des perceptions, du raisonnement et du cours de la pensée (Mechoulam & Parker, 2013)

Le cannabis ou chanvre, est l'une des plantes les plus anciennement connues et cultivées par l'homme, tant pour son intérêt agricole que pour les propriétés médicinales et psychoactives de certaines de sa variété dite "indienne". Ce cannabis n'est autre que le "quanneb" des hébreux; c'est aussi le "quannab" des celtes. (Richard, D., Senon, J-L., 1995)

Le cannabis est un terme qui réfère aux produits des plantes de cannabis (chanvre), un groupe de plantes de l'Asie centrale qui sont maintenant cultivées partout dans le monde. Le cannabis possède des propriétés uniques à cause des composés chimiques naturels dans la plante, les cannabinoïdes. Les cannabinoïdes agissent sur les récepteurs à la surface des cellules, appelés les récepteurs cannabis, ayant des effets sur les processus du corps comme la douleur, la mémoire, l'appétit et les réponses immunitaires. (Townson, A., Eng, J., 2019).

2-Histoire

Les origines du cannabis, souvent appelé « marijuana », remontent à l'Antiquité, principalement dans les régions tropicales et subtropicales de l'Asie. La plante y était alors cultivée pour ses fibres et ses graines, et utilisée pour fabriquer du papier, des vêtements, des cordages, mais aussi dans la médecine traditionnelle pour traiter diverses

douleurs et maladies. Elle s'est ensuite rapidement répandue au reste du continent asiatique ainsi que du Moyen Orient et jusqu'au Maghreb au travers des conquêtes arabes, s'installant au cœur des pratiques de soin mais aussi religieuses de l'époque. On retrouve également des traces de son utilisation pratique chez les civilisations grecques ou encore romaines, nous fournissant une preuve supplémentaire de l'omniprésence du cannabis au cours de l'Histoire. A travers les routes coloniales, la plante trouve ensuite son chemin jusqu'en Amérique ainsi que dans une plus large partie de l'Europe, sonnant notamment l'expansion majeure de ses utilisations récréatives. Le XXème siècle marque un tournant quand les préoccupations tant médicales (effets sur la santé mentale et la dépendance) que sociales (lien avec le l'anticonformisme, la perte de productivité) conduisent à sa prohibition dans de nombreux pays du monde (Collins, 2020).

L'évolution des cultures et la mise en avant de ses potentielles applications thérapeutiques vers la fin du siècle dernier conduiront toutefois par la suite un nombre grandissant d'entre eux à revoir cette position. Le statut contemporain du cannabis est ainsi caractérisé par une pluralité d'usage et de politiques à travers le monde. L'industrie du chanvre (sa forme très pauvre en composés actifs) continue d'en produire pour la fabrication de textiles, de papiers, d'huile, de matériaux de construction et plus récemment de produits cosmétiques (Commission Européenne d'Agriculture, 2022). Médicalement, il est employé pour traiter divers symptômes tels que la douleur chronique, les nausées associées à la chimiothérapie ou encore les manifestations de la sclérose en plaques et de l'épilepsie. Certains peuples continuent de l'intégrer dans leurs pratiques religieuses, notamment chez les hindouistes, les natifs nord-américains ou encore les rastafaris. Enfin, l'usage récréatif promet aux consommateurs de cannabis des expériences relaxantes, euphoriques, créatives, mais qui se révèlent bien souvent associées à des effets secondaires indésirables ainsi qu'au marché noir et à la délinquance (OFDT, 2022). Certains pays ont ainsi adopté une approche de légalisation ou de dépénalisation, motivée par des arguments variés allant de la liberté individuelle à la réduction des circuits illégaux. D'autres maintiennent des interdictions strictes, mettant en avant des préoccupations de santé publique et de sécurité. (Chassagne, J., 2023).

3-La construction chimique

Le cannabis est une plante herbacée de la famille des Cannabaceae, reconnaissable par ses neuf feuilles palmées et dentelées à l'apparence caractéristique. Les substances chimiques responsables de ses effets sont appelées cannabinoïdes, et sont principalement synthétisées par les souches femelles. Ils sont produits au niveau de la fleur (tête) et des feuilles par les trichomes,

de microscopiques glandes épidermiques. Les cannabinoïdes les plus connus et documentés sont le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD), mais la plante en synthétise plusieurs centaines de variétés, chacune ayant des effets et des caractéristiques uniques. (Chassagne, J., 2023).

Concernant le THC, il est le principal agent psychoactif du cannabis, celui qui altère l'état de conscience, les fonctions cognitives ainsi que l'affect de ses consommateurs (Mehmedic et al., 2008; National Institute on Drug Abuse, 2018). (Chassagne, J., 2023).

4- Types et formes du cannabis

Il existe de nombreux noms locaux ou vernaculaires et divers synonymes pour nommer le cannabis, Parmi ceux-ci, on retiendra: **chanvre, marie-jeanne, beuh, gandia, herbe, chènevis**. Le cannabis est généralement considéré comme une plante monospécifique (*Cannabis sativa* L.), divisée en plusieurs sous-espèces : Sativa , Indica , Ruderalis,hybrid ... Le chanvre, ou *Cannabis sativa*, se présente sous l'aspect d'un arbuste aux feuilles de couleur vert foncé. Il est cultivé essentiellement en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud.



Figure 04 : Types et formes de cannabis

Il est consommé sous trois formes :

- L'herbe ou marijuana, qui inclut des sommités fleuries et les feuilles, de faible teneur en THC (tétrahydrocannabinol ; 6–8 %), est fumée soit seule, soit avec du tabac. Les feuilles peuvent être consommées en tisane ou mélangées à la nourriture. (Lejoyeux, M., et al., 2017, p. 195)

Figure 05 : Plante marijuana



- Le cannabis est la résine séchée, tamisée et agglomérée, coupée avec différentes substances, ayant une teneur en THC variable selon les variétés (entre 5 et 40 %, en moyenne 10 % actuellement). Avant d'être fumée, la résine est chauffée, écrasée et mélangée avec du tabac. (Michel. L. et al., 2017, p. 195)



Figure 06 : La résine

- L'huile de cannabis est l'extrait liquide du cannabis qui peut contenir jusqu'à 70 % de THC, souvent mélangé aux feuilles pour augmenter leurs effets psychoactifs. L'huile est parfois ingérée. (Michel. L. et al., 2017, p. 195)



Figure 07 : L'huile de cannabis

Catégorie de produit	Type ou format	Mode de consommation	Teneur en THC et en CBD ou quantités
Cannabis séché (herbe, fleur, inflorescence)	<ul style="list-style-type: none"> • Inflorescences • Joints préroulés 	<ul style="list-style-type: none"> • Fumé • Vapoté ou vaporisé 	THC : 0-30 % CBD : 0-20 %
Extraits (dont les concentrés)	<ul style="list-style-type: none"> • Hasch (haschich) • Cire • Cartouches de vapotage • Vaporisateurs à huile et teintures • Capsules 	<ul style="list-style-type: none"> • Vapoté ou vaporisé • Ingéré • Fumé 	THC : 0-95 % CBD : 0-84 %
Produits comestibles (dont les boissons)	<ul style="list-style-type: none"> • Chocolat • Brownies • Bonbons mous (gélifiés) • Eau pétillante, boisson gazeuse • Jus, thé 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingéré 	THC : 0 à 10 mg/unité CBD : 0 à 25 mg/unité

Figure 08 : Les principaux produits à base de cannabis et leurs modes de consommation.

5- Constitution et effets

Le cannabis est une substance psychoactive issue d'une plante naturelle dont la consommation induit une altération des perceptions, du raisonnement et du cours de la pensée, par l'intermédiaire des récepteurs du système endocannabinoïde, impliqué dans le développement du système nerveux et divers processus cognitifs et physiologiques.

Le principe actif responsable de l'effet psychoactif est le delta-9- tétrahydrocannabidiol (THC). L'autre composant principal du cannabis est le cannabidiol (CBD). À l'inverse du THC, ce composant n'a pas d'effet psychoactif et constitue un agent thérapeutique prometteur dû à ses nombreuses propriétés intéressantes (par exemple, anticonvulsif, anxiolytique, anti-inflammatoire, antipsychotique, etc.). Au fil des années, la concentration en THC dans le cannabis a augmenté de façon continue à l'échelle mondiale. Ce phénomène constitue un problème de santé publique majeur, étant donné que l'on sait aujourd'hui qu'une plus forte concentration en THC augmente les risques liés à la consommation (dépendance, psychose, perturbations cognitives), en comparaison à du cannabis contenant une faible concentration en THC (Englund et al., 2017).

6- Épidémiologie

Le cannabis est la substance la plus consommée dans le monde entier après l'alcool et le tabac. Les rapports les plus récents réalisés par le World Drug Report en 2023 rapportent une prévalence de 4 % (219 millions de personnes) de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans ayant consommé du cannabis en 2021, dont 5,3 % d'individus concernés parmi les 15-16 ans. En Europe, ce nombre est estimé à 8 % (22,6 millions d'individus) âgés de 15 à 64 ans, dont 15,1 % (15,3 millions) âgés de 15 à 34 ans. Depuis la dernière décennie, la prévalence de consommation a augmenté de 21 % à l'échelle mondiale. Ainsi, cet usage de cannabis est en expansion chez les adultes et les jeunes adultes de manière globale. En matière de fréquence d'utilisation, environ 9,9 % d'individus rapportent une utilisation quotidienne ou quasi quotidienne. Le trouble d'usage de cannabis se définit globalement par l'incapacité d'une personne à arrêter sa consommation malgré la présence de dommages physiques ou psychologiques entraînant des dysfonctionnements au niveau professionnel, social, personnel, intellectuel. En 2016, le nombre de personnes ayant un trouble d'usage de cannabis était estimé à 22,1 millions (Degenhardt et al., 2018)

7- Usage problématique selon le DSM-5 et la CIM-11

Selon le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, APA, 2013), le trouble d'usage problématique du cannabis (UPC) est défini comme un mode d'utilisation conduisant à une altération du fonctionnement et/ou à une souffrance cliniquement significative. Il lui a ainsi été préféré ce terme à celui de « dépendance » ou « d'addiction » pour décrire l'abus de substances, reflétant une compréhension plus nuancée des problèmes liés à la consommation, allant d'une utilisation légère à sévère, plutôt que d'une dichotomie entre usage et dépendance. Un diagnostic nécessite qu'au moins 2 des 11 critères listés soient remplis, et ce sur une période de 12 mois. Parmi ces derniers, on retrouve des aspects tels que la fréquence de consommation, les tentatives d'arrêt/de contrôle, le temps consacré, le "craving" (l'envie incontrôlée), les conséquences néfastes sur les responsabilités et sur les relations, l'abandon d'activités, les dangers physiques, la conscience des problèmes, ainsi que les symptômes de tolérance et de sevrage. La sévérité du trouble est alors établie selon la fréquence des manifestations : légère (2-3 symptômes), modérée (4-5 symptômes) ou sévère (6 symptômes ou plus). Concernant la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies, WHO, 2021), la dépendance au cannabis est perçue comme une perte de contrôle découlant d'un usage régulier ou prolongé. Ses critères comprennent la pulsion d'utilisation, l'incapacité à contrôler la quantité et la fréquence d'usage, la tolérance, le sevrage, et la persistance malgré ses conséquences néfastes. Ils doivent être présents sur une période d'au moins 12 mois, 3 mois en cas de consommation quotidienne.

Le DSM-5 et la CIM-11, bien qu'ils abordent tous deux les problèmes liés à l'usage du cannabis, présentent des points communs mais aussi des spécificités pouvant avoir des implications cliniques et diagnostics distincts. Les deux cadres accordent ainsi une attention particulière aux symptômes tels que le craving et la poursuite de la consommation malgré des conséquences négatives. On notera également la présence commune de la tolérance, qui amène les utilisateurs à augmenter la quantité consommée pour obtenir le même effet, et des symptômes de sevrage (lors d'arrêt ou tentatives d'arrêt), qui peuvent comprendre l'irritabilité, la nervosité, l'agitation, l'anxiété, l'humeur dépressive, la perte d'appétit, un sommeil réduit, des nausées, frissons, maux de têtes ou douleurs physiques, pouvant durer plusieurs semaines (APA, 2013). Néanmoins, tandis que le DSM-5 met en avant les conséquences d'utilisation et la souffrance cliniquement significative, la CIM-11 met davantage l'accent sur la perte de contrôle, la pulsion à consommer. (Chassagne, J, 2023, p. 7-9).

8- Modèles explicatifs de l'addiction

8.1-Modèle bio-psycho-social

Longtemps limité à l'approche biomédicale (compréhension des mécanismes physiologiques par les interactions entre les gènes, molécules, cellules et systèmes corporels), le modèle biopsychosocial initié par Engel (1978) a redéfini l'usage de stupéfiants comme un phénomène multidimensionnel, mêlant facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Une appréhension complète de ses manifestations et l'élaboration de plans de traitements efficaces nécessitent alors une prise en compte équilibrée de ces trois axes. Les facteurs biologiques englobent tout d'abord la génétique, qui peut prédisposer certains individus à l'addiction en raison de spécificités héritées, mais aussi la neurobiologie, le métabolisme, et les réponses physiologiques. Certaines de ces caractéristiques peuvent notamment influencer la façon dont une personne réagit aux drogues, contribuant à l'addiction ainsi qu'à l'expression de troubles associés. Les facteurs psychologiques concernent les expériences de vie, les croyances, les émotions, les compétences d'adaptation et les traits de personnalité qui peuvent être associés à une consommation accrue et potentiellement problématique de substances. On y retrouve ainsi de nombreux processus comportementaux et cognitifs, mais également les antécédents de certains troubles mentaux et les vécus traumatiques. Enfin, les facteurs sociaux incluent l'environnement et les influences familiales, de travail, les relations interpersonnelles, le statut socio-économique, mais aussi les influences culturelles et les normes sociales et légales qui entourent le cannabis. Certains individus peuvent ainsi être plus enclins à développer une dépendance en fonction de caractéristiques démographiques, du milieu, des groupes ou des pressions auxquelles ils sont exposés. (Chassagne, J, 2023, p. 11-13).

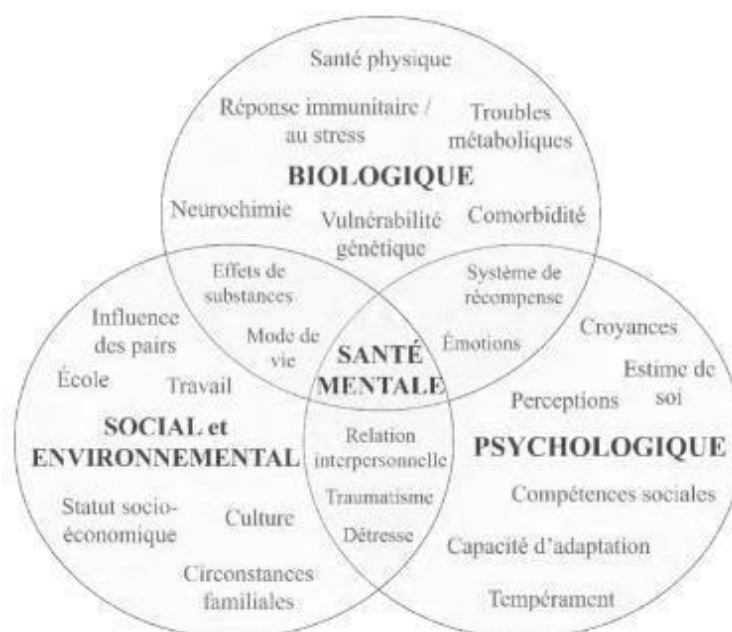


Figure 09 : Schéma d'interactions du modèle bio-psycho-social. (Chassagne, J, 2023, p. 12).

8.2-Modèle cognitif-comportemental

Dans le pan psychologique, le modèle cognitif-comportemental, proposé par Wright, Beck et Newman (1993) définit l'addiction comme un processus dynamique, où diverses cognitions et comportements dysfonctionnels interagissent et s'amplifient réciproquement pour conduire aux comportements addictifs et les maintenir. Le versant cognitif met l'accent sur les processus de pensée, tels que les croyances, les attentes et le traitement de l'information. Selon ce modèle, les comportements addictifs sont en grande partie le résultat de schémas dysfonctionnels, alimentés par des distorsions cognitives, des croyances et des pensées automatiques envers la substance. Ces pensées sont en quelque sorte l'interprétation de notre vécu, ce qu'on se dit spontanément des choses sans avoir à y réfléchir. Elles englobent ainsi un ensemble d'idées et d'attentes erronées sur la substance, comme croire qu'elle serait moins dangereuse, essentielle pour se détendre, réaliser certaines activités ou être soi-même. On y retrouve également les croyances anticipatoires (liées aux attentes positives de l'usage, comme se dire qu'elle nous permettra d'être plus social) qui apparaissent suite aux stimuli, et celles permissives (liées à la justification de l'usage, comme se dire qu'on le mérite bien après une journée de travail) intervenant après l'apparition de l'envie. Lorsqu'elles deviennent plus prévalentes, ces pensées exacerbent les distorsions cognitives, telles que la rationalisation (la création d'explications « logiques » pour justifier un comportement, comme se dire que le cannabis est moins dangereux que l'alcool), la généralisation (appliquer une expérience unique à toutes celles similaires, comme se dire que s'il m'a procuré de bons effets une fois il le refera), ou encore le biais de confirmation (la tendance à mieux retenir ce qui confirme nos croyances préexistantes, et à moins retenir celles qui les infirment). Ces distorsions, communes à tous mais parfois exacerbées, conduisent à des erreurs dans le traitement de l'information qui altèrent alors la manière dont les usagers perçoivent leur consommation et ses conséquences. Ensemble, ces composantes peuvent alors intervenir dans la cristallisation de schémas cognitifs dysfonctionnels, des modèles de pensée et de perception persistants et profondément ancrés, généralement formés au cours de l'enfance et de l'adolescence. Dans un schéma de dépendance/incompétence, l'usager se verra par exemple incapable de gérer ses responsabilités sans l'aide du cannabis. Dans un schéma de recherche d'approbation, il cherchera avec ardeur à obtenir la reconnaissance d'autrui, parfois quitte à fumer pour se sentir intégré. Ces schémas peuvent ainsi à nouveau orienter nos pensées, croyances, distorsions, émotions, et par association nos comportements. (Chassagne, J, 2023, p. 13-16).

Le versant comportemental se concentre quant à lui sur les processus d'apprentissage qui sous-tendent le développement et le maintien de la dépendance. Selon le modèle, les comportements addictifs sont acquis et renforcés par des mécanismes tels que le conditionnement répondant, le conditionnement opérant et l'apprentissage social. Dans le cadre du conditionnement répondant (ou Pavlovien), des stimuli préalablement neutres (ex : un lieu, un objet, une personne) peuvent, lorsqu'ils sont régulièrement associés à d'autres stimulus provoquant des réponses inconditionnelles (comme le cannabis et ses effets), déclencher des envies de consommer et ce même en l'absence de produit. Dans l'addiction, cela exacerbe par exemple peu à peu le nombre de stimuli potentiels d'usage. Le conditionnement opérant (ou Skinnérien) renforce quant à lui des comportements par leurs conséquences, selon une logique de récompense ou de punition. Dans l'addiction, la consommation est ainsi généralement renforcée par l'ajout de sensations positives (ex : l'euphorie, le bien-être) ou par la diminution de sensations négatives (ex : les symptômes de troubles, le stress). Enfin, l'apprentissage social implique d'adopter des comportements en observant autrui (Bandura, 1977). Les influences des pairs et de la famille peuvent alors inciter à la consommation si celle-ci est perçue comme normale ou encouragée. (Chassagne, J, 2023, p. 13-16).

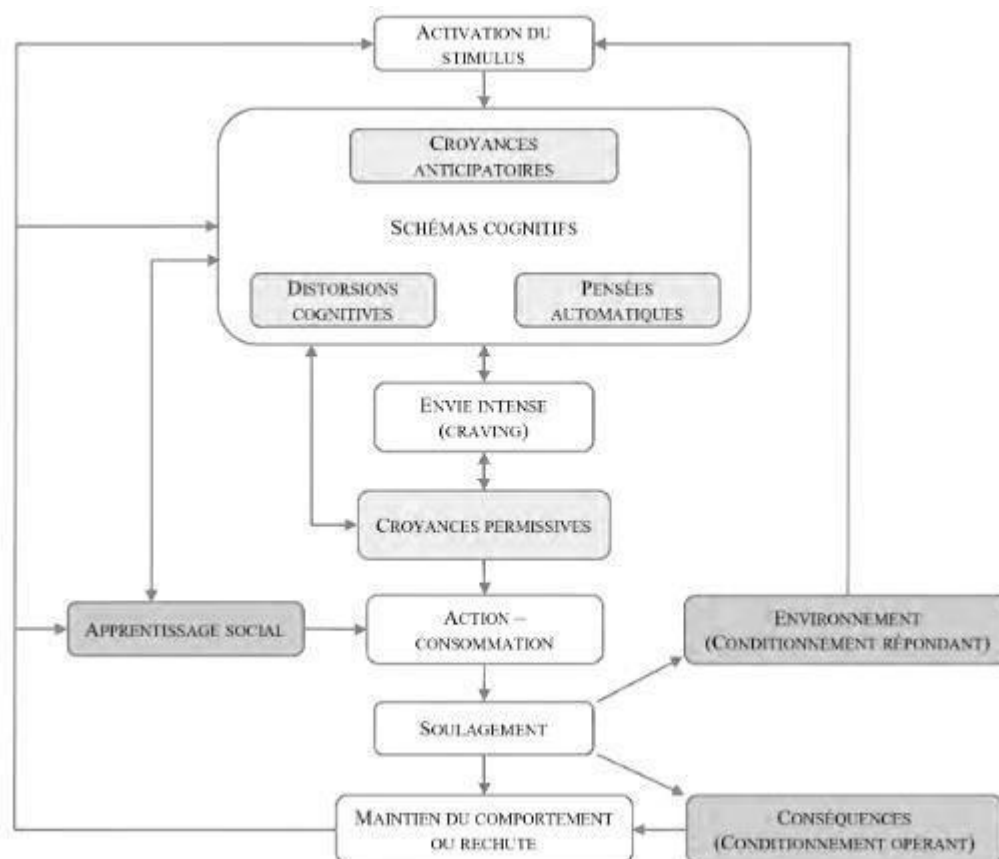


Figure 10 : Schéma d'interactions du modèle cognitif-comportemental. (Chassagne, J, 2023, p.15)

- Notes : en blanc = étapes du modèle de Wright, Beck & Newman ; en gris clair = théories cognitives ; en gris foncé = théories comportementales.

9- Conséquences de consommation**9.1-Conséquences sociales****9.1.1-Le coût social**

Le coût social direct concerne les dépenses nécessaires des finances publiques pour traiter les problèmes liés aux drogues illicites, comme les soins médicaux, la recherche et les campagnes de prévention, comptant pour un peu moins d'un milliard d'euros en 2019 (OFDT, 2019). Doivent également être pris en compte les coûts externes, qui englobent tous les effets indirects du cannabis sur la société. Ils ne sont pas forcément mesurés en termes purement financiers et peuvent également se traduire par des pertes humaines, une diminution de la qualité de vie et des absences ou interruptions de carrière. Plus globalement, ils représentent la perte de productivité économique directement imputable à l'abus de substances. (Chassagne, J, 2023, p. 16).

9.1.2-Risques d'accidents

La consommation de cannabis soulève également des questions de sécurité concernant l'usage de véhicule et l'aptitude aux professions à risque. Certains de ses effets, tels que des temps de réaction plus longs, une capacité réduite à contrôler une trajectoire, une mauvaise appréciation du temps et de l'espace et des réponses inadéquates en situation d'urgence sont en effet incompatibles avec la conduite automobile ou d'engins dangereux. Plusieurs études pointent ainsi la responsabilité de cette substance dans l'augmentation du risque d'accident sur la route, au travail, et ce même dans le contexte d'un cannabis thérapeutique et vendu légalement. (Chassagne, J, 2023, p. 17).

9.2-Conséquences physiques et médicales**9.2.1-Syndrome cannabinoïde et intoxication**

Le syndrome d'hyperémèse cannabique est une réaction physique et psychologique à une consommation excessive et régulière de cannabis. Rarement diagnostiqué, ses symptômes comprennent des nausées, des vomissements, et plus rarement des douleurs abdominales, se manifestant de manière chronique. L'ivresse (ou malaise) cannabique est quant à elle un état transitoire qui se manifeste brutalement pendant ou après l'ingestion. Elle se caractérise par une symptomatologie similaire à l'hyperménèse, accompagnée d'une transpiration excessive, de vertiges, de troubles de la conscience, de la perception, de l'affect et de la coordination, conduisant à une désorientation générale. Ces expériences sont généralement teintées d'anxiété, et peuvent dans certains cas conduire à de la paranoïa ou à des hallucinations. Elles sont souvent appelées « crise blanche » par les consommateurs, en raison du teint pâle que donnent

généralement leurs symptômes. Ces manifestations sont étroitement liées à la quantité de cannabis consommée, limitées dans le temps, et s'atténuent à mesure que la substance est éliminée par l'organisme. Très peu d'études se penchent sur la prévalence ou l'impact de ces manifestations, ouvrant la voie à de futures recherches. (Chassagne, J, 2023, p. 18).

9.2.2-Système cardiovasculaire

La consommation de cannabis peut entraîner des variations du rythme cardiaque et de la tension artérielle. Ces effets pourraient ainsi contribuer à une aggravation du risque d'infarctus du myocarde ou encore d'AVC. De plus, des études soulignent que l'usage de cannabis pourrait accélérer le vieillissement du système cardiovasculaire et semble être lié à une augmentation du risque de décès prématurés par ce type de pathologies. (Chassagne, J, 2023, p. 18).

9.2.3-Voies respiratoires

Les consommateurs peuvent présenter des symptômes de toux chronique, d'expectoration de mucus, de dyspnée (respiration difficile), ou encore d'inflammation des voies respiratoires et des poumons, pouvant mener dans certains cas à des bronchites chroniques et autres pneumopathies (National Institute on Drug Abuse, 2023 ; Tashkin et al., 2013).

9.2.4-Cancer

Bien que le THC ne soit pas clairement identifié comme agent cancérogène à part entière dans les systèmes cellulaires, la fumée d'un joint peut contenir des concentrations plus élevées de goudrons et de composés chimiques nocifs que ceux d'une cigarette roulée de tabac classique (National Institute on Drug Abuse, 2023).

9.2.5-Reproduction

Chez les hommes, une consommation régulière de cannabis semble réduire la concentration, le nombre et les fonctions motrices des spermatozoïdes, influençant négativement la fertilité. Chez les femmes, il semble pouvoir interférer les cycles menstruels et d'ovulation, rendant la conception plus difficile. Par ailleurs, le cannabis semble aussi pouvoir influencer la libido, et ce de manière variable, augmentant le désir sexuel de certains utilisateurs, ou le diminuant chez d'autres. D'un point de vue plus comportemental, on observe enfin que ses consommateurs rapportent un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de leur vie que les non-consommateurs. (Chassagne, J, 2023, p. 20).

9.2.6-Troubles du sommeil

Certains utilisateurs consomment du cannabis pour ses effets sédatifs perçus, croyant qu'il peut aider à induire le sommeil, mais sa consommation est pourtant associée à des difficultés

d'endormissement ainsi qu'à des insomnies. La substance semble aussi agir sur la structure et la durée des différentes étapes du sommeil, en particulier celui paradoxal (associé aux rêves, au travail de la mémoire, de l'apprentissage), réduite par les effets neurobiologiques du THC. Ces changements pourraient notamment avoir des conséquences sur la régulation émotionnelle et le traitement des souvenirs. En parallèle, la cessation après une utilisation prolongée peut également entraîner de l'insomnie en tant que symptôme de sevrage (APA, 2013).

9.2.7-Comportement alimentaire

Il semble que le cannabis puisse stimuler l'appétit, notamment au travers des récepteurs CB présents dans le système digestif. Chez certains consommateurs, la substance modifierait même la perception du goût. Utilisée régulièrement, elle semble néanmoins pouvoir conduire à des prises de poids, une augmentation des risques de troubles du comportement alimentaire ou encore au conditionnement d'habitudes de consommation malsaine. (Chassagne, J, 2023, p. 21).

9.2.8-Autres manifestations somatiques

Les rougeurs conjonctivales dues à la dilatation des vaisseaux sanguins (yeux rouges) , ainsi que la sécheresse buccale (dit « pâteuse ») sont des manifestations courantes de l'usage, D'autres symptômes divers et moins fréquents sont rapportés sans confirmation systématique, tels que des éruptions cutanées ou encore des réactions allergiques. (Chassagne, J, 2023, p. 23).

9.3-Conséquences psychopathologiques

9.3.1-Troubles cognitifs

La consommation de cannabis est régulièrement associée à différents déficits cognitifs plus ou moins transitoires, en particulier dans le domaine des fonctions exécutives, et ces altérations peuvent perdurer même après l'arrêt. En entravant les mécanismes d'encodage, de stockage, de manipulation et de récupération des informations, le cannabis peut tout d'abord diminuer les capacités mémorielles courtes et de travail. Des problèmes d'attention et une vitesse de traitement des informations réduite sont également fréquemment observés chez certains consommateurs, pouvant entraîner des lenteurs, des étourderies, oublis ou retards. D'autres fonctions, telles que la flexibilité cognitive (capacité à s'adapter au changement), les compétences de planification, d'organisation, de résolution de problèmes, et à prendre des décisions, semblent également pouvoir être atteintes en cas d'usage prolongé. Certains utilisateurs pourraient ainsi rencontrer des difficultés à acquérir de nouvelles compétences, apprendre de leurs erreurs, comprendre des concepts complexes, que ce soit dans la vie sociale, scolaire ou professionnelle. En outre, il existe des preuves suggérant que le cannabis peut

interférer avec « l'efficacité académique », conduisant à de moindres résultats scolaires, une diminution de la motivation à étudier et un risque accru d'abandon. Dans le cas d'une consommation précoce, l'usage est d'ailleurs fortement corrélé à des perturbations du développement cérébral, ayant des conséquences à plus long terme sur ces fonctions cognitives. (Chassagne, J, 2023, p. 24).

9.3.2-Troubles anxieux

Plusieurs études établissent un lien entre l'usage de cannabis et l'augmentation du risque de troubles anxieux, tels que l'anxiété généralisée, sociale, ou encore les troubles paniques. (Chassagne, J, 2023, p. 24).

9.3.3-Troubles de l'humeur

Chez certains individus, les variations d'affects et de l'humeur provoquées par le cannabis semblent aussi conduire à l'apparition ou à l'exacerbation des symptômes dépressifs. L'association entre l'usage et ce type de trouble pourrait être plus forte chez les hommes à l'adolescence et au début de l'âge adulte, et plus forte chez les femmes au milieu de leur vie. On observe également des corrélations entre l'usage et une augmentation du risque d'idéations suicidaires et de passages à l'acte, et ce même après contrôle des troubles anxieux ou dépressifs. Toutefois, une récente méta-analyse remet ici aussi l'ensemble de ces liens en question. L'usage du cannabis a également été associé à une possible aggravation du risque de développer des symptomatologies bipolaires, ainsi qu'à une augmentation du nombre d'épisodes maniaques et hypomaniaques. (Chassagne, J, 2023, p. 25).

9.3.4-Troubles psychotiques

L'un des domaines les plus étudiés en ce qui concerne le cannabis et la santé mentale est son lien avec la schizophrénie. D'après la littérature, son usage prolongé favoriserait ainsi la survenue de divers symptômes psychotiques. Parmi les premiers, on peut notamment citer ceux de l'ivresse cannabique (crise blanche), qui peuvent parfois évoluer vers une expérience psychotique teintée d'excitation, d'idées délirantes, d'impulsions, d'illusions et d'hallucinations. Dans la même lignée, la consommation de cannabis peut également induire des expériences dissociatives. Certains utilisateurs rapportent en effet des sensations de déréalisation (expériences de détachement du monde extérieur) ou de dépersonnalisation (expériences de détachement de son esprit ou de son corps), en particulier lorsqu'ils consomment des produits concentrés. On retrouve également des épisodes psychotiques brefs induits par l'abus de substance. Ces derniers surviennent soudainement (en l'espace de deux ou trois jours) et durent généralement moins de deux mois avant de disparaître aussi rapidement

qu'ils sont apparus. (Chassagne, J, 2023, p. 26).

9.3.5-Troubles de la personnalité

Il existe des preuves suggérant une association entre l'usage et certaines perturbations du développement de la personnalité. Sur les facteurs du Big Five, la consommation de cannabis semble ainsi associée positivement avec l'ouverture (curiosité, imagination) et le neuroticisme (instabilité émotionnelle, colère), et négativement à l'agréabilité (la tendance à être compatissant, coopératif) et la conscienciosité (autodiscipline, organisation), dans une méta-analyse, mais le manque d'études longitudinales ne permet pas encore d'établir formellement la direction de ce lien. Sa consommation a également été associée à une exacerbation du risque de développer des troubles de la personnalité borderline, et est souvent liée à ses manifestations associées telles que l'impulsivité, la recherche de sensations, l'instabilité des relations, ou encore les comportements antisociaux. (Chassagne, J, 2023, p. 27).

9.3.6-Troubles obsessionnels

Il n'y a pas de preuves solides établissant un lien entre la consommation de cannabis et le développement de troubles obsessionnels-compulsifs (TOC). Cependant selon plusieurs rapports, la substance semble pouvoir en exacerber les symptômes, notamment anxieux, chez certains individus diagnostiqués, ou bien les réduire (temporairement, de l'ordre de quelques heures) chez d'autres. (Chassagne, J, 2023, p. 28).

10- Prise en charge

10.1-Les services médicaux

Dans le versant médical, les traitements s'organisent autour de la cure de désintoxication, visant à passer l'étape de sevrage, l'hébergement dans différents types de structures et les médicaments pour soutenir ces étapes. Ils incluent aussi les traitements de substitution. Dans le versant psychologique, les traitements se déclinent à plus ou moins longue échéance, depuis les entretiens motivationnels (une à cinq rencontres) jusqu'aux psychothérapies cognitivo-comportementales (généralement moins d'un an) ou psychodynamiques (de durée variable). Les communautés thérapeutiques proposent des séjours à temps complet de plusieurs mois. (Acier, D., 2016, p. 84)

10.1.1-La cure de désintoxication

Le sevrage constitue une étape incontournable et essentielle. Il assure la prévention et le traitement des symptômes de dépendance physique et les conséquences graves qui pourraient se produire en cas d'arrêt total de la substance. Le sevrage favorise également la prise de

conscience de l'addiction, prérequis nécessaire pour engager un patient dans un processus de soins. Le sevrage permet une amélioration sur plusieurs sphères de la vie, directement liée à une diminution ou à un arrêt de la consommation de substance psychoactive (SPA). Par exemple, il peut ainsi permettre au patient de se sentir mieux dans son corps, de redécouvrir une capacité à réfléchir et à prendre des décisions, et de poser un temps d'arrêt sur sa vie et ses relations. De façon générale, le sevrage physique dure de 8 à 10 jours, bien qu'il puisse être plus court pour certaines substances. Il consiste en un traitement du corps et uniquement du corps. Le patient va subir aussi plusieurs examens de santé afin de vérifier le bon fonctionnement somatique. Ces protocoles de santé incluent régulièrement des analyses d'urine, des prises de sang et des prises de tension. Les bilans de santé consistent à dépister d'éventuelles maladies associées, telles que les hépatites B et C, ou le VIH. Le sevrage peut s'effectuer dans un service spécialisé en addictologie, mais également dans un service non spécialisé, mais disposant de lits spécialisés. Les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie réalisent également des missions d'accueil, de bilans médicaux psychosociaux, d'information et de liaison avec les équipes spécialisées. Le sevrage ambulatoire est le plus fréquent, car il permet de maintenir des relations familiales et sociales et de poursuivre une activité professionnelle. Il est souvent mieux accepté que le sevrage institutionnel bien qu'il ne soit compatible qu'avec une dépendance d'intensité modérée. Il repose sur une éducation du patient à l'égard de sa problématique et des possibilités de traitement, une hydratation continue et une médication d'anxiolytiques (benzodiazépines). Le sevrage institutionnel, plus rare, est prescrit uniquement lorsqu'il existe des situations spécifiques comme un niveau de dépendance physique d'intensité sévère, des antécédents de delirium tremens, des difficultés psychiatriques importantes, ou l'échec d'un sevrage ambulatoire. Le sevrage institutionnel nécessite une surveillance médicale continue, mais il soustrait le patient à son environnement et peut ainsi créer une coupure avec la famille et l'activité professionnelle. (Acier, D., 2016, p. 84-85)

10.1.2-L'hébergement en centre spécialisé

L'hébergement en centre spécialisé, régulièrement nommé «cure hospitalière», vise à stabiliser au niveau physique et psychologique, à soutenir la motivation au changement et à permettre une continuité de soins. Bien sûr, ces objectifs doivent tenir compte de la situation actuelle du patient pour être réalistes. La période d'hébergement varie de dix jours à plusieurs mois, avec une équipe soignante plus ou moins importante. Sur des périodes d'hébergement plus longues, des activités et ateliers sont mis en place pour soutenir le processus d'intégration psychologique et sociale. (Acier, D., 2016, p. 85-86)

10.1.3-Les traitements pharmacologiques

Les recherches pharmacologiques ont évalué un grand nombre de molécules pour soigner les addictions, et actuellement aucun médicament psychotrope n'a d'effet direct sur les addictions. C'est un élément majeur qui est rarement évoqué.

Aucun médicament n'a été prouvé efficace, c'est-à-dire capable de générer un résultat supérieur à l'effet placebo, afin de diminuer la consommation problématique de substance. Seuls l'acamprosate et la naltrexone montrent des preuves d'efficacité suffisante au niveau d'un soutien au maintien de l'abstinence et non comme traitement principal. On constate par contre que toute la pharmacologie en lien avec les symptômes psychopathologiques, qu'il s'agisse d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou de stabilisateurs de l'humeur, est très largement prescrite. S'ils sont utiles dans le contexte de troubles concomitants, on peut s'interroger à propos de ce large emploi. (Acier, D., 2016, p. 86-88)

10.1.4-Les traitements de substitution

Les traitements de substitution sont une modalité de traitement reposant sur l'administration d'une substance qui a une activité pharmacologique similaire à celle de la substance psychoactive (SPA). La substitution vise à prévenir les symptômes physiques et psychiques de sevrage et à stabiliser la consommation de SPA. Elle est proposée au patient dans une dynamique de soins psychiques et somatiques, en proposant un étayage psychologique et social suffisant pour que celui-ci ne réitère pas l'utilisation de drogue. Les traitements de substitution concernent principalement le tabac, mais aussi les opiacés dont spécialement l'héroïne. (Acier, D., 2016, p. 88-89)

10.2-Les traitements psychologiques

La grande majorité des modèles étiologiques des addictions sont issus de la psychologie. C'est que la biologie n'a pas encore trouvé de molécule capable de soigner une addiction, les médicaments actuels étant centrés sur les effets du sevrage à une substance psychoactive (SPA) ou du soutien à des symptômes d'autres troubles mentaux. Actuellement, il n'y a pas de médicament capable de rendre la liberté de ne plus consommer à une personne dépendante.

10.2.1-L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une technique d'intervention qui vise à augmenter la motivation au changement. Elle est issue du courant humaniste-existential, et s'inspire du psychologue Carl Rogers. Cette technique, qui est particulièrement recommandée pour les patients présentant des problématiques résistantes au changement, est donc bien adaptée et pertinente dans le domaine des addictions. L'entretien motivationnel montre une efficacité

significative par rapport aux problèmes liés aux substances psychoactives (SPA) mais aussi par rapport à d'autres problématiques de santé, dans tous les domaines impliquant des patients ambivalents. Cette efficacité est démontrée uniquement sur des points précis, comme l'engagement dans des soins, mais même avec une seule rencontre d'une durée de 30 à 60 minutes. (Acier, D., 2016, p. 89-93)

10.2.2-La prévention de la rechute

La prévention de la rechute est un traitement mis au point par Marlatt et Gordon (1985), professeurs de psychologie à l'Université de Washington et spécialistes des addictions. Marlatt conçoit la rechute comme une perte de contrôle de la consommation et le retour des conduites addictives et de ses conséquences négatives associées. La prévention de la rechute fait référence à un ensemble d'interventions qui visent à enseigner des techniques d'adaptation cognitive et comportementale. Ces techniques aideront les patients à éviter ou à prendre en charge un éventuel retour à la consommation de courte durée (un écart) ou un retour prolongé (rechute) à la suite d'une période d'abstinence ou de modération. (Acier, D., 2016, p. 93-96)

10.2.3-La psychothérapie psychodynamique

Le travail psychodynamique est difficile avec les sujets qui présentent une addiction. Dans une perspective historique du courant analytique, Charbonneau (2011) rappelle que la majorité des auteurs attribuent à la drogue et à l'alcool une fonction défensive pour le consommateur de substance psychoactive (SPA), une modalité psychique qui tend à ne pas penser sa situation affective. L'utilisation de SPA permet d'accroître momentanément l'estime et la force du Moi durant les effets de consommation, puis le quotidien revient et peut être ressenti comme pénible et frustrant, entraînant des sentiments dépressifs. La consommation permet aussi de vivre des sensations de plaisir et d'euphorie qui disparaissent à l'arrêt de la consommation. Ainsi, Ferenczi (1911) s'est intéressé essentiellement à l'étude de l'alcoolisme, qu'il considère comme un état morbide, mais au-delà des simples quantités manifestes de toxiques absorbées. Il affirme que la désintoxication n'est pas suffisante et doit être suivie d'un travail sur les véritables motivations psychiques du besoin compulsif de consommer une substance. Par cette distinction, il étend cette nécessité à d'autres conduites irrépressibles telles que la kleptomanie et la pyromanie, qu'il qualifie de «manifestations pulsionnelles symptomatiques». En termes de structure psychique, Bergeret (1982) a proposé que la toxicomanie se rattache à chacune des trois structurations de la personnalité déjà existantes. Elle viendrait se rattacher à une structure préexistante, ayant pour fonction d'apaiser l'angoisse qui s'y rattache. Le comportement d'addiction permettrait alors d'éviter l'angoisse de castration pour une personne présentant une structure névrotique (comme la peur d'être punie ou la

difficulté à s'affirmer...), de s'échapper ou de fuir le sentiment d'abandon pour une personne avec une structure limite (comme éviter l'abandon et le rejet...), et d'échapper à une angoisse de morcellement pour une structure psychotique (se défendre contre le délire ou le camoufler). Charbonneau (2011) pointe l'importance de la conception analytique consistant à se centrer sur la compréhension du vécu interne du consommateur plutôt que sur les comportements manifestement observables. (Acier, D., 2016, p. 96-99).

10.2.4-La psychothérapie cognitive comportementale (TCC)

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) proviennent du développement des théories sur le conditionnement classique (Pavlov et Watson), du conditionnement opérant de Skinner et de praticiens comme Beck et Ellis. Les premières études de Skinner utilisaient exclusivement des animaux, surtout des rats et des pigeons.

Les psychothérapies comportementales et cognitives s'appuient sur de nombreuses recherches ayant démontré leur impact au niveau de la consommation ou des symptômes apparents. Les objectifs thérapeutiques sont clairement définis, ainsi que la façon de les évaluer, dans une étroite collaboration entre un psychologue et un patient. Ces psychothérapies s'adaptent facilement aux spécificités de chaque patient, de leur situation et leurs motivations, ainsi qu'aux objectifs de diminution de la consommation ou d'abstinence. Néanmoins, elles présentent le risque de sombrer dans une technicité et une étroitesse en se centrant uniquement sur la consommation de substance psychoactive (SPA), comme on peut le voir dans certains centres en Amérique du Nord. Certains patients peuvent alors se sentir désemparés devant des techniciens qui ne doivent et ne peuvent parler que de consommation problématique de SPA et ne toucher qu'à la pointe émergée de l'iceberg. (Acier, D., 2016, p. 99-103)

10.2.5-Le groupe de parole

Le groupe de parole réunit plusieurs personnes présentant une addiction autour d'un psychothérapeute. Au niveau du cadre, un groupe peut être semi-structuré, avec un contenu préparé à l'avance pour toutes les séances, mais préservant une place à l'échange entre les patients, ou libre, partant de ce que les participants amèneront. Les groupes de parole peuvent également être ouverts, permettant à un nouveau patient de joindre le groupe à n'importe quel moment, ou encore être fermés, c'est-à-dire n'acceptant plus de nouveau participant jusqu'à nouvel ordre. Il n'y a pas d'indicateur de durée, mais le rythme de vie fait en sorte qu'ils durent généralement moins d'une année, soit généralement entre 10 et 30 séances. (Acier, D., 2016, p. 104-106).

10.2.6-Les communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques (CT) existent depuis plus de 40 ans. Elles sont apparues dans les années 1960-1970 en Grande-Bretagne et partagent initialement une certaine proximité avec l'antipsychiatrie. La première structure hébergeant des toxicomanes, Synanon, a été fondée en 1958 par C. Dederich en Californie. Les CT considèrent le milieu de vie comme étant le pivot du changement dans la vie de la personne addictée. Le terme de communautés thérapeutiques s'applique à la fois à l'institution et à une prise en charge de l'addiction en faisant de l'environnement le facteur essentiel d'une modification de la problématique et du maintien d'une abstinence. Le noyau central d'une communauté thérapeutique repose sur des activités, souvent à des fins éducatives, qui visent à modifier les comportements par l'apprentissage ou le réapprentissage de la vie en groupe. Initialement développées pour le traitement des troubles psychiques, des communautés thérapeutiques s'intéressent à la problématique des addictions. (Acier, D., 2016, p. 106-110)

Synthèse

L'addiction aux substances psychoactives peut être considérée comme un problème complexe et ravageur, influençant profondément le cerveau et les comportements des individus, ainsi le cannabis se caractérise par un désir incontrôlable de son usage, malgré les conséquences néfastes qu'elles entraînent sur la santé, les relations personnelles et divers aspects de la vie quotidienne.

CHAPITRE II

**FONCTIONS SUBJECTIVES
DU CANNABIS**

Préambule

L'usage du cannabis ne se résume pas à une consommation simple, mais porte en lui une complexité subjective souvent incomprise. Derrière chaque usage se cache une fonction psychologique propre, que ce soit renforcement, conformité, sociale, coping ou bien développement personnel. En ce qui suit on va donner la définition de la fonction subjective, l'histoire des fonctions subjectives du cannabis, ainsi on va détailler chaque fonction et on va finir par une synthèse.

1-Définition

La fonction subjective du cannabis désigne l'ensemble des significations personnelles, des motivations psychologiques et des usages symboliques que les individus attribuent à leur consommation de cannabis. Elle reflète la manière dont chaque usager investit subjectivement cette substance, en fonction de son vécu, de ses besoins émotionnels, de ses conflits intrapsychiques et de son environnement socioaffectif. Cette fonction dépasse les simples effets pharmacologiques pour inclure le rôle que joue le cannabis dans la régulation psychique, la gestion de l'anxiété, l'identité, et les dynamiques relationnelles. (Reynaud et al., 2012, p. 45).

2-Histoire des fonctions subjectives du cannabis

L'étude des fonctions subjectives du cannabis - renforcement, conformité, motivation sociale, coping et développement personnel - s'inscrit dans une longue évolution historique et culturelle. Dès les premières traces de son usage médicinal et rituel dans les anciennes civilisations chinoises et indiennes vers 2700 av. J.-C. (Russo, 2007), le cannabis a rempli des fonctions psychotropes complexes. Au XIX^e siècle, les travaux de Moreau de Tours (1845) sur le hachisch comme outil d'exploration psychologique préfiguraient déjà sa fonction moderne de développement personnel. L'ère hippie des années 1960 a marqué un tournant, institutionnalisant son usage comme marqueur identitaire (conformité) et moyen de facilitation sociale (motivation sociale), tout en développant sa dimension hédoniste (renforcement) (Becker, 1963). Les années 1990 ont vu émerger la reconnaissance du cannabis comme stratégie d'automédication (coping), particulièrement pour les troubles anxieux (Zvolensky et al., 2006). Plus récemment, la légalisation dans plusieurs pays a institutionnalisé ces fonctions, avec l'apparition d'une "culture du bien-être cannabique" mêlant développement personnel et usage récréatif (Hathaway et al., 2016). Cette évolution reflète la plasticité des usages du cannabis à travers les époques et les cultures, tout en

maintenant une constante : sa capacité à répondre à des besoins psychosociaux fondamentaux mais par des moyens culturellement et historiquement situés.

3- Les cinq fonctions subjectives du cannabis

L'usage du cannabis répond à diverses fonctions subjectives qui expliquent son maintien malgré les risques associés. Ces fonctions reflètent des besoins psychosociaux et affectifs fondamentaux, façonnant la relation que l'individu entretient avec la substance. Parmi ces fonctions, cinq dimensions principales émergent : le renforcement, la conformité, la motivation sociale, le coping et le développement personnel. Chacune de ces dimensions influence différemment les comportements de consommation, selon les caractéristiques individuelles et contextuelles (Simons et al., 2000).

Le renforcement désigne les effets hédoniques et gratifiants du cannabis, qui activent les circuits cérébraux de la récompense, renforçant ainsi la probabilité d'une consommation répétée (Volkow et al., 2016). Cette dimension inclut à la fois le plaisir immédiat (renforcement positif) et le soulagement des états désagréables (renforcement négatif). La conformité renvoie à l'adoption de comportements de consommation pour s'aligner sur les normes d'un groupe social, souvent motivée par le désir d'acceptation ou la crainte du rejet (Borsari & Carey, 2001). Cette fonction est particulièrement saillante à l'adolescence, où l'influence des pairs joue un rôle central dans l'initiation au cannabis (Pedersen et al., 2017).

La motivation sociale englobe l'utilisation du cannabis pour faciliter les interactions, réduire l'inhibition sociale ou participer à des rituels collectifs (Dumas et al., 2020). Certains consommateurs rapportent que la substance améliore leur sociabilité ou leur sentiment d'appartenance. Le coping correspond à l'usage du cannabis comme stratégie de régulation émotionnelle, visant à atténuer le stress, l'anxiété ou les symptômes dépressifs (Khantzian, 1997). Enfin, le développement personnel réfère à une quête, souvent illusoire, de croissance individuelle à travers la consommation, que ce soit par l'exploration de soi, la créativité ou la recherche de sens (Hershberger et al., 2023). Ces fonctions subjectives, bien que distinctes, interagissent fréquemment, contribuant à la complexité des trajectoires addictives. Dans ce qui suit on va essayer d'entreprendre chacun de ses facteurs mentionnés plus haut.

3.1-Le renforcement

L'addiction a les caractéristiques d'une pathologie chronique, d'installation progressive, avec une évolution émaillée de rechutes, et dont la survenue est déterminée par des facteurs de vulnérabilité. Dans le processus addictif, les modifications progressives du comportement de consommation s'inscrivent dans une temporalité : une initialisation à travers l'impact hédonique

positif (récompense, liking), puis la poursuite des comportements via les automatismes (apprentissage, conditionnement, learning) et les conséquences émotionnelles négatives plus que par la recherche vaine de l'effet initial (saillance incitative, wanting) puis enfin la perte de contrôle de la consommation. (Raynaud.M, 2016, p.12) Plusieurs éléments interviennent dans les processus d'apprentissage liés aux addictions. Hormis le produit (dont effets et valeur accordée), le contexte et les indices qui lui sont associés à travers des processus de conditionnement et de renforcement ont un rôle majeur dans l'installation de l'addiction, sa pérennisation, et la rechute. Il existe deux types de conditionnement. Dans le conditionnement classique de Pavlov, une émotion (bien-être ou mal-être) est associée à une situation ; l'exposition ou simplement l'évocation de la situation devient suffisante pour générer l'émotion (réponse conditionnée par anticipation). Dans le conditionnement opérant, le sujet apprend un comportement pour être mieux (avoir du plaisir ou moins souffrir). L'ancrage de ces indices peut être tellement fort que le comportement des patients peut dépendre d'une manière plus ou moins importante d'une automatisation rythmée par ces indices, quelles que soient les conséquences associées. (Maurice.D & Lucie P, 2016, p. 60)

La théorie du conditionnement opérant (Skinner, 1948) est une prolongation des travaux de Pavlov. Dans ce cas, le comportement (la réponse) peut être émis sans qu'aucun stimulus observable ne l'ait provoqué. Un apprentissage est dit positif (appelé aussi « renforcement positif ») si les conditions de la réponse augmentent les probabilités de renouvellement de cette réponse. A l'inverse, le renforcement négatif permet au sujet d'échapper à certaines situations désagréables. Dans ce cas, la consommation vise à renouveler une expérience agréable ou à soulager un malaise interne. Les modèles behavioristes sont régulièrement convoqués dans la littérature, comme les mécanismes par lesquels les stimuli issus de l'environnement, qu'ils soient induits en laboratoire (Carter & Tiffany, 1999) ou dans un contexte de vie quotidienne (Epstein, Marrone, Heishman, Schmittner, & Preston, 2010) vont déclencher des cravings. Les théories du conditionnement classique et opérant ont permis de développer des pistes de prises en charges cognitivo-comportementales de la gestion des conduites addictives et notamment du craving, comme les techniques d'exposition ou la gestion des contingences. (Cyr.L, 2022, p.38)

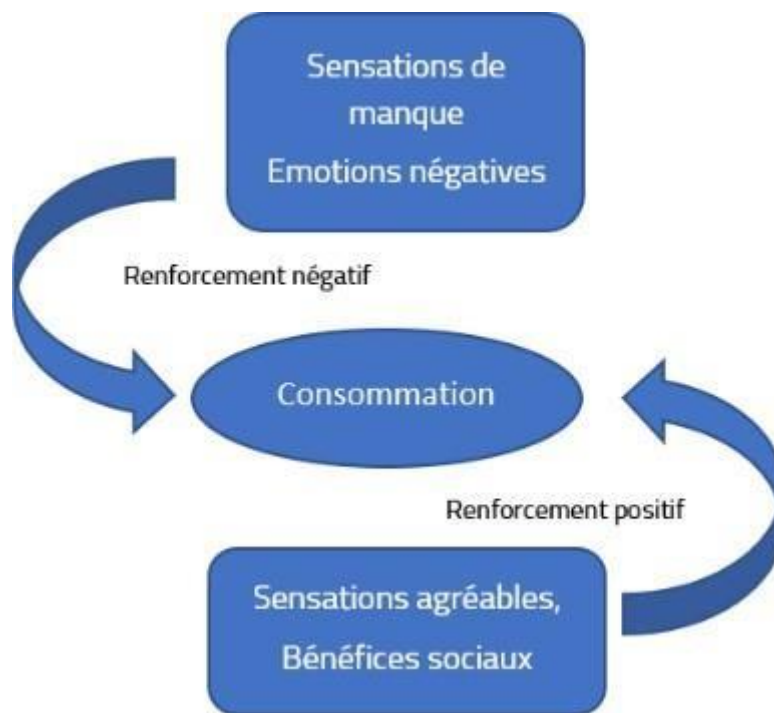


Figure 11 : Modèle de conditionnement opérant appliqué à l'addiction. (Cyr L., 2022, p.39)

En matière d'addictions, remarquons avec Pedinielli que la recherche de sensations est un élément important de l'usage de drogues illicites, des toxicomanies ou du jeu pathologique, mais qu'au contraire, certaines addictions comme des toxicomanies d'« automédication » pourraient être interprétées comme un évitement de la nouveauté ou de l'aventure. (Marc V, 2016, p.101)

Selon Zuckerman, la recherche de sensations serait liée au besoin de maintenir ou d'atteindre un certain niveau d'activité cérébrale. Les différences entre individus proviendraient de différences dans le seuil d'activation : pour obtenir une sensation équivalente, certains doivent recourir à plus de stimulations que les autres (il convient donc de parler de recherche de stimulation autant que de sensation). Les bases de ces différences devraient être recherchées au niveau neurophysiologique : les recherches en matière de conduites à risque ou d'addictions montrent qu'aux variations hormonales, entraînant une réactivité variable aux stress, s'ajoutent des variations des taux d'endorphines, de monoamines, particulièrement du système dopaminergique. Les variantes individuelles dans la recherche de stimulations diverses tiendraient de façon ultime, selon Zuckerman, à la génétique. (Marc.V, 2016, p.101)

Proche de cette notion de recherche de sensation, la « recherche de nouveauté » est l'une des dimensions proposées par Cloninger dans le cadre de son modèle psychobiologique de personnalité. Selon cet auteur, le tempérament, défini génétiquement, doit être exploré suivant quatre axes : recherche de nouveauté, évitement du danger, dépendance à la récompense et persévérance ou persistance. (Marc.V, 2016, p.101)

Pour expliquer cette

installation progressive de l'addiction, quatre grands mécanismes complémentaires, qui se déroulent et se renforcent parallèlement, sont nécessaires, le premier est la sensibilisation motivationnelle : la saillance de la récompense (augmentation progressive de la motivation à consommer), le deuxième est l'apprentissage des habitudes (comportement automatique non lié à un effet recherché mais qui passe en mode stimulus- réponse), quant au troisième qui est l'allostase hédonique (état émotionnel négatif lié à un déficit d'activation du circuit de la récompense : augmentation du seuil), et le dernier qui est le déficit de contrôle inhibiteur (atteinte des fonctions exécutives) : perte du contrôle intellectuel « raisonnable », effectué par le cortex préfrontal. Il faut rajouter à ces éléments qui sont le dérèglement interoceptif (l'insula) : mise en route « automatique » du besoin de consommer : le craving et aussi l'hyperéactivité de l'évitement et de l'angoisse (l'habenula). . (Raynaud.M, 2016, p.13)

Ces quatre grands mécanismes complémentaires s'appuient sur quatre circuits qui interagissent et sont interconnectés qui sont le circuit de la récompense (reward); le circuit de la motivation : la saillance ; les voies de la mémoire et des habitudes conditionnelles ; le contrôle cortical, intellectuel et exécutif.

À ces mécanismes viennent se surajouter, au fur et à mesure que la dépendance s'installe ; la perception des états internes analysant le besoin et qui va jusqu'au craving (insula) et le circuit de l'évitement et de l'angoisse (l'habenula et l'amygdala). (Raynaud.M, 2016, p.13)

En situation normale, l'équilibre entre ces quatre circuits aboutit aux actions adaptées à notre situation émotionnelle ou de besoin. Le circuit de la récompense donne la valeur d'un besoin, celui de la motivation donne la valeur d'un besoin et répond aux états internes, celui de la mémoire met en jeu les associations apprises et celui du contrôle permet de résoudre les conflits. Chez le sujet normal, la décision d'entreprendre une action vers un but désiré tient compte de l'importance de la motivation pour cet objet, fonction de sa valeur de récompense, elle-même liée au souvenir du plaisir qu'il a entraîné précédemment. Mais, en fin de compte, c'est le contrôle cortical, préfrontal qui évaluera, en fonction du contexte et du désir anticipé et mémorisé, s'il convient d'agir ou de différer l'action. En cas d'addiction, on assiste à un renforcement de la valeur du produit, aussi bien par la survalorisation du besoin (la saillance) que dans la motivation à s'en procurer, et à l'envahissement des circuits de mémoire avec déconnexion au moins partielle du circuit de contrôle inhibiteur exercé au niveau du cortex préfrontal par les associations corticales. Cela permet de mieux comprendre les attitudes psycho-comportementales des sujets dépendants : le cerveau devient hypersensibilisé à la drogue et aux stimuli environnementaux qui lui sont associés, accorde beaucoup moins d'importance aux autres intérêts, objectifs et motivations devenus secondaires par rapport au besoin obsédant du produit. (Raynaud.M, 2016, p.14)

Chez le sujet addict, il y a une survalorisation de l'objet du désir, sa valeur « récompensante » et le souvenir de celle-ci entraînent une motivation majeure, le simple désir est devenu besoin. Le contrôle cortical est devenu insuffisant, trop limité pour tenir compte du contexte et des conséquences. Les informations qu'envoie tout le cerveau, valeur majeure de la récompense, saillance majeure et donc motivation majeure (cortex cingulaire et cortex orbito-frontal), mémoire exacerbée du plaisir (hippocampe) auquel se surajoute le craving (insula), sont devenues impérieuses, correspondant à un besoin perçu comme nécessaire, absolu et vital. Tout le cerveau est désormais programmé pour reconnaître ce besoin comme primordial. Le contrôle « raisonnable » n'arrive plus à s'exercer, à contrebalancer ces informations de besoin majeur exigeant une action immédiate du cortex préfrontal pour le satisfaire. Au lieu du « circuit long » de l'analyse rationnelle, le cerveau fonctionne désormais en « circuit court » rapide et peu flexible, de décision automatique. (Raynaud M., 2016, p.14)

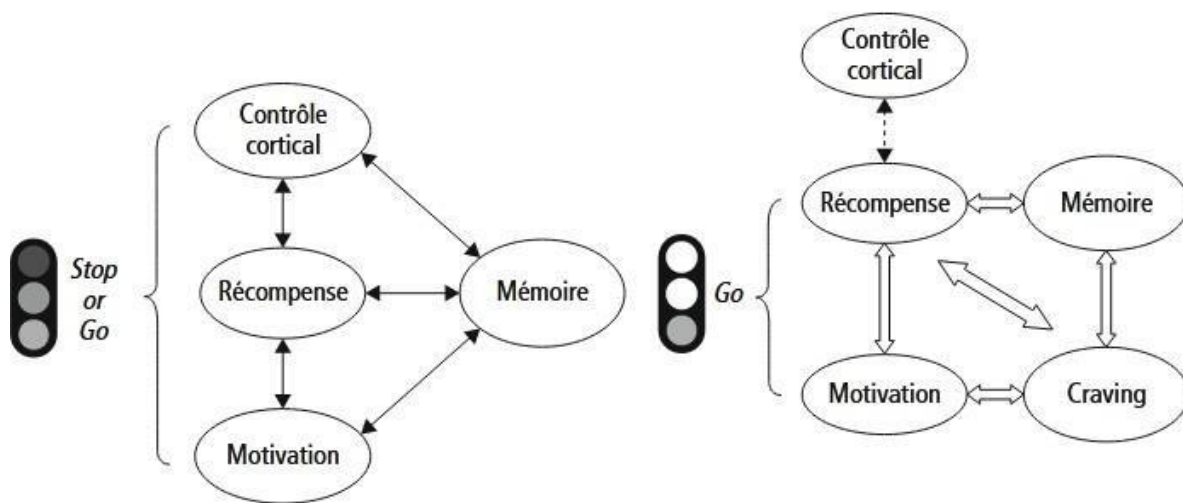


Figure 12 : Fonctionnement d'un cerveau non addict et addict (Raynaud.M, 2016, p.14)

Le renforcement est un processus qui favorise la répétition d'un comportement. Il est positif s'il est associé à une récompense (consommer pour éprouver un plaisir), il est négatif si le comportement permet d'éviter ou de réduire une souffrance (consommer pour apaiser). Ces deux renforcements peuvent coexister chez un patient et sous-tendent l'appétence à consommer, le craving. (Maurice D. & Lucie P., 2016, p. 61) Enfin, le besoin de consommer peut résulter de pensées obsédantes envahissantes (craving obsédant). Ainsi, le développement d'une addiction est associé à un apprentissage pathologique, avec un glissement comportemental vers des comportements automatisés et compulsifs. (Maurice.D & Lucie P, 2016, p. 61).

- Modèles explicatifs du renforcement dans le domaine des addictions

Divers modèles précliniques sont utilisés pour étudier le caractère renforçant des drogues. Le plus répandu est celui de l'autoadministration, qui permet de mesurer une variable qui

s'apparente à la prise compulsive de produit observable chez des patients dépendants. Ce modèle permet de mesurer la valeur hédonique de la substance qui se manifeste par un comportement actif de l'animal en vue de se procurer cette substance, administrée par voie intraveineuse le plus souvent. La mise en évidence d'effets renforçant par les cannabinoïdes chez l'animal s'est révélée complexe puisqu'elle nécessite des conditions particulières. Ainsi, l'autoadministration de THC a été montrée chez des animaux privés de nourriture ou d'eau, ou ayant appris à s'auto-administrer d'autres drogues avec dans tous ces cas une faible auto-administration. Plus récemment, une forte autoadministration de THC a été obtenue chez le singe écureuil en utilisant des faibles doses de ce cannabinoïde. Il semble, en revanche, que l'auto-administration de certains agonistes synthétiques, soit plus robuste. (Nicolas M., 2016, p.642)

Un autre modèle couramment utilisé pour étudier les effets renforçant est celui de la «préférence de place conditionnée » (PPC) dans lequel on injecte une drogue de manière répétée à un rongeur dans un compartiment d'une cage, tandis qu'une solution saline est injectée dans l'autre compartiment. Les deux compartiments contiennent des indices qui permettent à l'animal de les différencier. Après la phase des injections, lors de la phase de test, on laisse le choix à l'animal d'aller dans l'un ou l'autre compartiment. Si la drogue est renforçante, il passera plus de temps dans le compartiment où il a reçu la drogue. Les effets renforçant des substances psychoactives ont été associés à une libération de dopamine dans certaines structures limbiques en particulier le noyau accumbens. Des études de microdialyse intracérébrale ont montré que les cannabinoïdes augmentaient la libération de dopamine dans cette structure. Plusieurs mécanismes sont responsables de cette augmentation dont le mieux décrit passe par l'activation des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (CB1) dans l'aire tegmentale ventrale, zone d'origine des neurones dopaminergiques du système de récompense qui vont projeter dans le noyau accumbens. Cette augmentation de dopamine passerait par un mécanisme indirect. En effet, l'aire tegmentale ventrale possède également des neurones GABAergiques qui inhibent les neurones dopaminergiques et expriment des CB1. Par conséquent, l'activation des CB1 en diminuant la libération de GABA va lever l'inhibition sur le neurone dopaminergique et donc augmenter la libération de dopamine dans le noyau accumbens. Dans l'un ou l'autre compartiment. Si la drogue est renforçante, il passera plus de temps dans le compartiment où il a reçu la drogue. Dans ce modèle de PPC, l'administration des agonistes cannabinoïdes induit en général des effets aversifs, bloqués par l'administration de l'antagoniste CB1. Des effets renforçant du THC ont néanmoins été observés dans la PPC, en utilisant des doses plus faibles que celles induisant des effets dysphoriques et en offrant aux rats, entre chaque conditionnement, une période de 24 heures sans substance psychoactive. Une autre procédure

utilisée pour révéler les effets renforçants des cannabinoïdes dans ce modèle a consisté à éviter les effets aversifs de la première exposition au produit. Ainsi, seules les souris ayant reçu une première administration de THC dans la cage de stabulation développent une préférence de place pour le compartiment où elles ont reçu les administrations successives de THC. (Nicolas.M, 2016, p.642)

3.2-La conformité

La conformité, définie comme l'adhésion aux normes sociales ou aux attentes d'un groupe, peut jouer un rôle significatif dans le développement et le maintien des comportements addictifs. Selon les théories psychosociales, les individus peuvent adopter des conduites addictives pour s'intégrer dans un groupe ou éviter l'exclusion sociale (Kandel, 1980).

La relation entre conformité et addiction est un phénomène multidimensionnel qui s'enracine dans des mécanismes psychologiques, sociaux et neurobiologiques. La conformité, définie comme l'ajustement des comportements, attitudes et croyances individuelles aux normes d'un groupe (Cialdini & Goldstein, 2004), peut agir comme un catalyseur dans le développement et la persistance des addictions, qu'elles soient liées à des substances ou à des comportements. Cette dynamique s'explique par plusieurs processus interdépendants, incluant la pression des pairs, l'internalisation des normes sociales, et les récompenses neurochimiques associées à l'appartenance sociale.

La relation entre conformité sociale et addiction au cannabis représente un phénomène complexe qui s'articule à travers plusieurs niveaux d'analyse, depuis les influences macrosociales jusqu'aux mécanismes neurobiologiques sous-jacents. Les recherches contemporaines mettent en lumière comment les processus de socialisation, particulièrement durant l'adolescence période critique de développement identitaire et cérébral, interagissent avec les vulnérabilités individuelles pour favoriser l'émergence et le maintien de comportements addictifs (Cservénka et al., 2022). Le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1979) offre un cadre pertinent pour comprendre cette dynamique, où les facteurs microsystemiques (groupe de pairs, famille), mésosystemiques (école, communauté) et macrosystemiques (normes culturelles, politiques) interagissent pour influencer les trajectoires de consommation. Les études longitudinales démontrent que l'exposition précoce à des pairs consommateurs triple le risque de développer une consommation problématique de cannabis à l'âge adulte (Miech et al., 2022), un effet médié par des altérations neurodéveloppementales dans les circuits fronto-limbiques impliqués dans le contrôle inhibiteur et la prise de décision (Lisdahl et al., 2021). Parallèlement, les théories de l'apprentissage social (Bandura, 1986) soulignent le rôle crucial des modèles sociaux dans la normalisation des comportements addictifs, processus renforcé par

les représentations médiatiques et culturelles banalisant l'usage du cannabis (Boyd et al., 2023). Sur le plan neurobiologique, les recherches en imagerie cérébrale révèlent que la conformité sociale active les mêmes circuits de récompense (notamment le striatum ventral et le cortex préfrontal médian) que ceux stimulés par le THC (Zhao et al., 2021), créant ainsi une synergie neurocomportementale où la recherche d'intégration sociale et les effets pharmacologiques du cannabis se renforcent mutuellement. Ce phénomène est particulièrement marqué chez les individus présentant des traits de personnalité liés à la recherche de sensations ou une sensibilité accrue au rejet social (Conrod et al., 2023). Les interventions préventives les plus efficaces intègrent cette multidimensionalité en combinant l'éducation neurocognitive, le développement des compétences psychosociales et la restructuration des normes groupales (Patton et al., 2022), soulignant l'importance d'une approche intégrative pour comprendre et prévenir l'addiction au cannabis dans ses déterminants sociaux et biologiques.

3.3-Fonction sociale et cognitive

La théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1997) intègre les modèles du conditionnement classique et opérant, et y associe l'apprentissage par imitation. Selon l'auteur l'interaction réciproque entre la personne et son environnement induit des comportements plus ou moins adaptés. L'individu apprend par imitation appelé « phénomène de modelage » par l'intermédiaire de modèles choisis qui reflètent des valeurs adaptatives. Cette interaction lui permet de développer son sentiment d'efficacité personnelle. Le sentiment d'efficacité personnelle est défini comme la capacité à s'adapter à la vie quotidienne et à ses contraintes. Des études ont mis en évidence que cette compétence agit comme un facteur de protection dans la gestion du craving. La théorie de l'apprentissage social met en évidence des facteurs de risques sociaux, comme l'influence des pairs ou le milieu éducatif dans lequel la personne dépendante évolue. Des variables liées à l'interaction avec d'autres individus telles que les conflits ou la pression sociale peuvent également influencer le craving. La théorie de l'apprentissage est à la base de l'entraînement aux compétences sociales et à l'entraînement aux stratégies de prévention de la rechute dans des situations à risques de reconsommation. (Cyr.L, 2022, p.40)

Le modèle cognitif du maintien de la conduite addictive développé par Beck (1993) part du postulat que la consommation problématique est le résultat d'une erreur de traitement cognitif. La boucle cognitivo-comportementale peut être déclenchée par un stimulus soit interne (ex : une pensée, une émotion) soit externe (ex : la vue de la substance) qui va activer un schéma cognitif composé d'attentes positives et de croyances à l'égard du produit. A titre d'exemple, la boucle cognitivo-comportementale d'une personne dépendante peut être la suivante : « Dès que

je consomme, ma colère s'apaise instantanément ». Cette pensée, en lien avec un état émotionnel, va amener l'individu à se tourner préférentiellement vers la consommation dans des situations générant une émotion de colère. Ces auteurs dénombrent sept types d'attentes positives aux effets du produit :

1. Le maintien de l'équilibre psychologique.
2. Le bon fonctionnement social et intellectuel.
3. Le plaisir.
4. La stimulation.
5. Le réconfort.
6. La lutte contre l'ennui, l'anxiété, la tension ou l'humeur dépressive,
7. L'idée qu'en l'absence de consommation, la souffrance ne peut pas s'apaiser.

Ce schéma dysfonctionnel va engendrer des pensées automatiques (« consommer de la cocaïne me ferait du bien) et des pensées permissives (« Juste une, ça ne me fera pas de mal») qui permettront le déclenchement du craving. L'accent thérapeutique est mis sur la restructuration cognitive, c'est-à-dire le changement de contenu de ses pensées. (Cyr.L, 2022, p.42)

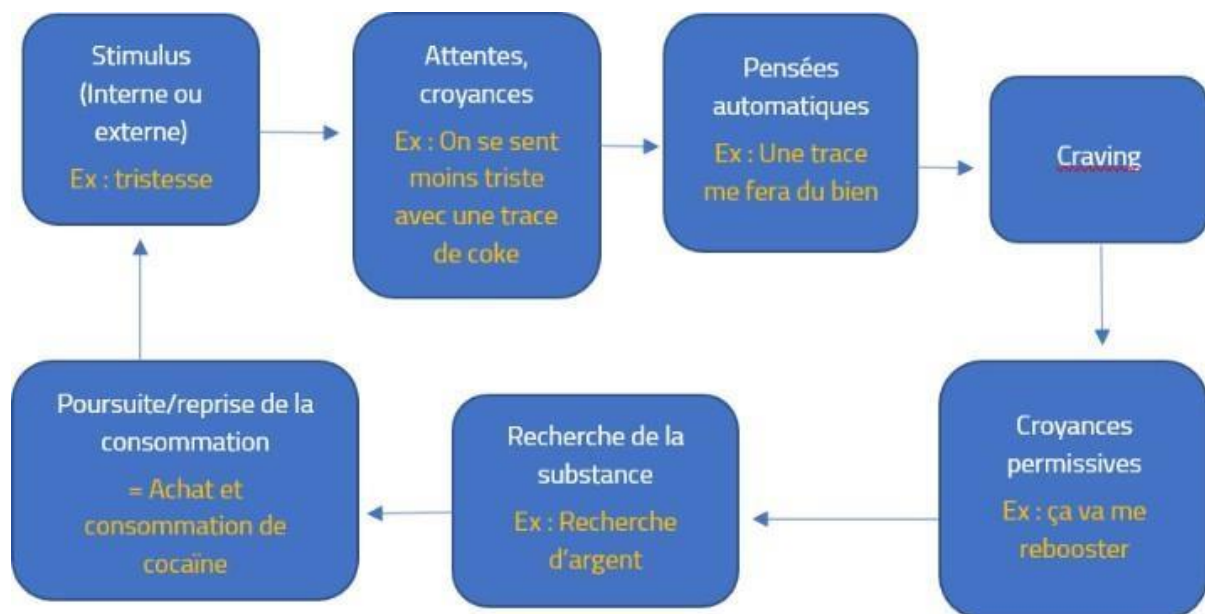


Figure 13 : Modèle cognitif de Beck (1993). (Cyr L., 2022, p.42)

3.4-Coping

Le concept de *coping* désigne l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux qu'un sujet interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant, dans le but de maîtriser, réduire, ou tolérer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (Folkman &

Lazarus, 1988 ; Lazarus & Folkman, 1984). Le terme « coping » implique un affrontement actif et conscient des situations et représente un aspect important des processus plus généraux d'autorégulation, et plus particulièrement de la régulation émotionnelle en réponse à des circonstances ou des événements stressants (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding Thomsen, & Wadsworth, 2001)

- **Les stratégies de coping**

Les stratégies d'ajustement ou coping désignent « l'ensemble des processus qu'une personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçante afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien-être physique et psychologique ». (G.N, Fischer, 2002, p.264).

La fonction adaptative de la conduite addictive c'est que la majorité des patients décrivent de manière précise comment leur comportement d'usage, leur addiction et ses bénéfices ont contribué et contribuent encore parfois à maintenir un équilibre entre eux- mêmes et leur environnement. Que ce soit pour supporter ou au contraire pour contester des vécus intérieurs et/ou contextuels douloureux. Prendre en compte et travailler sur les notions de plaisir et de soulagement procurés par la consommation permettent à la personne d'identifier ces mécanismes adaptatifs et leurs limites, et de s'ouvrir à la recherche d'autres modes d'adaptation plus satisfaisants. (Alain M. et al., 2012, p.321)

Pour Peele, l'addiction se développe à partir des problèmes de vie du sujet. L'addiction est une stratégie d'adaptation (coping) entre la personne et le monde. L'addiction provient de l'échec de la personne devant des tâches importantes, échecs qui mettent en doute sa capacité à réussir dans ces tâches, mais aussi de façon plus large, dans sa vie. Il y a alors une atteinte au sentiment d'auto-efficacité (self-efficacy) vis-à-vis d'elle-même, et sociale vis-à-vis des autres. Son sentiment d'auto-efficacité et son estime de soi sont bas. Dans l'addiction, la personne se détourne de tous ses autres centres d'intérêt, avec l'incapacité de choisir de ne pas consommer ou de consommer à un niveau peu ou pas problématique. La consommation de SPA vient s'organiser comme une réponse à un problème en créant des sensations prévisibles et soutenantes. Cette consommation organise, structure et remplit le temps et l'intérieur de la personne. Elle est aussi une source de gratification régulière. La consommation aide la personne à se sentir acceptée par elle-même et les autres, à « effacer » le sentiment de fragilité de l'estime de soi dans un premier temps, car ce gommage de la fragilité et cette reconstitution de l'estime de soi sont illusoire et transitoires. Cette consommation devient addictive en fournissant un sentiment artificiel de la valeur de soi, de pouvoir, de contrôle et de sécurité. Elle apaise les humeurs négatives comme l'anxiété ou la dépression, suspend temporairement les sensations déplaisantes et la douleur, devient le centre d'intérêt principal et attire toute l'attention de la

personne. Elle est une satisfaction substitutive, mais qui possède un pouvoir renforçateur. Mais la consommation sur un mode addictif aggrave le fonctionnement social quand survient un événement négatif, source de défaillance, et qu'elle apparaît alors comme une solution illusoire. Afin que la personne maintienne cette illusion et retrouve une certaine plénitude, elle répète alors son comportement et consomme à nouveau. Les effets de l'addiction à moyen et long terme diminuent le sentiment d'estime de soi et confortent la personne dans la répétition du comportement pour « alléger » son vécu. (Didier A., 2016, p. 70)

Le modèle de Peele se situe donc en termes de compétences et de renforcements, mais on perçoit quelques références à l'écart entre la réalité et ce qui est attendu, ainsi qu'à la question de l'identité. L'addiction est une expérience nécessaire pour satisfaire ses besoins essentiels et maintenir sa subjectivité. (Didier A., 2016, p. 70)

Elle est aussi une réponse et une source de gratification et de sécurité. Peele insiste sur les fonctions de l'addiction qui à la fois annulent le sentiment d'auto-efficacité et soutiennent subjectivement les ressources individuelles. Peele parle alors d'assuétude, qui désigne cette incapacité à ne pas faire quelque chose. (Didier.A, 2016, p. 71)

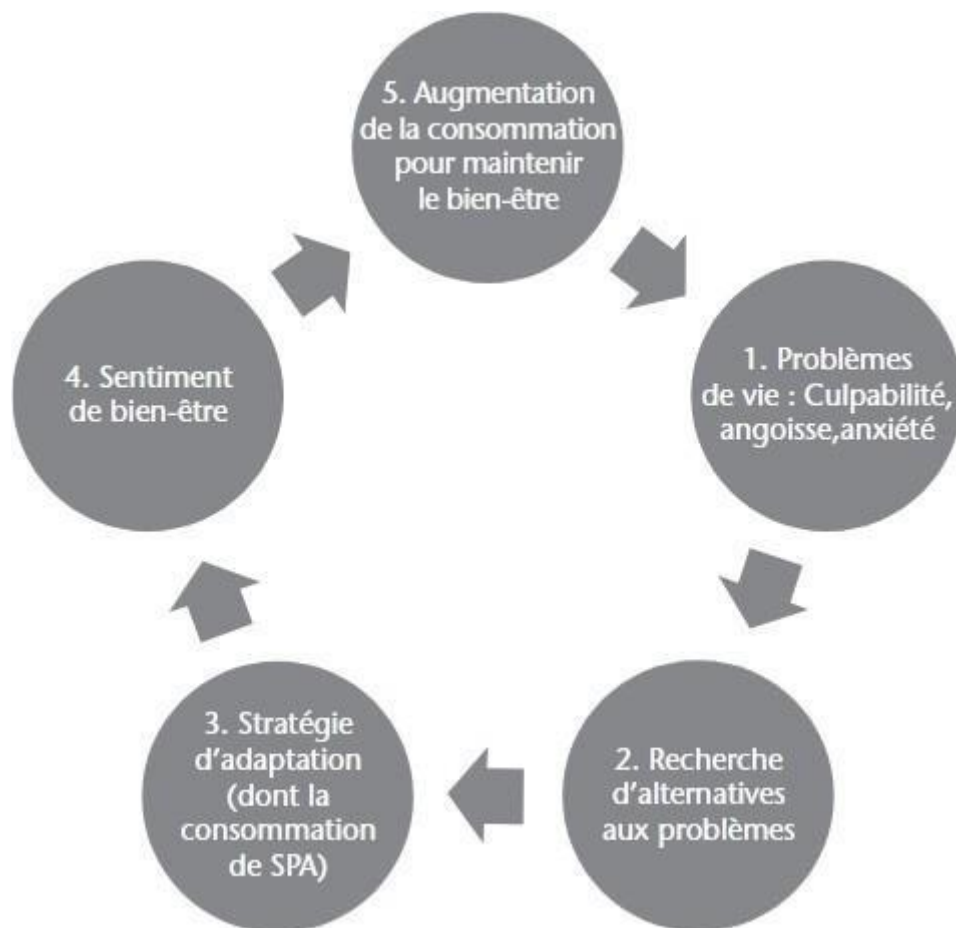


Figure 14 : Le cycle de l'assuétude de Peele. (Didier A., 2016, p. 70)

3.5-Développement personnel

Le développement personnel, conceptualisé comme un processus dynamique d'actualisation du potentiel humain visant l'autonomie psychologique, la réalisation de soi et l'harmonie existentielle (Rogers, 1961 ; Maslow, 1971), entretient une relation dialectique complexe avec l'addiction au cannabis, marquée par des mécanismes compensatoires, des stratégies d'évitement expérientiel et des perturbations du processus d'individuation. Les recherches en psychologie développementale soulignent que les déficits dans l'accomplissement des tâches développementales fondamentales particulièrement durant l'adolescence et l'émergence de l'âge adulte (Arnett, 2000) - constituent des facteurs de vulnérabilité majeurs pour le développement d'une relation addictive au cannabis (Schweizer et al., 2023). Ce phénomène s'explique par la triple fonction que peut remplir la substance : en premier lieu comme stratégie de régulation émotionnelle face aux défis identitaires (Khantzian, 1997), en deuxième lieu comme palliatif aux carences en compétences psychosociales (Botvin & Griffin, 2004), et dernièrement comme tentative de réponse aux questionnements existentiels (Yalom, 1980).

Les études neuropsychologiques récentes mettent en évidence comment la consommation chronique de cannabis durant les périodes critiques du développement cérébral (notamment entre 14 et 25 ans) entrave significativement le processus de maturation des fonctions exécutives (Lisdahl et al., 2021), compromettant ainsi les capacités métacognitives essentielles au développement personnel telles que la flexibilité psychologique, l'autoréflexion et la projection dans l'avenir (Hershberger et al., 2023). Ce déficit neurocognitif crée un cercle vicieux où l'individu, privé de ses pleines capacités d'auto-actualisation, recourt davantage à la substance pour faire face aux exigences développementales, renforçant ainsi la dépendance (Zeigler-Hill et al., 2022).

Paradoxalement, l'initiation et la persistance de la consommation peuvent également être interprétées comme une quête mal adaptée d'accomplissement personnel. La théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2000) suggère que lorsque les besoins psychologiques fondamentaux (autonomie, compétence, affiliation) ne sont pas satisfaits par des moyens adaptatifs, les individus peuvent développer des stratégies de compensation dysfonctionnelles. Dans ce cadre, le cannabis peut temporairement procurer un sentiment de liberté (illusion d'autonomie), de maîtrise (contrôle des affects) et de connexion sociale (rituels de consommation), comblant ainsi artificiellement ces besoins existentiels (Villatte et al., 2023).

Cette perspective holistique met en lumière comment l'addiction au cannabis peut être comprise comme à la fois un obstacle au développement personnel (par ses effets neurotoxiques et ses mécanismes de stagnation existentielle) et aussi une tentative dysfonctionnelle de

développement (comme stratégie d'adaptation à des besoins psychologiques légitimes).

Synthèse

Ces fonctions désignent l'ensemble des significations personnelles de l'usage du cannabis, ou on constate que la consommation diffère selon ses dernières. Elle reflète la manière dont chaque usager investit subjectivement cette substance, en fonction de son vécu, de ses besoins émotionnels, de ses conflits intrapsychiques et de son environnement socioaffectif

CHAPITRE III

Méthodologie de la recherche

Préambule

La méthodologie de recherche fait partie des piliers les plus importants de la recherche scientifique afin de mener un travail fiable et efficace. En ce qui suit on va citer les limites de notre travail de recherche, la présentation de lieu de stage, le groupe de recherche, les outils de recherche, la méthode utilisée, le déroulement de la recherche, le consentement des cas ainsi les difficultés rencontrées lors de la recherche et on va finir par une synthèse.

1-Les limites de la recherche

- Limite temporelle : Notre recherche s'est déroulée pendant une période de 45 jours (du 09/02/2025 au 24/03/2025).
- Limite spatiale : Notre étude a été effectuée au niveau de l'EHS de Oued Ghir, Bejaia.
- Limite du Groupe : Cette recherche a été menée auprès de sept (07) cas, une femme et six hommes.
- Les outils de recherche : Nous avons utilisé un guide d'entretien clinique semi-directif et un questionnaire d'évaluation de la fonction subjective de l'usage du Cannabis Marijuanas Motives Measure (MMM).
- L'approche adoptée dans notre travail de recherche est l'approche cognitivo-comportementale.
- La méthode que nous avons adoptée est la méthode qualitative.

2-Présentation de lieu de recherche

Notre travail de recherche a été effectué au niveau de l'EHS (Etablissement Hospitalier Spécialisé) en psychiatrie d'une capacité de 120 lits, situé à Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia, s'étend sur un terrain d'environ quatre (04) hectares. Cet établissement de santé psychiatrique est dédié à la prise en charge, à la surveillance, à l'assistance et à la fourniture de soins et d'attention nécessaires à une catégorie de patients présentant des besoins spécifiques.

L'hôpital est équipé de plusieurs services et compte un personnel médical et paramédical conséquent. Parmi eux, on dénombre 5 psychologues cliniciens, 4 orthophonistes, 9 médecins généralistes, un dentiste, un diététicien, 4 pharmaciens et 19 infirmières Actuellement, ainsi des psychiatres. L'établissement accueille 73 patients hospitalisés.

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

ans, sans hospitalisation

En termes de capacité, l'établissement dispose de 38 lits pour les hommes en soins libres, 12 lits pour les femmes en soins libres, 32 lits pour les hommes sous contrainte, 8 lits pour les femmes sous contrainte, 10 lits pour l'urgence en hôpital de jour et 20 lits en pédopsychiatrie, totalisant ainsi 120 lits.

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

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

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

3-Le groupe de recherche

Notre groupe de recherche se compose de sept patients adultes qui sont addicts au cannabis, dont une femme et six hommes. Il s'agit de patients de différentes catégories d'âge allant de 23 à 41 ans.

Nous nous sommes basés sur quelques critères pour sélectionner les sujets constituant notre groupe de recherche qui sont comme suite :

3.1-Critères d'inclusion

- La dépendance au cannabis.
- La consommation de ce produit datée d'au moins depuis une année.
- Adulte.

3.2-Critères d'exclusion

- La dépendance aux autres substances que le cannabis.
- La consommation de plusieurs produits à la fois, par exemple la consommation du cannabis et prégabaline au même temps.
- Les cas moins de 18 ans.

Dans le tableau qui suit, nous allons présenter les caractéristiques de notre groupe de recherche. Il comporte les prénoms des cas, l'âge, la situation matrimoniale, niveau scolaire, début de la prise de cannabis et la durée de la consommation de cannabis. Nous avons évidemment changé les prénoms de ces participants, afin de préserver l'anonymat des cas dans le respect des règles de l'éthique et de la déontologie de la recherche.

Tableau N° 1 : Caractéristique de groupe de recherche

Prénoms	L'âge	La situation Matrimoniale	Niveau d'instruction	Début de la prise du cannabis	Durée de cure de désintoxication
Karim	28 ans	Célibataire	1ère année secondaire	14 ans	02 mois
Sami	41 ans	Marié	Baccalauréat	16 ans	04 mois
Salim	36 ans	Célibataire	2 ème année secondaire	30 ans	02 mois
Maria	23 ans	Célibataire	Licence	20ans	02 mois
Hakim	33 ans	Divorcé	3 ème année moyenne	22 ans	02 mois
Meziane	35 ans	Célibataire	2 ème année moyenne	15 ans	10 jours
Sofiane	30 ans	Célibataire	3 ème année primaire	13 ans	Un mois et demi

4- Les outils de recherche

Afin de réaliser notre travail de recherche, nous avons utilisé deux outils, dans le but de recueillir le maximum de données, ces outils sont les suivants :

4.1-L'entretien clinique

L'entretien est l'action d'échanger des paroles avec un ou plusieurs personnes, il est défini comme un dialogue provoqué. Il s'agit d'une forme de communication établie entre deux personnes qui ne se connaissent pas, ayant pour but de recueillir certaines informations concernant un objet précis.

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de

la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (Chiland, 1989) où un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange. Dans le but de recueillir le maximum d'informations sur notre sujet d'étude à savoir la fonction subjective du cannabis chez les personnes addictes, nous avons choisi comme première technique l'entretien clinique semi-directif.

L'entretien semi directif où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit (Chahraoui & Benony, 2013).

Nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif, composé en premier lieu de quatre premières questions porta sur les informations personnelles du sujet, ainsi que deux autres axes, un sur la consommation du cannabis qui se constitue de 23 questions et l'autre sur la cure de désintoxication (l'arrêt de la consommation) qui se constitue de 08 questions. La consigne de l'entretien était la suivante : « nous allons vous poser quelques questions sur votre addiction au cannabis afin de voir la fonction subjective de ce dernier ». Traduite ainsi « *akideseqsig kra n les questions f lkif ithetkeyifed akn anefhem dachou igdikhedem lkif ayi* »

4.2-Le Questionnaire de la fonction subjective de l'usage du cannabis MMM (Marijuana Motives Measure).

Développé par Simons et ses collègues et traduite et validée en français par Chabrol et son équipe. Il semble essentiel d'aborder les différentes motivations qui commandent ou rythment ces usages et qui peuvent parfois être associées au niveau d'usage. Cette échelle met en lumière les principales raisons qui poussent le sujet à consommer du cannabis ou, autrement dit, quelle fonction cet usage revêt pour le consommateur. Elle compte 25 items divisés en 5 facteurs représentant chacun un motif d'usage (« Conformité », « Social », « Coping », « Développement », « Renforcement »).

Simons, Correia, Carey & Borsari (1998) distinguent 5 fonctions susceptibles d'expliquer l'usage :

- 1- la fonction « Renforcement » qui renvoie au plaisir et aux sensations positives provoqués par l'usage du cannabis. Il est donc question ici de renforcement positif et non de renforcement négatif. (Items : 7, 9, 10, 13, 18)
- 2- La fonction « Conformité » qui fait référence au besoin de s'intégrer à un groupe et ainsi de répondre et d'adhérer à la norme indiquée par les pairs. (items:2, 8, 12, 19, 20)
- 3- La fonction « Social ». L'usage de cannabis est alors considéré comme un moyen d'améliorer la communication et d'accroître le lien social (items : 3, 5, 11, 14, 16)

4- La fonction « Coping », qui comme son nom l'indique, souligne le besoin des usagers d'utiliser leur consommation de manière auto-thérapeutique afin de contrôler ou réduire certains affects négatifs (items : 1, 4, 6, 15, 17)

5- La fonction « Développement personnel », les effets psychoactifs de l'usage permettant aux usagers d'être plus créatif et de se positionner de manière plus ouverte face à leur vécu interne et externe. (items : 21, 22, 23, 24, 25)

(Simons et al., 1998).

• Ce questionnaire est en en forme d'échelle de Likert en cinq (05) points :

1 = Presque jamais / jamais.

2 = Parfois.

3 = La moitié du temps.

4 = La plupart du temps.

5 = Presque toujours / toujours.

Pour chaque dimension, on calcule la moyenne des réponses, et on divise par 5.

• **La consigne**

« Le questionnaire contient une liste des raisons pour lesquelles certaines personnes disent avoir fumé du cannabis. Pour chacune de ces raisons, indiquez quelle en est la fréquence lorsque vous en consommez »

• **Normes et cotation**

Tableau N° 2 : Normes et cotation du questionnaire Marijuanas Motives Measure (MMM)

Facteurs	Motivation Faible	Motivation Modéré	Motivation Elevé	Interprétation
Renforcement	1.0 - 2.4	2.5 – 3.9	4.0 – 5.0	Recherche de plaisir, euphorie
Conformité	1.0 – 2.4	2.5 – 3.9	4.0 – 5.0	Pression sociale, évitement du rejet
Social	1.0 – 2.4	2.5 – 3.9	4.0 – 5.0	Recherche de lien social
Coping	1.0 – 2.4	2.5 – 3.9	4.0 – 5.0	Gestion du stress / émotion négatives
Développement personnel	1.0 – 2.4	2.5 – 3.9	4.0 – 5.0	Introspection, curiosité spirituelle

5-La méthode utilisée

Dans ce contexte, nous avons choisi d'adopter une méthode qualitative souvent employée dans les études de terrain en sciences humaines et sociales, en particulier en psychologie clinique. Cependant, les méthodes qualitatives recouvrent un éventail à la fois précis et assez vaste : elles sont utilisées en tant que méthodes d'exploration. Elles permettent principalement de mettre en évidence des aspects qui ne sont pas directement perceptibles à travers les méthodes quantitatives. (Alami et al., 2013, p. 8-9).

Par conséquent, cette méthode qualitative favorise la caractérisation, l'analyse et l'assignation de signification aux phénomènes, étant donné que les conclusions de l'étude sont étroitement associées à la méthode sélectionnée par le chercheur. Ainsi, nous estimons que la méthode qualitative convient particulièrement à notre recherche exploratoire, facilitant notre but principal qui est la fonction subjective de l'usage du cannabis chez les personnes addictes en cure de désintoxication.

6-Déroulement de la recherche.

La recherche scientifique en psychologie clinique suit une méthodologie rigoureuse, il est primordial d'effectuer une pré-enquête qui permettra l'exploration du terrain de recherche dans l'objectif d'assurer le déroulement de l'étude dans les meilleures conditions.

6.1-La pré-enquête

La pré-enquête constitue l'une des premières étapes de l'élaboration d'un travail de recherche, elle va nous permettre d'assurer la faisabilité de cette dernière et vérifier la disponibilité de la population d'étude.

La pré-enquête correspond à la phase préliminaire d'une recherche visant à tester et affiner la méthodologie avant l'étude principale. Comme le souligne Mucchielli (2016) dans son Dictionnaire des méthodes qualitatives, cette étape permet "d'éprouver les instruments de recueil de données et de vérifier leur adéquation avec le terrain".(Mucchielli, A.,2016) En psychologie clinique, elle prend souvent la forme d'une application test du protocole sur un échantillon réduit (5-10 participants) pour évaluer la pertinence des outils et la faisabilité de l'étude.

En ce qui concerne notre pré-enquête pour ce travail de recherche, elle a été réalisée au sein du service de cure libre adulte (Hommes, Femmes) à l'EHS de Ouad Ghir, située au niveau la Wilaya de Bejaïa.

D'abord, nous avons effectué une première visite au bureau des psychologues pour pouvoir avoir l'accès en tant qu'étudiante en Master 2, spécialité psychologie clinique, puis nous avons proposé notre thématique de recherche au psychologue qui est intitulée « La fonction subjective de l'usage du cannabis chez les toxicomanes en cure de désintoxication », et puis nous avons eu la confirmation de la disponibilité des cas présentant une addiction au cannabis.

Nous avons eu l'occasion d'avoir des échanges avec les patients, ce qui nous permis de choisir notre groupe de recherche et d'éprouver nos outils de collecte de données.

6.2-L'enquête

Une enquête est une méthode de recherche quantitative ou qualitative visant à recueillir des données auprès d'un échantillon d'individus, généralement par le biais de questionnaires, d'entretiens structurés ou d'observations systématiques. Elle permet d'étudier des opinions, des comportements, des caractéristiques sociodémographiques ou d'autres variables d'intérêt dans un contexte donné (Fowler, 2014 ; Jhangiani et al., 2019).

En psychologie clinique, l'enquête désigne une méthode d'investigation systématique visant à recueillir des données sur le fonctionnement psychologique, les symptômes, l'histoire développementale ou les conditions de vie d'un individu ou d'un groupe. Elle peut inclure des entretiens cliniques, des questionnaires, des observations comportementales ou des analyses de dossiers, dans le but d'évaluer, de diagnostiquer ou de planifier une intervention thérapeutique (Hersen & Gross, 2008, Morizot, 2020)

Dans le cadre de notre travail de recherche effectué à l'Établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie (EHS) Oued Ghir, une enquête a été menée du 09 février 2025 au 24 mars 2025 auprès de patients suivis en cure libre, incluant aussi bien des hommes que des femmes, ainsi que quelques cas rencontrés au bureau. Cette étude visait à recueillir des données cliniques qui sont importantes pour la réalisation de notre travail de recherche

7-Le consentement des cas.

Avant de débiter notre investigation avec chaque patient, nous avons tenu à expliquer le contexte de notre recherche en précisant à chaque participant : « Je vous sollicite pour participer à une étude dans le cadre de notre travail de recherche en tant qu'étudiante en Master psychologie clinique. Cette recherche porte sur la fonction subjective de l'usage du cannabis chez les toxicomanes en cure de désintoxication. L'objectif est de mieux comprendre le rôle et la signification que revêt cette substance dans votre parcours. Si vous acceptez de participer, vous serez invité(e) à répondre à des questions lors d'un entretien et éventuellement à compléter

un questionnaire. Vos réponses seront strictement confidentielles et anonymes. Votre participation est entièrement volontaire et vous pouvez y mettre fin à tout moment, sans que cela n'ait aucune incidence sur votre prise en charge ou notre relation. Alors, acceptez- vous de participer à cette recherche ? »

Cette procédure nous a permis de nous assurer du consentement éclairé et libre de chaque participant, conformément aux principes éthiques en vigueur dans la recherche en psychologie clinique.

8- Les difficultés rencontrées lors du travail de recherche

Lors de la réalisation de notre travail de recherche, nous avons rencontré certaines difficultés mais la plus marquante est le manque d'informations sur le questionnaire Marijuanas Motives Measure (MMM), et aussi le manque des études antérieures du fait de la nouveauté du thème étudié.

Synthèse

Ce chapitre a été consacré à la méthodologie de recherche, ou on a cité tous ce qu'on a utilisé comme outils ainsi les limites de recherche de notre étude.

CHAPITRE IV

Présentation, analyse des Résultats et Discussion de L'hypothèse

Préambule

Afin de s'avoir la fonction subjective du cannabis chez les toxicomanes en cure de désintoxication, nous avons procédé à une interprétation des données et des résultats obtenus de l'entretien et du questionnaire MMM pour vérifier notre hypothèse.

1-Présentation et analyse des entretiens et du questionnaire MMM :

• Cas N° 01 : Karim

Axe n° 1 : Informations personnelles :

Karim est un jeune homme de 28 ans célibataire, ayant un niveau scolaire correspondant à la première année secondaire. Il présente des antécédents de consommation de cannabis depuis 14 ans et se trouve actuellement en période de sevrage depuis deux mois à l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie (EHS) de Oued Ghir.

Axe n° 2 : Analyse d'entretien :

L'entretien de karim a été mené dans le jardin lors de l'heure de récréation, cet entretien met en lumière une trajectoire de consommation du cannabis débutant précocement, dès l'âge de 14 ans, dans un contexte social fortement influencé par le groupe de pairs, en disant : « d imdoukaliw iydifkan keyfegh la première fois et ligh 14 n sna g l3emriw ». La première expérience de consommation est décrite comme agréable, procurant un sentiment de bien-être et de plaisir « i3ejviyi lhal, housegh imanis alaise », ce qui semble avoir favorisé une répétition rapide de l'usage. Karim s'est progressivement inscrit dans une dynamique d'habituatation, avec une consommation quotidienne, principalement en soirée, en solitaire ou en groupe, et parfois de manière dissimulée « tkeyifer koulas ama ma adiligh d imdoukaliw netqesir nagh wehdi ».

Ce mode de consommation révèle une ritualisation ainsi qu'une forme d'ambivalence, oscillant entre recherche de lien social et isolement. Le discours du Karim souligne par ailleurs une consommation investie de fonctions psychiques multiples, en particulier celles de régulation émotionnelle « akka itetough lehmoum iw et itenqas teqlaq ». En effet, le cannabis est utilisé comme moyen d'apaisement face au stress, à la tristesse et à l'anxiété, ainsi que pour fuir ou oublier des difficultés personnelles « tkeyifegh akn adetogh les problèmes is3igh ». Ces éléments suggèrent une utilisation à visée d'auto-médication, caractéristique des usages problématiques. Par ailleurs, la consommation est également perçue comme un vecteur d'intégration sociale, ce qui inscrit le recours au cannabis dans une double fonction : subjective (soutien et compensation) et intersubjective (recherche d'appartenance) en disant « itwanasiyi d netan iyiteksen demar l tekham f lehmoum iw, et daghen isehlayed lqe3da d yimdoukaliw ». L'évolution du discours montre une prise de conscience progressive des effets

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

délétères du produit, tant sur le plan physique (troubles somatiques et hospitalisation) que sur le plan financier et psychosocial. Karim évoque explicitement la coexistence de trois dimensions dans sa relation au produit : le plaisir, le soutien et la dépendance en disant « ferhegh ma adkeyfeigh et daghen itwanasiyi noumeghth », ce qui traduit une complexité dans le lien entretenu avec la substance. Il rapporte avoir déjà tenté d'interrompre sa consommation, notamment lors d'une hospitalisation motivée par des complications liées à l'usage « hevsegh yakan avant thikelt ayi akhater ishelkiyi kechmegh gh l'hôpital qimegh une semaine », mais les tentatives se sont soldées par des rechutes, essentiellement en lien avec des difficultés personnelles non résolues.

Actuellement en cure de désintoxication, Karim déclare ne pas avoir consommé depuis deux mois « g wasmi idkechmegh arda oukeyfeigh ara ça fait qriv deux mois tura ». Cette démarche s'inscrit dans une volonté affirmée d'arrêt, nourrie par une prise de conscience des répercussions négatives du cannabis sur sa santé, son bien-être général et sa situation économique « dyn j'ai décidé athehevsegh oukighed fimaniw zriqh que ouyinfî3 ara et srouhayegh g sehaw d ljiwiw ».

Néanmoins, cette période d'abstinence est décrite comme éprouvante, marquée par l'apparition de symptômes caractéristiques du sevrage : irritabilité, troubles du sommeil, fatigue, maux de tête et sentiment de vide en disant « ne3tavegh chewiya akhater ouganegh ara et 3eyough thousough imaniw vide et s3igh leqrih n ouqerouy ».

Malgré ces manifestations, il relève une diminution notable du craving, indiquant une certaine évolution dans le rapport à la substance « khati machi akka iligh housegh beli nvedalegh chewiya ».

Enfin, karim anticipe une vie sans cannabis comme étant difficile, mais potentiellement plus saine en disant « ghas akn you3riyi wanechtha mais akka akhir ads3ough lhayat l3ali et adethenigh g wanechthayi », exprimant ainsi une ambivalence typique des processus de changement et une ouverture vers un réaménagement psychique progressif « inshallah adejigh dyn out3awadegh ara adeqlegh ghours ».

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

● Présentation des résultats du MMM

Tableau N° 3 : Scores du questionnaire MMM de Karim

Facteurs	Somme (/25)	Moyenne (/5)	Interprétation
Renforcement	23	4,6	Très élevé: consommation principalement pour les effets euphorisants.
Conformité	9	1,8	Faible : peu sensible aux pressions sociales.
Social	21	4,2	Elevé : usage fortement lié aux interactions sociales choisies.
Coping	15	3,0	Modéré : utilisation ciblée pour gérer certains stress spécifiques.
Développement personnel	9	1,8	faible : aucune réelle motivation d'exploitation personnelle.

Ce tableau représente les résultats du questionnaire de la fonction subjective de l'usage du cannabis (MMM) de Karim.

L'examen des scores au MMM révèle une configuration motivationnelle marquée par une forte hétérogénéité inter-dimensionnelle.

Le facteur de Renforcement présente le score le plus élevé ($\mu=4,6/5$), indiquant une prédominance claire des motivations liées à la recherche d'effets positifs. Cette dimension domine nettement le profil, suggérant que la consommation est principalement motivée par une recherche active d'expériences hédoniques on remarquant cela au niveau des items 7, 10,13, 18 qui ont un score de 5/5.

La dimension Sociale obtient également un score élevé ($\mu=4,2/5$), révélant une importante composante relationnelle dans les schémas de consommation (items : 3, 11, 14, 16 avec un score de 5/5). Cependant, la Conformité montre un score particulièrement bas ($\mu=1,8/5$), ce qui indique une relative indépendance vis-à-vis des pressions sociales externes (items: 8, 12,19, 20 avec un score de 1/5). Cette dissociation entre score social élevé et conformité faible est notable

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

et suggère que les interactions sociales liées à la consommation sont davantage choisies que subies.

Le facteur Coping présente un score intermédiaire ($\mu=3,0/5$) avec une distribution particulière, révélant une utilisation sélective pour la gestion émotionnelle dans certains contextes spécifiques plutôt qu'une stratégie systématique (items : 4,17 avec un score de 5/5 et l'item 6 avec un score de 3/5). Enfin, le Développement personnel obtient le score le plus faible ($\mu=1,8/5$), indiquant une absence quasi-totale de motivation introspective ou existentielle dans les schémas de consommation on remarquant cela dans les items 21, 22, 24, 25 avec un score de 1/5.

Cette structure motivationnelle dessine un profil où la consommation est principalement motivée par la recherche délibérée d'effets positifs, s'inscrit dans un cadre relationnel choisi plutôt que subi, ainsi utilisée de manière sélective pour la gestion émotionnelle, et ne répond pas à des besoins de développement personnel

Les importantes variations intra-dimensionnelles observées, particulièrement pour les facteurs de Conformité et Coping, suggèrent des mécanismes de consommation hautement contextualisés et différenciés. L'écart significatif entre les dimensions (avec un écart-type inter-dimensions de 1,2) met en lumière la complexité des déterminants motivationnels à l'œuvre dans ce profil de consommation.

• Cas N° 02 : Sami

Axe n° 1 : Informations personnelles : L'entretien avec Sami met en évidence l'histoire de consommation de cannabis, et montre comment la consommation à 16 ans a été possible. Sous l'influence de ses amis, Sami déclare « keyfegh la première fois asmi is3igh 16 ans, d imdoukaliw iydifkan ». Il a immédiatement ressenti du soulagement et du plaisir en disant « imi ikeyfegh Housegh iwaniw alaise et ires lbaliw ».

Sami est un homme de 41 ans marié avec trois (03) enfants, ayant obtenu le BAC, et un ancien soldat de l'armée algérienne. Il présente des antécédents de consommation de cannabis depuis 25 ans et se trouve actuellement en période de sevrage depuis quatre mois à l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie (EHS) de Oued Ghir.

Axe n° 2 : Analyse d'entretien :

L'entretien avec Sami met en lumière une trajectoire de consommation du cannabis amorcée à l'âge de 16 ans, dans un contexte d'influence amicale en disant « keyfegh la première fois asmi is3igh 16 ans, d imdoukaliw iydifkan ». Sami rapporte avoir expérimenté des sensations de soulagement, de tranquillité et de plaisir dès la première consommation, ce qui a contribué à la mise en place rapide d'un usage répétitif « imi ikeyfegh housegh imaniw alaise

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

et ires lbaliw ». La consommation se fait principalement le soir, à raison de deux joints au maximum, parfois seul et en cachette, notamment durant la période passée à l'armée j'ai arrêté car c'est interdit mais j'ai repris en disant « tkeyifegh le3cha et hed ouge3lim out3edayegh ara g sin n igirwan, et imi ikechmegh gh l'armée hevsegh akhater interdit, mais qlegh ghoutes après » .Cette consommation dissimulée s'inscrit dans un rejet conscient du traitement médical prescrit lors d'une hospitalisation à Aïn Naâdja, Sami considérant le cannabis comme une alternative naturelle plus efficace « qlegh tkeyifegh akhater zereghed que d lkif ayi akhir n dwa et wayi c'est naturel ». L'usage apparaît ici comme une forme d'auto-médication, utilisée pour atténuer des états de souffrance psychique, en particulier en lien avec des événements marquants tels que le décès du père ou d'autres difficultés personnelles en disant « tkeyifegh akn adetough les problèes iw et daghen lmouth n vava ».

Les motifs invoqués pour la consommation renvoient principalement à des fonctions de régulation émotionnelle : le cannabis serait utilisé pour faire face au stress, à la tristesse, à l'anxiété, et plus globalement pour oublier les problèmes. Sami souligne une relation ambivalente à la substance, oscillant entre soutien psychique et dépendance, tout en reconnaissant qu'il n'a jamais eu recours à d'autres produits psychoactifs « noumeghth akhater it3awaniyi ». Si la consommation n'est pas perçue comme facilitatrice d'intégration sociale, elle est néanmoins fortement investie sur le plan subjectif. Toutefois, une prise de conscience des effets négatifs du cannabis s'est progressivement imposée, notamment en lien avec les répercussions sur la santé physique, les ressources économiques et la stabilité conjugale en disant « oukighed et faqegh que itkemiliyi et isrouhay iyi sehaw d ljibiw et meme loukan adernough kra ayisedrem akhamiw ».

Sami est en cure de désintoxication depuis quatre mois, il affirme avoir interrompu sa consommation « dayen outaqalegh ara ghoutes atan tura ça fait 4 mois oukeyfegh ». Cette décision est motivée par la volonté de préserver sa santé et son foyer. Sami décrit une période difficile, marquée par des symptômes de sevrage (fatigue, troubles du sommeil, maux de tête, sentiment de vide) et une persistance du craving, bien que celui-ci tende à diminuer « ne3tabegh chewiya akhater 3eyough et iteqrahiyi ouqerouyiw et même ouganegh ara bien ». Il évoque une projection ambivalente de sa vie sans cannabis, perçue comme difficile, mais potentiellement plus saine. Cette évolution traduit une tension psychique entre maintien de l'habitude et ouverture au changement, caractéristique des processus de désintoxication, et confirme l'investissement du cannabis comme outil de défense contre une souffrance psychique latente.

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

• Présentation des résultats du MMM

Tableau N° 4 : Scores du questionnaire MMM de Sami

Facteurs	Somme (/25)	Moyenne (/5)	Interprétation
Renforcement	22	4,4	Elevé : consommer pour le plaisir et le soulagement immédiat.
Conformité	5	1,0	Faible : une faible influence sociale ou pression des pairs.
Social	14	2,8	Modéré : rôle modéré du contexte social dans la consommation.
Coping	19	3,8	Modéré : usage important pour gérer les émotions négatives et fuir les problèmes.
Développement personnel	9	1,8	Faible : peu ou pas de lien entre consommation et quête de croissance personnelle ou d'exploration de soi.

Ce tableau représente les résultats du questionnaire de la fonction subjective de l'usage du cannabis (MMM) de Sami.

Les résultats du questionnaire (MMM) de Sami révèlent un profil motivationnel spécifique de l'usage de cannabis, approuvé par les données qualitatives recueillis lors de l'entretien.

Le renforcement représente le facteur le plus élevé avec une moyenne de ($\mu = 4,4/5$), suivi du coping ($\mu = 3,8/5$), puis du facteur social ($\mu = 2,8/5$). Les scores les plus faibles sont ceux de la fonction du développement personnel avec une moyenne de ($\mu = 1,8/5$) et conformité avec un score de ($\mu = 1,0/5$). Ces résultats montrent une configuration de consommation motivée par la recherche de plaisir immédiat, de soulagement émotionnel, et dans une moindre mesure, par une certaine dimension sociale.

Le score élevé au facteur renforcement ($\mu = 4,4/5$) révèle que la consommation du cannabis vise en premier lieu à la recherche des effets positifs et plaisants associés à l'usage, comme la détente, l'euphorie, et la sensation de tranquillité, comme cela a été clairement exprimée lors du souvenir de la première expérience de l'usage. Sami semble entretenir une

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

relation subjective au cannabis basée sur ses effets immédiats et positifs, contribuant à la régulation émotionnelle et au mieux-être momentané et cela est constatable à partir des items : 7, 9, 13, 18 ayant eu un score élevé de 5/5.

Le second facteur le plus marqué est celui du coping ($\mu = 3,8/5$), qui met en évidence une consommation instrumentale, utilisée comme mécanisme d'adaptation psychique face aux émotions négatives. Le discours de Sami est très explicite à ce sujet : il consomme pour oublier les problèmes, gérer le stress, la tristesse, et surmonter des événements traumatiques tels que le décès de son père. Cette fonction de fuite psychique est d'ailleurs confirmée par sa reprise de la consommation après l'hospitalisation, au détriment du traitement médical prescrit, qu'il a abandonné en faveur du cannabis, considéré comme plus « naturel » et efficace. Ce type de consommation est typiquement évitant, et potentiellement à risque de dépendance psychologique, car il empêche le sujet de confronter directement ses conflits internes ou ses blessures émotionnelles (items 6, 17 avec un score de 5/5).

Le score modéré au facteur social ($\mu = 2,8/5$) montre que si la consommation a bien débuté dans un contexte groupal, elle ne semble pas constituer le principal moteur actuel de l'usage. Sami indique d'ailleurs que le cannabis ne l'aide pas à mieux s'intégrer ou à gérer les relations sociales, ce qui distingue son profil des consommateurs plus festifs ou influencés par la pression du groupe.

Les facteurs conformité et développement personnel sont très peu investis. Le faible score en conformité ($\mu = 1,0/5$) indique que la pression sociale n'est pas un levier motivationnel dans son cas, renforçant l'idée d'un usage centré sur des bénéfices internes et cela se voit d'après tous les items avec un score de 1/5. De même, le développement personnel ($\mu = 1,8/5$), qui reflète des motivations liées à la créativité, la réflexion sur soi, ou la quête de sens, est peu représenté. Cela montre que Sami ne mobilise pas la consommation de cannabis pour enrichir son expérience ou élargir sa conscience, mais plutôt pour se déconnecter d'une réalité douloureuse.

Enfin, ce cas illustre un profil de consommateur dont les motifs d'usage sont dominés par le renforcement hédonique et l'évitement émotionnel, au détriment d'une élaboration subjective plus structurante.

• Cas N° 03 : Salim

Axe n° 1 : Informations personnelles :

Salim est un jeune homme de 36 ans, célibataire, ayant un niveau scolaire correspondant à la deuxième année secondaire. Il présente des antécédents de consommation de cannabis

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

depuis 06 ans et se trouve actuellement en période de sevrage depuis presque deux mois à l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie (EHS) de Oued Ghir.

Axe n° 2 : Analyse d'entretien :

L'analyse de l'entretien de Salim met en évidence un profil de consommateur dont l'usage du cannabis s'est instauré de manière tardive, à l'âge de 30 ans, et dont la dynamique motivationnelle est fortement centrée sur la recherche de plaisir et de l'euphorie. Dès la première expérience, il rapporte des sensations de calme et de bien-être en disant « la première fois ikeyfegh i3ejviyi lhal housegh imaniw alaise c'était un plaisir », ce qui a immédiatement induit le désir de renouveler l'expérience. La consommation, bien que limitée à un joint par jour, est répétitive et ritualisée « oui tkeyifegh koulas le3cha en groupe d imdoukaliw », ce qui renforce son inscription dans une routine comportementale stable. Le motif principal déclaré est hédonique « tkeyifegh pour le plaisir » excluant explicitement toute intention de fuir des problèmes ou de gérer des émotions difficiles en disant « hamdoullilah ous3igh ara les problèmes aqlin t3ichegh alaise loukan kn adejigh g lkif ayi », ce qui est cohérent avec la faible reconnaissance de la fonction d'adaptation psychique. Néanmoins, des éléments indirects nuancent cette posture déclarative, Salim a déjà été hospitalisé à cause de sa consommation, et il attribue la reprise de celle-ci à des symptômes de sevrage sévères (insomnie, hallucinations, stress), révélant un processus de dépendance sous-jacent malgré une représentation volontairement distanciée du trouble « kechmegg gh l'hôpital 3lajal n lkif akhater idouriya mlih ».

La relation entretenue avec la substance est ainsi décrite comme orientée uniquement vers le plaisir, sans reconnaissance explicite d'une dépendance, bien que des indices cliniques (reprise après arrêt, consommation malgré les effets négatifs, ritualisation) témoignent d'une perte de contrôle progressive en disant « qleggh ghours akhater oufigh beli ikousiyi ». Sur le plan psychosocial, le sujet ne perçoit pas de rôle intégratif ou social à sa consommation, il la garde secrète vis-à-vis de l'entourage, ce qui peut renforcer un isolement subjectif « ou3limen ara ouxxam negh beli qleggh almi tagarayi kn imi idkechmegg arda ». En phase de sevrage, l'individu exprime une volonté claire de changer, motivée par la prise de conscience des effets néfastes sur la santé. Il associe l'arrêt à une perspective de vie plus saine en disant « rouheghed arda wehdi akn adhevsegh machi d akham negh iydiwin », bien qu'il mentionne des difficultés notables telles que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de vide et maux de tête « ghas akn you3riyi akhater ouganegh ara bien et iteqrahiyi ouqerouy iw et même thousough imaniw vide ».

Ces symptômes, ainsi que l'envie persistante de consommer, rendent le processus de désintoxication éprouvant, bien qu'il note une légère diminution du craving. Enfin,

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

la motivation principale à l'arrêt semble désormais liée à la perception du cannabis comme toxique et délétère, marquant ainsi un tournant dans la représentation subjective de la substance « dayen inshallah adhebe segh cette fois akhater zri gh diriyith ». Ce discours témoigne donc d'un conflit intrapsychique entre les bénéfices émotionnels immédiats de l'usage et la prise de conscience progressive de ses conséquences pathologiques

• Présentation des résultats du MMM

Tableau N° 5 : Scores du questionnaire MMM de Salim

Facteurs	Somme (/25)	Moyenne (/5)	Interprétation
Renforcement	23	4,6	Elevé : usage motivé pour le plaisir.
Conformité	6	1,2	Faible : une faible sensibilité aux pressions sociales.
Social	21	4,2	Elevé : usage fortement lié à certains contextes relationnels.
Coping	8	1,6	Faible : usage minimal pour la gestion des émotions.
Développement personnel	9	1,8	Faible : absence de motivation introspective.

Ce tableau représente les résultats du questionnaire de la fonction subjective de l'usage du cannabis (MMM) de Salim.

L'analyse de ce profil de Salim de cotation au Marijuana Motives Measure (MMM), révèle une orientation fortement hédonique et sociale de l'usage de cannabis, avec des scores très élevés pour le facteur Renforcement ($\mu = 4.6/5$) et la fonction Sociale ($\mu = 4.2/5$), cela indique que le sujet valorise la fonction intégrative et relationnelle de la substance (items : 3, 11, 14, 16 avec un score de 5/5). En revanche, les scores pour les facteurs Conformité ($\mu = 1.2/5$), Coping ($\mu = 1.6/5$) et Développement personnel ($\mu = 1.8/5$) sont faibles, ce qui est très révélateur. Un faible score en Conformité signifie que l'usage n'est pas motivé par la pression sociale ou le désir d'éviter le rejet, ce qui renforce l'idée d'un usage autonome et non contraint et cela est constatable d'après les items: 8, 12, 19, 20 avec un score très faible de 1/5. Le Coping, qui renvoie à une consommation visant à réguler les affects négatifs comme le stress, l'anxiété, et la tristesse étant peu élevé, laisse supposer que Salim ne recourt pas au cannabis pour faire

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

face à une détresse émotionnelle. Cela peut indiquer une relative stabilité psychologique actuelle ou une stratégie d'adaptation fonctionnelle en dehors du cannabis. (Des scores faibles entre 1/5 et 2/5)

Enfin, le Développement personnel, qui recouvre des usages introspectifs, liés à l'exploration de soi, la créativité ou la spiritualité, est également peu mobilisé. Cela exclut une motivation existentielle de l'usage, qui serait centrée sur la quête de sens, l'inspiration ou la compréhension de soi. (Scores variés entre 1 à 3 sur 5)

Au total, le profil de Salim s'éloigne donc des usages problématiques associés à des troubles psychiques sous-jacents ou à des comportements d'évitement émotionnel. Il correspond davantage à un usage récréatif à visée hédonique et sociale, dans un cadre de sociabilité et de recherche de plaisir.

• Cas N° 04 : Maria.

Axe n° 1 : Informations personnelles :

Maria est une jeune femme de 23 ans, célibataire, ayant un niveau scolaire élevé correspondant au diplôme de licence en paramédicale. Maria est une orpheline de mère, elle vit avec son père. Elle présente des antécédents de consommation de cannabis depuis une année, et se trouve actuellement en période de sevrage depuis environ deux mois à l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie (EHS) de Oued Ghir.

Axe n° 2 : Analyse d'entretien :

L'entretien avec Maria révèle une trajectoire de consommation marquée par une dimension émotionnelle intense, ancrée dans un contexte de vulnérabilité psychique et d'événements de vie douloureux. L'initiation au cannabis a eu lieu relativement tôt, à l'âge de 21 ans, dans un cadre amical.

Dès la première consommation, l'expérience est ambivalente, elle évoque une sensation de déconnexion du réel en disant « comme si j'étais dans un autre monde », accompagnée de signes somatiques négatifs « j'avais des maux de tête et une vision floue ». Malgré cela, un usage récurrent s'installe, centré sur les moments du soir et réalisé en solitude et des fois en groupe lors des soirées, ce qui traduit une ritualisation de la consommation, probablement associée à un besoin de régulation interne.

Les motivations exprimées sont centrées sur l'évitement émotionnel et la gestion de l'angoisse, en particulier en lien avec un événement déclencheur fort qui est la découverte de sa grossesse non désirée. Maria explique que le cannabis lui a permis de ne pas penser à l'avortement « je fume pour oublier l'avortement », de soulager son anxiété, et de se détacher de la souffrance psychique.

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

Cette fonction d'échappement psychique est réaffirmée à plusieurs reprises, notamment à travers l'idée que la consommation aide à oublier. La relation au produit se révèle ainsi multifacette ou elle associe dépendance, plaisir et soutien émotionnel, dessinant une configuration typique d'usage à visée auto-thérapeutique, dans un cadre psychologiquement chargé.

Bien que Maria nie avoir besoin d'augmenter les doses, ce qui peut indiquer une dépendance physique modérée, elle reconnaît les effets délétères du cannabis sur sa vie actuelle où elle le décrit comme une mauvaise habitude qui la rend malade et nuit à ses relations sociales « le fait de fumer est une mauvaise habitude et néfaste pour la santé ». Cette prise de conscience critique s'accompagne d'une volonté claire de changement, qui se manifeste par son engagement dans une cure de sevrage. Elle affirme avoir cessé de consommer depuis deux mois et identifie comme motivation principale l'effet délétère de la consommation sur sa santé psychique, mais aussi l'importance du soutien affectif, notamment la présence de son père, qui semble jouer un rôle de facteur protecteur en disant « le fait d'être bien entourée m'aide ».

La période de désintoxication est vécue comme difficile, jalonnée de symptômes de manque tels que fatigue, troubles du sommeil et sensation de malaise existentiel. Maria verbalise des émotions plus vives depuis l'arrêt (culpabilité, solitude, mal-être), ce qui laisse penser que le cannabis fonctionnait auparavant comme un amortisseur affectif. Toutefois, elle exprime aussi une réduction de l'envie de fumer et entrevoit une vie sans cannabis comme certes difficile, mais aussi plus saine et libérée de la culpabilité, ce qui témoigne d'un travail psychique en cours et d'un début de remaniement des représentations subjectives autour du produit.

En somme, le profil de Maria illustre une consommation essentiellement défensive, à visée anxiolytique et marquée par des enjeux identitaires profonds. L'usage du cannabis constitue un mode de régulation émotionnelle face à une réalité perçue comme insoutenable, mais il est aussi l'objet d'un conflit intrapsychique croissant, entre recherche de soulagement et désir de rupture avec une dépendance jugée destructrice.

• Présentation des résultats du MMM

Tableau N° 6 : Scores du questionnaire MMM de Maria

Facteurs	Somme (/25)	Moyenne (/5)	Interprétation
Renforcement	21	4,2	Elevé : forte motivation liée à la recherche de plaisir.
Conformité	8	1,6	Faible : une faible sensibilité aux pressions sociales.

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

Social	17	3,4	Modéré : présence de motifs sociaux modérés.
Coping	13	2,6	Modéré : usage partiel pour faire face au stress ou aux émotions négatives.
Développement personnel	14	2,8	Modéré : usage pour exploration de soi ou sens subjectif de développement.

Ce tableau représente les résultats du questionnaire de la fonction subjective de l'usage du cannabis (MMM) de Maria.

L'analyse des réponses au questionnaire MMM révèle une configuration motivationnelle nuancée, avec une prédominance des motifs hédoniques (renforcement), accompagnée de motivations sociales et introspectives modérées. Le score moyen le plus élevé est observé pour le facteur Renforcement ($\mu = 4.2/5$), indiquant que la consommation de cannabis chez Maria repose principalement sur la recherche de plaisir, de détente et d'effets agréables (Items : 7, 9, 13, 18 avec un score de 5/5 pour chaque item). Ce résultat est cohérent avec les données de l'entretien où Maria évoque des moments où le cannabis l'aide à se sentir bien, notamment en lien avec des épisodes de stress ou d'anxiété liés à une grossesse non désirée.

Le facteur Social obtient également un score relativement élevé ($\mu = 3.4/5$), ce qui suggère que, bien que la consommation actuelle soit solitaire, l'environnement social particulièrement au moment de l'initiation a joué un rôle important. Cette dimension peut être reliée à une fonction intégrative initiale, où le cannabis a pu agir comme un vecteur de lien ou d'adhésion au groupe (amis, entourage). Cependant, la baisse de cette dimension dans le discours actuel témoigne d'une évolution vers un usage plus individuel et intériorisé.

Le coping, ($\mu = 2.6/5$), met en évidence un usage partiel du cannabis comme moyen de régulation émotionnelle. Bien que ce facteur ne soit pas dominant, il reste significatif, l'entretien révèle que le cannabis est utilisé en réponse à des situations anxiogènes, notamment l'avortement, le stress ou les pensées intrusives.

Le développement personnel ($\mu = 2.8/5$), indique un usage lié à une quête de sens ou une altération de la conscience, en lien avec l'idée d'être dans un autre monde rapportée lors de la première consommation. Ce facteur, bien que secondaire, laisse entrevoir une forme d'expérimentation identitaire ou une tentative de transcendance de la réalité difficile à

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

supporter.

Enfin, le score de Conformité ($\mu = 1.6/5$) est le plus faible. Cela reflète une autonomie relative par rapport à la pression sociale ou au conformisme. Même si l'initiation fut influencée par des amis, l'usage ne semble pas motivé par un besoin de plaire ou de se conformer. Cette autonomie apparente peut être à double tranchant, elle peut témoigner d'une consommation plus internalisée, donc plus ancrée dans les processus psychiques personnels.

En somme, le profil motivationnel de Maria met en lumière une consommation à dominante hédonique (plaisir), consolidée par des facteurs sociaux et émotionnels, avec une composante introspective non négligeable. Cette combinaison de motifs suggère une fonction subjective multiple du cannabis, oscillant entre gestion de la douleur psychique, recherche de plaisir et exploration de soi. Cliniquement, cela souligne la nécessité d'un accompagnement psychothérapeutique intégratif, visant à développer des moyens alternatifs de régulation émotionnelle et de satisfaction personnelle.

• Cas N° 05 : Hakim.

Axe n° 1 : Informations personnelles :

Hakim, âgé de 33 ans, présente un parcours marqué par des difficultés scolaires ayant un niveau de 3ème année moyenne, et une situation familiale instable (divorcé). Il consomme du cannabis depuis l'âge de 22 ans, soit pendant 11 ans, avant d'entamer un sevrage il y a deux mois à l'Établissement Hospitalier Spécialisé (EHS) de Oued Ghir.

Axe n° 2 : Analyse d'entretien :

L'analyse de cet entretien met en lumière une trajectoire de consommation du cannabis marquée par un glissement progressif d'un usage initialement social vers une consommation répétitive à visée psychologique. Hakim déclare avoir commencé à l'âge de 22 ans, dans un contexte de groupe avec des amis, et décrit sa première expérience comme plaisante et soulageante en disant « la première fois ikeyfigh s3igh 22 ans, d imdoukaliw iydifkan et oufigh que l3alith i3ejviyid ». Ce souvenir positif a contribué à renforcer son intérêt pour le produit, favorisant ainsi une consommation qui est rapidement devenue quotidienne. Hakim indique consommer chaque soir, souvent seul mais parfois aussi en groupe, à raison de deux joints « tkeyifegh koullas le3cha sin n igirwan n lkif, des fois wehdi et des fois dimdoukaliw ». Cette régularité dans l'usage et l'augmentation progressive de la quantité sont des signes d'un ancrage comportemental durable.

La fonction de la consommation apparaît principalement liée à une tentative de régulation émotionnelle.

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

Hakim évoque clairement l'usage comme un moyen d'oublier ses problèmes, de fuir les tensions liées à son vécu personnel (comme son divorce), et de soulager les émotions difficiles telles que le stress, la tristesse ou l'anxiété en disant « tkeyifegh akn adetough lehmoumiw it3awaniyi ». Il reconnaît que le cannabis agit comme un moyen de soulagement temporaire mais qu'il entraîne aussi des conséquences négatives, tant sur le plan physique (hospitalisations répétées) que sur le plan social et familial (dégradation des relations, perte de stabilité conjugale). Ce constat souligne une prise de conscience des effets délétères de la consommation sur différents aspects de sa vie.

Il décrit sa relation au cannabis en des termes ambivalents : il parle à la fois de plaisir, de dépendance et de soutien, révélant une attache émotionnelle complexe. Il reconnaît avoir déjà essayé d'arrêter à plusieurs reprises, mais il a toujours fini par reprendre, en raison de difficultés émotionnelles et de l'incapacité à faire face autrement aux situations problématiques « seyagh achehal iverdan adhevsegh mais ouzmiregh ara hacha netan iyiteksen foukiw ».

Le contexte de sevrage actuel est vécu comme particulièrement difficile. Hakim affirme ne pas avoir consommé depuis deux mois, mais rapporte des signes de manque psychique, tels que la fatigue, les troubles du sommeil et un sentiment de vide intérieur. L'envie de consommer persiste, rendant la période de désintoxication éprouvante malgré la présence d'un soutien familial qu'il identifie comme central dans sa motivation à changer.

Dans l'ensemble, cet entretien met en évidence une consommation de cannabis qui s'est construite autour de besoins affectifs, d'un besoin de fuite et de soulagement, jusqu'à devenir un mode de gestion principal des difficultés personnelles.

Cannabis a progressivement pris une place centrale dans l'équilibre psychique du sujet, au point de devenir une habitude difficile à rompre.

• Présentation des résultats du MMM

Tableau N° 7 : Scores du questionnaire MMM de Hakim

Facteurs	Somme (/25)	Moyenne (/5)	Interprétation
Renforcement	20	4	Elevé : motivation élevée à la recherche de plaisir et l'euphorie.
Conformité	9	1,8	Faible : usage peu lié au besoin d'intégration.

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

Social	17	3,4	Modéré : recherche de lien social, usage partiellement utilisé.
Coping	18	3,6	Elevé : motivation émotionnelle importante, usage pour gérer le stress.
Développement personnel	14	2,8	Modéré : usage occasionnel dans une visée introspective ou d'exploration de soi.

Ce tableau représente les résultats du questionnaire de la fonction subjective de l'usage du cannabis (MMM) de Hakim.

L'analyse des scores du Marijuana Motives Measure (MMM) de Hakim met en évidence un profil motivationnel où les dimensions hédoniques (renforcement) et émotionnelles (coping) dominant, avec des scores respectifs de ($\mu = 4.0/5$) et ($\mu = 3.6/5$). Ces résultats indiquent que Hakim consomme principalement du cannabis pour éprouver du plaisir et soulager un mal-être ou des tensions internes, ce qui renvoie à des fonctions subjectives centrées sur la régulation émotionnelle et la recherche d'états agréables.

La faible moyenne obtenue au facteur conformité ($\mu = 1.8/5$) suggère que l'usage n'est pas influencé par la pression sociale ou le besoin d'être accepté par le groupe. Ce point est important ou il oriente vers une dynamique d'usage plus intrinsèque, potentiellement enracinée dans une quête personnelle plutôt qu'un mimétisme comportemental.

Le facteur social ($\mu = 3.4/5$), quant à lui, révèle une motivation intermédiaire, cela peut refléter une volonté de réduire l'anxiété sociale ou d'améliorer les expériences intersubjectives, sans que cela soit le moteur principal de l'usage.

Enfin, le score de ($\mu = 2.8/5$) pour le développement personnel témoigne d'une implication modérée du cannabis dans les processus de réflexion existentielle ou d'exploration identitaire. Cette tendance pourrait refléter un usage occasionnel dans des moments d'introspection, sans que cela ne devienne une fonction centrale.

En somme, le profil de Hakim est caractérisé d'un usage auto-thérapeutique hédonique, souvent observé chez les sujets présentant des traits de vulnérabilité affective ou un besoin marqué de gratification immédiate.

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

• Cas N° 06 : Mezian.

Axe n° 1 : Informations personnelles :

Mezian, âgé de 35 ans, célibataire, avec un niveau scolaire de 2ème année moyenne. Il consomme du cannabis depuis l'âge de 15 ans, soit pendant 20 ans. Placé à l'Établissement Hospitalier Spécialisé (EHS) de Oued Ghir ça fait 10 jours dans le service d'isolement pour une cure de désintoxication.

Axe n° 2 : Analyse d'entretien :

L'analyse des données issues d'entretien met en lumière un parcours de consommation du cannabis initié précocement, à l'âge de 15 ans, dans un contexte d'influence sociale marquée en disant « vdigh imi is3igh 15 ans et d imdoukaliw iydifkan ». Mezian décrit une première expérience associée au plaisir, qui s'est rapidement traduite par une consommation répétitive, principalement en soirée, à raison d'un à deux joints par jour

« imi ikeyfegh i3ejviyid housegh imaniw bien, et gimar qlegh tkeyifegh koulas sin n igirwan ».

La consommation s'effectue tantôt en solitaire, tantôt en groupe, et s'est instaurée dans un environnement socio-économique défavorable où l'accès au cannabis était aisé et peu coûteux, en comparaison avec d'autres substances comme l'alcool en disant « tiswi3in tkeyifegh imaniw et tiswi3in d imdoukaliw, et right i lkif akhater kregghed g cartier anda itheznouzayen donc isehliyi et ila irkhes par rapport à la bière ».

Cette initiation s'est faite sous l'influence des pairs, ce qui illustre un motif de conformité sociale, avant d'évoluer vers des usages liés au renforcement positif (plaisir) et au coping (réduction du stress). Bien que l'usage ne soit pas décrit comme un moyen de fuite face aux problèmes, il est explicitement associé à la gestion du stress, au remplissage du temps et à l'endormissement, soulignant une fonction régulatrice des émotions en disant « it3awaniyi itekes teqlaq ».

L'entretien révèle également une prise de conscience progressive des conséquences négatives de cette consommation, notamment financières, et une ambivalence quant à la perception de ses effets, bénéfiques perçus au départ, mais impact négatif reconnu sur le long terme « ayen idetawigh sveh itfaka le3cha ».

La tentative de sevrage, amorcée dix jours avant l'entretien, est décrite comme difficile, marquée par des symptômes de sevrage (fatigue, maux de tête, troubles du sommeil) et une forte envie de consommer, mais motivée par des raisons personnelles et familiales. Mezian décrit un sentiment de vide et de désorientation depuis l'arrêt, indiquant la place importante qu'occupait le cannabis dans son équilibre psychique « yousaayid you3er akhater noumeght »

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

Enfin, sa relation au produit est décrite en termes de dépendance et de plaisir, traduisant à la fois un besoin et gratification.

• Présentation des résultats du MMM

Tableau N° 8 : Scores du questionnaire MMM de Meziane

Facteurs	Somme (/25)	Moyenne (/5)	Interprétation
Renforcement	21	4,2	Elevé : motivation élevée à la recherche de plaisir et l'euphorie.
Conformité	5	1	Faible : faible influence sociale ou pression des pairs.
Social	19	3,8	Elevé : forte motivation à consommer dans des contextes sociaux. .
Coping	11	2,2	Faible : motivation faible pour réguler des émotions.
Développement personnel	5	1	Faible : absence d'intérêt pour des buts introspectifs ou créatifs.

Ce tableau représente les résultats du questionnaire de la fonction subjective de l'usage du cannabis (MMM) de Mezian.

L'analyse des motivations de consommation à l'aide du Marijuana Motives Measure de Mezian révèle un profil psychologique où la recherche hédonique (renforcement) et la valorisation du cadre social sont les moteurs centraux de l'usage du cannabis. La moyenne élevée pour le facteur de Renforcement ($\mu = 4,2/5$) confirme les propos du Mezian qui évoque un plaisir immédiat dès la première consommation, motivant une répétition de l'acte.

La dimension Sociale ($\mu = 3,8/5$) met en évidence une consommation fortement ancrée dans les dynamiques relationnelles. Le fait d'avoir consommé pour la première fois avec des amis, ainsi que la mention fréquente de l'usage en soirée ou lors d'événements festifs, illustre le rôle des rituels sociaux dans le maintien de l'usage. À l'opposé, les très faibles scores en Conformité ($\mu = 1/5$) et Développement personnel ($\mu = 1/5$) indiquent un désintérêt pour la validation sociale et l'absence d'une recherche

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

introspective ou créative via le cannabis. Cela pourrait suggérer une vision utilitariste de la substance, centrée sur des effets concrets (plaisir, détente, facilitation sociale), plutôt qu'un engagement symbolique ou identitaire.

Le facteur « Coping », avec une moyenne faible ($\mu = 2,2/5$), renvoie à une utilisation secondaire du cannabis comme régulateur de l'humeur, notamment pour diminuer le stress. Cette fonction adaptative est toutefois relativisée par le discours de Mezian, qui nie un usage d'évitement ou de fuite, mais reconnaît consommer pour réduire les tensions internes.

Ce profil motivationnel, lorsqu'il est mis en perspective avec l'entretien clinique, met en évidence une structure de dépendance consolidée, marquée par des usages ritualisés, une forte valorisation hédonique, et une faible introspection.

La désintoxication s'accompagne d'un sentiment de vide, de désorientation, et de troubles somatiques (fatigue, insomnie), signes caractéristiques du syndrome de sevrage. L'absence de motivations intrinsèques fortes (par exemple, un développement personnel ou des valeurs de changement) rend l'arrêt difficile et fragile.

La démarche thérapeutique devra ainsi intégrer un travail sur les motivations à long terme, en élargissant le champ de satisfaction hors consommation, tout en soutenant la gestion émotionnelle. Le soutien familial mentionné comme moteur du sevrage constitue un levier positif à renforcer.

• Cas N° 07 : Sofiane.

Axe n° 1 : Informations personnelles :

Sofiane, âgé de 30 ans, célibataire, avec un niveau scolaire de 3ème année primaire, issu des parents divorcés. Il consomme du cannabis depuis l'âge de 13 ans, soit pendant 17 ans et sa dernière consommation remonté à un mois et demi, maintenant placé à l'Établissement Hospitalier Spécialisé (EHS) de Oued Ghir pour une cure de désintoxication.

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

Axe n° 2 : Analyse d'entretien :

L'analyse de cet entretien met en évidence une trajectoire de consommation de cannabis marquée par une initiation précoce, un renforcement progressif des usages, et une ambivalence affective face à la substance.

Sofiane relate une première expérience à l'âge de 13 ans, motivée par l'influence des pairs, qui a été vécue comme à la fois plaisante et soulageante en disant « la première fois ikeyfegh s3igh 13 ans et i3ejviyi ». Ce plaisir immédiat a favorisé une répétition rapide de la consommation, qui s'est institutionnalisée dans un usage quotidien, soir et matin, sous forme de deux joints « qlegh tkeyifegh koullas sveh tamedit ».

Sofiane évoque une double modalité de consommation, solitaire ou en groupe, en soulignant une dissimulation prolongée vis-à-vis de sa famille, révélatrice d'un rapport ambivalent entre honte et besoin de discrétion « des fois tkeyifegh wehdi et des fois en groupe et ou3limen ara gekham negh ».

Les motifs principaux de la consommation sont orientés vers la recherche d'un apaisement face au stress, le désir de plaisir, gosto et le comblement du vide affectif provoqué, entre autres, par le divorce parental en disant « tkeyifegh par gosto et itekes teqlaq et tetough inevlan n imawlan iw ».

Sur le plan psychologique, la fonction du cannabis semble s'ancrer dans une logique d'auto-médication, notamment pour gérer le stress, les émotions négatives et un sentiment de solitude. Il ne se reconnaît pas dans une logique d'évitement de problèmes, mais davantage dans celle d'un soutien émotionnel, ce qui s'illustre par l'importance accordée au plaisir ressenti et à la réduction des tensions.

Toutefois, cette recherche de soulagement a engendré des conséquences significatives comme l'hospitalisation répétée, incarcération à la suite d'un comportement violent sous influence, et un impact négatif sur la situation financière. La dépendance est reconnue par Sofiane à travers la difficulté à arrêter, les rechutes, ainsi qu'un rapport ambivalent à la substance, qualifiée à la fois de source de plaisir, de soutien et de dépendance.

Dans la phase actuelle de désintoxication, commencée il y a un mois et demi, le sujet exprime une volonté d'arrêter, motivée principalement par une promesse faite à sa mère et par une prise de conscience des impacts négatifs du cannabis sur sa vie quotidienne « we3degh ima akn adhevsegh et même ikhlayi ». Néanmoins, la période de sevrage est décrite comme difficile à gérer, exprimé par des symptômes de sevrage tels que la fatigue, les maux de tête, des troubles du sommeil, une irritabilité, et un sentiment de vide. La relation au cannabis, bien

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

qu'en voie de rupture, mais reste mêlée d'une dépendance affective et fonctionnelle, ce qui rend le processus de rétablissement fragile et difficile.

L'entretien met ainsi en lumière la complexité de la trajectoire d'un usager précoce, pris entre besoin de soulagement émotionnel et désir de réinsertion, tout en soulignant l'importance du soutien familial et de l'accompagnement thérapeutique dans le processus de sevrage.

● Présentation des résultats du MMM

Tableau N° 9 : Scores du questionnaire MMM de Sofiane

Facteurs	Somme (/25)	Moyenne (/5)	Interprétation
Renforcement	25	5	Elevé : motivation élevée à la recherche de plaisir et l'euphorie.
Conformité	9	1,8	Faible : peu d'influence du groupe social.
Social	18	3,6	Elevé : usage élevé pour faciliter et interactions sociales.
Coping	14	2,8	Modéré : usage lié à la gestion du stress ou des affects négatifs.
Développement personnel	11	2,2	Faible : peu d'usage pour la croissance personnelle ou la réflexion.

Ce tableau représente les résultats du questionnaire de la fonction subjective de l'usage du cannabis (MMM) de Sofiane.

L'analyse des scores issus du Marijuana Motives Measure (Simons et al., 1998), instrument psychométrique validé pour explorer les différentes fonctions subjectives associées à l'usage du cannabis, met en évidence une motivation hédonique dominante, marquée par un score maximal sur le facteur renforcement ($\mu = 5/5$) (Items : 7, 9, 10, 13, 18 avec un score maximal de 5/5). Cela indique que l'usage du cannabis par Sofiane est profondément enraciné dans la recherche de plaisir, d'euphorie, ou de sensations agréables, une forme d'usage récréatif pur qui relève d'une quête d'expériences positives immédiates.

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

En revanche, le score très bas en conformité ($\mu = 1.80/5$) suggère que l'usage n'est pas motivé par la pression du groupe ni par une volonté de s'intégrer. Ce résultat est significatif, car il permet d'éliminer une dépendance aux dynamiques sociales comme moteur principal de consommation.

Le facteur social obtient un score relativement élevé ($\mu = 3.60/5$), ce qui nuance l'aspect exclusivement individuel de la consommation. Il s'agit ici d'un usage dans un contexte relationnel, possiblement festif ou convivial, visant à faciliter les échanges ou renforcer la cohésion avec autrui.

Le coping, avec une moyenne ($\mu = 2.80/5$), suggère une implication modérée de la fonction d'autorégulation émotionnelle dans l'usage. Cela peut refléter une tendance à recourir occasionnellement au cannabis pour atténuer le stress, l'angoisse ou des affects négatifs, sans pour autant que cela constitue la motivation principale. Enfin, le développement personnel affiche un score relativement faible ($\mu = 2.20/5$), indiquant que le cannabis n'est pas principalement utilisé dans une perspective d'exploration intérieure, de créativité ou de quête existentielle. Ce motif est souvent davantage mis en avant chez des consommateurs engagés dans des démarches spirituelles ou introspectives. En conclusion, le profil de Sofiane révèle un usager pour qui le cannabis constitue avant tout une source de plaisir intense et une aide à la sociabilité. Les fonctions de coping et de développement personnel sont secondaires. Du point de vue clinique, cela peut correspondre à un usage récréatif stable, mais le score extrême en renforcement peut signaler un risque de dépendance hédonique si d'autres sources de gratification sont absentes ou déficientes.

2- Discussion de l'hypothèse

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos sept (07) cas, nous pouvons maintenant confirmer ou infirmer notre hypothèse. Ensuite, nous comparons nos résultats avec des études antérieures sur ce sujet.

Pour vérifier nos hypothèses, nous nous sommes appuyés sur les données obtenues à partir des deux instruments de recherche utilisés, l'entretien de recherche semi-directifs et le questionnaire MMM, en s'appuyant sur la théorie Cognitivo-Comportementale.

Cette recherche vise à explorer les fonctions subjectives de l'usage du cannabis chez les toxicomanes en cure de désintoxication, afin d'identifier les fonctions les plus adoptées. Notre hypothèse : « **Les fonctions subjectives de l'usage du cannabis les plus adoptées chez les toxicomanes en début de cure de désintoxication sont le renforcement et le social** ».

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

Les résultats obtenus au questionnaire MMM, indiquent que la totalité des participants de notre recherche manifestent des scores élevés au niveau de la fonction de renforcement, suivie de la fonction sociale avec des scores modérés. Cette variabilité souligne l'importance de comprendre les fonctions subjectives qui favorisent la consommation.

La discussion de notre hypothèse commencera par la présentation d'un tableau qui récapitule les résultats obtenus des fonctions : Renforcement et Social.

Tableau 10 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets au MMM : fonctions de Renforcement et Social

Cas	Score Renforcement	Interprétation	Score Social	Interprétation
Karim	4,6	Elevé	4,2	Elevé
Sami	4,4	Elevé	3,8	Modéré
Salim	4,6	Elevé	4,2	Elevé
Maria	4,2	Elevé	3,4	Modéré
Hakim	4	Elevé	3,4	Modéré
Meziane	4,2	Elevé	3,8	Modéré
Sofiane	5	Elevé	3,6	Modéré

D'après ses résultats, nous constatons que la totalité des participants ont obtenu un score de renforcement élevé, cela suggère que la recherche du plaisir et de l'euphorie présente une motivation centrale pour ses participants, quant aux scores de la fonction sociale, la majorité des participants ont eu un score modéré, ce qui suggère une consommation à des fins relationnelles. Commencant par la fonction de renforcement, marqué par des scores élevés, on constate que tous les cas ont eu un score qui varie entre 4/5 et 5/5, ce qui démontre que la consommation du cannabis est orientée vers le plaisir et l'euphorie. Les scores de ses cas montrent une prédominance hédoniste marquée, ainsi une consommation principalement motivée par la recherche de plaisir immédiat.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à cette fonction (Renforcement). En premier lieu, on trouve la consommation pour des effets positifs ou Karim nous dit qu'il consomme pour se

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

sentir bien et de retrouver une sensation agréable, témoignant d'un score élevé de ($\mu=4,6/5$). Sami, pour lui, le cannabis vise en premier lieu à rechercher les effets plaisants associés à la consommation, qui sont la détente, l'euphorie, une sensation de tranquillité, comme cela a été clairement exprimée lors de l'évocation de la première expérience de consommation ($\mu= 4,4/5$). Le troisième participant Salim avec un score élevé de ($\mu= 4,6/5$), sa consommation est ancrée dans une dynamique de gratification immédiate, quant à Maria, Hahim, Mezian, et Sofiane, ils évoquent un plaisir immédiat dès la première consommation, motivant une répétition de l'acte.

En se basant sur l'étude de Boden et al. (2013), qui constitue une source clé pour comprendre les motivations de l'usage du cannabis chez les jeunes adultes, assemblant le questionnaire Marijuana Motives Measure (MMM) avec des outils cliniques standardisés. Les résultats ont révélé un profil motivationnel spécifique, marqué par des scores extrêmement élevés en Renforcement avec une moyenne de $\mu= 4.1/5$, soulignant une recherche compulsive de plaisir et de sensations fortes. (Boden et al., 2013)

Contrairement aux résultats de Simons et al. (1998) où le Renforcement ne concernait qu'un tiers de sa population d'étude, sa prévalence dominante dans l'échantillon de notre travail de recherche montre une spécificité clinique, montrant que la dépendance pourrait transformer un motif parmi d'autres en motivation exclusive. (Simons, J., et al. 1998)

Revenant à la fonction sociale, marqué par des scores modérés pour 5 cas, et 2 cas avec un score élevé, ce qui signifie que la consommation du cannabis chez ses patients est aussi orientée vers un usage social occasionnel, sans dépendance au contexte groupal, ce qui peut indiquer une préservation relative des liens sociaux.

Parmi les facteurs qui peuvent contribuer à cette fonction (Sociale), l'effet que procure le cannabis, qui est considéré comme une composante relationnelle dans les schémas de consommation, également suggère que cette substance est consommée principalement dans des contextes d'interaction avec les pairs, cela indique que le sujet valorise la fonction intégrative et relationnelle du produit. Le cannabis agit comme un vecteur de lien ou d'adhésion au groupe. L'usage aide à réduire l'anxiété sociale et d'améliorer les expériences intersubjectives. Malgré que la consommation ait bien débuté dans un contexte groupal, mais elle ne semble pas constituer le principal moteur de l'usage, constatant cela dans les résultats des sujets, malgré que les scores obtenus sont élevés mais le renforcement est le plus dominant.

Les études antérieures utilisant le questionnaire MMM montre que les scores modérés à la fonction sociale de l'usage du cannabis reflètent généralement une consommation intégrée de manière équilibrée dans la vie sociale. Les travaux de Simons et al (1998), montrent

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

que des usagers occasionnels présentent ce profil modéré, associé à une consommation festive et conviviale sans caractère compulsif. (Simons, J., et al. 1998).

Revenant aux études antérieures déjà faites sur le renforcement et la fonction sociale du cannabis, on retrouve celle de Chabrol et al. (2005), sur le renforcement positif et négatif du cannabis chez des jeunes adultes, où ils ont confirmé la coexistence des deux types de renforcement, (positif : plaisir, négatif : fuite de stress) avec un pourcentage de 45%. En comparant ce résultat à notre étude, on trouve que le renforcement est le moteur principal de l'usage du cannabis avec des scores élevés, que ce soit positif dans le cas de Karim, Sami, Salim, Mezian, et Sofiane ou bien négatif dans le cas de Maria et Hakim.

Concernant la fonction sociale, on trouve l'étude de Joubert & Peretti-Watel (2009), sur le cannabis comme marqueur identitaire et outil de sociabilité chez les jeunes. Dans cette recherche ils explorent comment le cannabis participe à la construction identitaire ainsi que les interactions sociales chez les jeunes. Dans cette étude ils ont confirmé que le facteur social joue un rôle important dans l'usage du cannabis et ils ont eu un pourcentage de 85% de la population étudiée. En comparant ce résultat à notre étude, on constate que la fonction sociale joue un rôle important dans l'usage du cannabis chez notre groupe de recherche, on remarque cela d'après les résultats obtenus qui varient entre $\mu = 3,4$ à $\mu = 4,2$. L'usage révèle une importante composante relationnelle presque chez tous les cas étudiés.

Ces résultats confirment en grande partie notre hypothèse selon laquelle les fonctions subjectives de l'usage du cannabis chez les toxicomanes en début de cure de désintoxication les plus adoptées sont le renforcement et le social, nous pouvons souligner que la totalité des participants ont démontré une présence dominante de la fonction du renforcement, ainsi que la plus part aussi présentent des scores élevés de la fonction sociale.

Ces observations soulignent la présence de ses deux fonctions, on combinant entre plaisir et côté social.

Synthèse

En se référant aux résultats obtenus de l'entretien et du questionnaire Marijuana Motives Measure (MMM), nous constatant que malgré la multiplicité des fonctions subjectives de l'usage du cannabis mais la fonction du renforcement et la fonction sociale sont les plus répondus par les participants à notre recherche, ou on voit qu'ils consomment pour des fins hédoniques ainsi pour des fins sociales.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale

Le cannabis est parmi les substances les plus consommées et répandues ces derniers temps. Notre étude sur la fonction subjective de l'usage du cannabis chez les toxicomanes en cure de désintoxication, a permis de mettre en lumière les fonctions les plus adoptées par ces derniers. L'objectif de cette recherche était de repérer la fonction subjective du cannabis, et de savoir quelle fonction est la plus remplie par ces patients, et comprendre ainsi les mécanismes psychologiques de l'addiction, et comment ils perçoivent cette substance.

À travers l'analyse des cas étudiés à l'EHS de Oued Ghir, et l'utilisation du questionnaire Marijuana Motives Measure (MMM) (Simons et al, 1998), nous avons observé que tous les sujets présentaient des scores élevés des deux fonctions, renforcement et social. Ces résultats confirment notre hypothèse que : « Les fonctions subjectives de l'usage du cannabis chez les toxicomanes en début de cure de désintoxication les plus adoptées sont le renforcement et le social ».

Nos outils ont révélé que la consommation du cannabis chez ces patients s'articule autour de deux fonctions principales.

D'une part la fonction de renforcement, ou le cannabis est utilisé comme modulateur émotionnel ainsi que pour la recherche du plaisir immédiat. D'autre part, la fonction sociale, qui est considérée comme un moyen de maintenir des liens identitaires ou d'intégration au sein du groupe.

Pour conclure, cette étude a mis en lumière les fonctions subjectives du cannabis les plus adoptées par les participants à notre recherche, ainsi elle a mis en évidence la nécessité d'une prise en charge adaptée aux dimensions subjectives de la consommation de cannabis. Elle a ainsi ouvert la porte à des futures recherches sur cette population et ces fonctions, car jusqu'à présent aucune étude à notre connaissance n'a été faite sur ce thème qui mérite une attention particulière. Par conséquent, nous incitons les étudiants et les chercheurs à approfondir dans ce sujet, ainsi nous proposons quelques pistes de recherche qui peuvent constituer une base solide pour traiter la problématique de l'addiction au cannabis et ses fonctions subjectives chez les patients en cure de désintoxication :

- Le cannabis comme outil de gestion émotionnelle au quotidien.
- La fonction sociale du cannabis dans la formation des appartenances collectives

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographique

Ouvrage :

- Acier, D. (2016). *Les addictions*. (2^e éd.). De Boeck Supérieur. Paris.
- Alain, M., Malvitte, L., & Romo, L. (2012). *Addictions et stratégies de coping : Du modèle de l'ajustement à une lecture fonctionnelle de la conduite addictive*. In L. Romo & M. Phan O. (Eds.), *Psychopathologie des addictions : Concepts et pratiques*, 319–326. Dunod
- Alami, M., Mimouni, M., & El Kholti, A. (2013). *La recherche qualitative en sciences sociales et humaines : Fondements et outils*. Editions Universitaires Européennes.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Ben Amar, M. (2006). *Cannabis and psychosis : What is the link?* Journal of Psychoactive Drugs, 38(2), 131–142.
- Boden, M. T., Babson, K. A., & Bonn-Miller, M. O. (2013). *Motives for marijuana use in heavy-using adolescents and young adults*. Psychology of Addictive Behaviors, 27(3), 848-854.
- Chabrol, H., Mabila, J. D., Chauchard, E., & Callahan, S. (2007). *Étude des motivations à consommer du cannabis à l'adolescence à l'aide du Marijuana Motives Measure*. Annales
- Chahraoui, K., & Benony, H. (2013). *L'entretien semi-directif : principes, mise en œuvre et apports dans la recherche clinique*. In C. Legrand & D. Zittoun (Eds.), *Méthodes qualitatives en psychologie clinique* (55–74). Dunod.
- Chassagne, J. (2023). *Mieux comprendre, étudier et prendre en charge la consommation de cannabis : apports méthodologiques et facteurs de risques*. [Thèse de doctorat, Université Toulouse le Mirail – Toulouse]. HAL.
- Chiland, C. (1989). *L'entretien clinique*. PUF.
- *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (SIM10)*. (2019).
- Fischer, G. N. (2002). *Psychologie des émotions et des sentiments* (2e éd.). Dunod.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
- Fowler, F. J. (2014). *Survey research methods* (5th ed.). SAGE Publications.
- Goodman A. (1990), *Addiction : definition and implication*. Br. J. Addict., 85, 11, 1403-1408

- Hall, W., Degenhardt, L. (2009). *Adverse health effects of non-medical cannabis use*. The Lancet, 374(9698), 1383-1391.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hersen, M., & Gross, A. M. (Eds.). (2008). *Handbook of clinical psychology*. (1). John Wiley & Sons.
- Jhangiani, R. S., Chiang, I.-C. A., Cuttler, C., & Leighton, D. C. (2019). *Research methods in psychology* (4th ed.). KPU Open Press.
- Khantzian, E. J. (1997). *The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications*. Harvard Review of Psychiatry, 4(5), 231-244.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, C. M., Neighbors, C., Hendershot, C. S., & Grossbard, J. R. (2009). *Development and preliminary validation of a comprehensive marijuana motives questionnaire*. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70(2), 279-287.
- Lejoyeux, M et al. (2017). *Addictologie*. (3^eéd). Elsevier Masson, Paris.
- Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. Viking Press.
- Miech, R. A., Johnston, L. D., & O'Malley, P. M. (2022). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2021: College students and adults ages 19-60*. Institute for Social Research.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. (2024). *Addictions en Algérie : Tendances et chiffres clés*.
- Moreau de Tours, J.-J. (1845). *Du hachisch et de l'aliénation mentale: Études psychologiques*. Fortin, Masson et Cie.
- Morizot, J. (2020). *Les méthodes d'enquête en psychologie : Approches quantitatives et qualitatives*. Dunod.
- Mucchielli, A. (2016). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Paris, Armand Colin.
- Organisation mondiale de la santé. (1994). *Lexique de l'alcool et des drogues*. OMS.
- Reynaud, M. (2001). *Comprendre les conduites addictives*. Paris : Odile Jacob.
- Simons, J., Correia, C. J., & Carey, K. B. (1998). *A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users*. Addictive Behaviors, 23(5), 613–616.
- Reynaud, M. (2002). *Usages nocifs de substances psychoactives*. Paris.
- Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H.-J., Benyamina, A. (2016). *Traité d'Addictologie*. (2^eéd). Lavoisier, Paris.

- Reynaud, M., Parquet, P., LAGRUE, J. (2000). *Pratiques addictives - Usage, usage nocif et dépendances aux substances psychoactives*. Paris : Odile Jacob.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Salmandjee, K. (2003). *Les drogues : Tous s'avoir sur leurs effets, leurs risques et la législation en vigueur*. (2 ed). Eyrolles.
- Simons, J., et al. (1998). *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 125-127.
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie*. Belin education.
- Villatte, J. L., Villatte, M., & Hayes, S. C. (2023). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Zeigler-Hill, V., Welling, L. L., & Shackelford, T. K. (Eds.). (2022). *The SAGE handbook of personality and individual differences, Applications of personality and individual differences*. SAGE Publications (3).

Liens

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anne-Françoise, H. et coll. (2017). *Addictionnaire : Réflexion sémantique en addictologie*. ANPAA https://addictionsfrance.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf
- Arnett, J. J. (2000). *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties*. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2001). *Peer influences on college drinking: A review of the research*. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 391–424. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(01\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(01)00098-0)
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). *Life skills training: Empirical findings and future directions*. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232. <https://doi.org/10.1023/B:JOPP.0000042391.58573.5b>
- Boyd, C. J., Veliz, P. T., & McCabe, S. E. (2023). *Cannabis and social media: A longitudinal assessment of behavior and perceptions among adolescents*. *Journal of Adolescent Health*, 72(3), 423-431. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.10.017>
- Médico-Psychologiques, 165(3), 198–202. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.07.021>

- Cialdini, R. B., & Goldstein, N. J. (2004). Social influence. *Annual Review of Psychology*, 55, 591–621. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142015>
- Comité national de lutte contre la drogue (CNLD). (2022). *Rapport annuel sur la toxicomanie en Algérie*. Ministère de la Santé. https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_fr/
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Harding Thomsen, A., & Wadsworth, M. E. (2001). *Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research*. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Conrod, P. J., Nikolaou, K., & Wolstenholme, J. (2023). *Personality-targeted interventions for cannabis misuse in young adults*. *JAMA Psychiatry*, 80(1), 63-71. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3744>
- Cservenka, A., Lahanas, S., & Dotterer, H. L. (2022). *Neurodevelopmental correlates of cannabis use in adolescents*. *Current Addiction Reports*, 9(2), 175-188. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00412-z>
- Cyr, L. (2022). *Processus de régulation dans les addictions : facteurs émotionnels de vulnérabilité face au craving* [Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille] file:///C:/Users/Gigatech/Downloads/220321_CYR_374ujrkqp338exw754gnrqza619hosd_TH.pdf
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). *The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Devin, A-L. (2017). *Les perturbations de la récupération des événements autobiographiques chez les usagers réguliers de cannabis* [Thèse de doctorat, Université de Lorraine] <file:///C:/Users/Gigatech/Downloads/fonction%20subjective%20du%20cannabis.pdf>
- Dumas, T. M., Ellis, W. E., & Litt, D. M. (2020). *What does adolescent substance use look like?*. *Addictive Behaviors*, 105, 106320. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106320>
<file:///C:/Users/Gigatech/Downloads/mieux%20comprendre.pdf>
- Hathaway, A. D., Comeau, N. C., & Erickson, P. G. (2016). *Cannabis normalization and stigma: Contemporary practices of moral regulation*. *Criminology & Criminal Justice*, 16(1), 3-23. <https://doi.org/10.1177/1748895815585371>
- Hershberger, A. R., Donaldson, C. D., Bennett, M., & Davis, A. K. (2023). *Neurocognitive outcomes associated with cannabis use in adolescence and emerging adulthood: A review of recent findings*. *Frontiers in Psychology*, 14, 1150039. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1150039>
- Dutch Passion. (2023). *[L'histoire méconnue des variétés de cannabis à autofloraison]*. *Dutch Passion Blog*. <https://dutch-passion.com/fr/blog/l-histoire-meconnue-des-varietes-de-cannabis-a-autofloraison-n1027>

- Green Owl. [*Qui'est-ce que la résine CBD*]. Green Owl. <https://greenowl.fr/CBD/resine-de-cannabis/>
- Newsweed. (2021). [*7 bienfaits de l'huile de cannabis*]. Newsweed <https://www.newsweed.fr/7-bienfaits-huile-cannabis/>
- Dionne, J. Y. [Cannabis ou marijuana] PasseportSanté https://www.passeportsante.net/fr/Solutions/PlantesSupplements/Fiche.aspx?doc=marijuana_ps
- Brown, D. (2022). *Cannabis: connaître ses limites*. RESPADD. <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2022/10/Cannabis-Conntaitre-ses-Limites.pdf>
- Kandel, D. B. (1980). *Drug and drinking behavior among youth*. *Annual Review of Sociology*, 6(1), 235–285. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.06.080180.001315>
- Lisdahl, K. M., Sher, K. J., & Conway, K. P. (2021). *Adolescent brain cognitive development (ABCD) study: Longitudinal cannabis use and neural correlates*. *American Journal of Psychiatry*, 178(5), 538–548. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050635>
- Lowenstein, W. et Karila, L. (2017). *L'addiction est la perte de la liberté de s'abstenir*. MGEFI. <https://www.mgefi.fr/sites/default/files/articles/mgefi-addictions-livret.pdf>
- Marilyn, H., Tim, C., Joanne, S., Colleen, K. (2010). *La toxicomanie Guide d'information*. CAMH. <https://www.camh.ca/-/media/health-info-files/guides-and-publications-french/addiction-guide-fr.pdf>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2023). What are marijuana's effects on lung health? Retrieved from <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/marijuana/what-are-marijuanas-effects-lung-health>
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. (2023). *Rapport mondial sur les drogues 2023*. <https://www.unodc.org/unodc/fr/data-and-analysis/wdr2023.html>
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Classification internationale des maladies 11e révision (CIM-11)*. <https://icd.who.int/>
- Pedersen, E. R., Miles, J. N. V., Ewing, B. A., Shih, R. A., Tucker, J. S., & D'Amico, E. J. (2017). *A longitudinal examination of alcohol, marijuana, and cigarette perceived norms*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(1), 64–74. <https://doi.org/10.1037/ad0000229>
- Richard, D., Senon, J-L. (1995). *Toxi revue documentaire base : Le cannabis*. 1-81. http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/T01453.pdf
- Russo, E. B. (2007). *History of cannabis and its preparations in saga, science, and sobriquet*. *Chemistry & Biodiversity*, 4(8), 1614-1648. <https://doi.org/10.1002/cbdv.200790144>
- Schweizer, T. A., D'Arcy, R. C. N., & Barr, A. M. (2023). *Developmental trajectories and cannabis use: A neuropsychological perspective*. *Addiction Neuroscience*, 3, 100048. <https://doi.org/10.1016/j.addictneuro.2023.100048>

- Simons, J. S., Correia, C. J., Carey, K. B., & Borsari, B. E. (1998). *Validating a five-factor marijuana motives measure: Relations with use, problems, and alcohol motives*. Journal of Counseling Psychology, 45(3), 265–273. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.265>
- Simons, J., Correia, C. J., & Carey, K. B. (2000). *A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users*. Addictive Behaviors, 25(1), 153–160. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00104-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00104-X)
- Townson, A., Eng, J. (2019). *Cannabis (Marijuana) et cannabinoïdes*. SCIRE Community.1-10. <https://community.scireproject.com/topic/cannabis/>
- Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Bloomfield, M. A. P., Curran, H. V., & Baler, R. (2016). *Effects of cannabis use on human behavior*. JAMA Psychiatry, 73(3), 292–297. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3278>
- Zhao, W., Becker, B., & Kendrick, K. M. (2021). *Neural mechanisms underlying social conformity*. NeuroImage, 245, 118702. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.118702>
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Marshall, E. C. (2006). *Panic attacks and marijuana use motives in adolescents and young adults*. Behavior Modification, 30(4), 498-515. <https://doi.org/10.1177/0145445504272619>

ANNEXES

Annexe 01

Le guide d'entretien

AXE 1 : Informations personnelles

- Nom
- Prénom
- Âge
- Niveau scolaire
- Situation familiale (marié / célibataire)
- Situation sociale (travail / chômage)

Axe 2 : Informations sur la consommation du cannabis

- À quel âge avez-vous commencé la consommation du cannabis?
- Décrivez moi le sentiment procuré lors de la première consommation?
- Avez-vous désiré consommer plus?
- Comment elle est votre consommation, est-ce qu'elle est répétitive ou occasionnelle?
- Avec qui vous avez consommé la première fois ?
- Combien de fois fumez-vous par jour?
- Quelle quantité consommez-vous?
- De quelle manière vous consommer : seul/ en groupe, en cachette, matin/ soir, tout au long de la journée ?
- Qu'elles sont les causes pour lesquelles vous consommez ?
- Consommez-vous pour fuir les problèmes ?
- La consommation du cannabis affecte elle votre situation financière?
- Votre entourage est-il au courant de votre consommation ?

- Avez-vous besoin d'une quantité plus forte pour obtenir l'effet désiré?
- Avez-vous déjà consommé d'autres substances à part le Cannabis?
- Avez-vous déjà pensé à arrêter avant cette fois?
- Avez-vous déjà arrêté et repris la consommation à nouveau. Si c'est oui, quelles sont les raisons qui vous ont poussées à reprendre la consommation?
- Pour quelles raisons avez-vous choisi le cannabis et pas d'autres substances ?
- Ya-t-il des moments ou des situations où vous ressentez particulièrement le besoin de consommer, si oui lesquelles ?
- Est-ce que le cannabis vous aide à gérer des émotions difficiles : stress, tristesse, anxiété, si oui comment ?
- Pensez-vous que le Cannabis vous aide à fuir et oublier certaines situations ou pensées, lesquelles ?
- Comment décrivez-vous votre relation avec le cannabis (dépendance, plaisir, soutien)?
- Pensez-vous que le cannabis a un impact positif ou négatif sur votre vie ?
- Avez-vous l'impression que le cannabis vous aide à mieux s'intégrer et gérer les relations difficiles ?

Axe 03: Pendant la cure de désintoxication (l'arrêt de la consommation)

- A quand remonte votre dernière consommation?
- Quelle sont vos objectifs par rapport à votre consommation du cannabis?
- Comment imaginez-vous votre vie sans le cannabis?
- Avez-vous senti un changement ?
- Quels sont les défis que vous associez à l'arrêt de la consommation?
- Comment vivez-vous cette période de désintoxication?
- Est-ce que certaines pensées ou émotions sont plus présentes depuis que vous avez arrêté la consommation?
- Qui est ce qui vous a motivé le plus à réduire et arrêté la consommation du cannabis?

Annexe 02

Questionnaire d'évaluation de la fonction subjective de l'usage de cannabis : MMM

1= Presque jamais/jamais

2 = Parfois

3 = La moitié du temps

4 = La plupart du temps

5 = Presque toujours/toujours

1 Je fume du H pour oublier mes soucis	1	2	3	4	5
2 Je fume du H parce que mes amis me poussent à en consommer	1	2	3	4	5
3 Je fume du H parce que ça m'aide à m'amuser dans les soirées	1	2	3	4	5
4 Je fume du H parce que ça m'aide quand je me sens déprimé ou tendu	1	2	3	4	5
5 Je fume du H pour être plus sociable	1	2	3	4	5
6 Je fume du H pour être plus gai quand je n'ai pas le moral	1	2	3	4	5
7 Je fume du H parce que j'aime les sensations qu'il procure	1	2	3	4	5
8 Je fume du H afin que les autres ne se moquent pas de moi si je n'en consomme pas	1	2	3	4	5
9 Je fume du H parce que c'est excitant	1	2	3	4	5
10 Je fume du H pour planer	1	2	3	4	5
11 Je fume du H car il rend les réunions en groupe plus amusantes	1	2	3	4	5
12 Je fume du H pour m'intégrer dans un groupe qui me plaît	1	2	3	4	5
13 Je fume du H parce qu'il procure une sensation agréable	1	2	3	4	5
14 Je fume du H car il crée une meilleure ambiance dans les soirées	1	2	3	4	5
15 Je fume du H pour me sentir plus confiant et plus sûr de moi	1	2	3	4	5
16 Je fume du H pour fêter un événement particulier avec les amis	1	2	3	4	5
17 Je fume du H pour oublier mes problèmes	1	2	3	4	5
18 Je fume du H parce que c'est amusant	1	2	3	4	5
19 Je fume du H pour être apprécié	1	2	3	4	5
20 Je fume du H pour ne pas me sentir rejeté	1	2	3	4	5
21 Je fume du H pour mieux me connaître	1	2	3	4	5
22 Je fume du H pour être plus créatif et plus original	1	2	3	4	5
23 Je fume du H car ça m'aide à comprendre les choses différemment	1	2	3	4	5
24 Je fume du H pour avoir une meilleure conscience de moi-même	1	2	3	4	5
25 Je fume du H pour être plus ouvert aux expériences	1	2	3	4	5

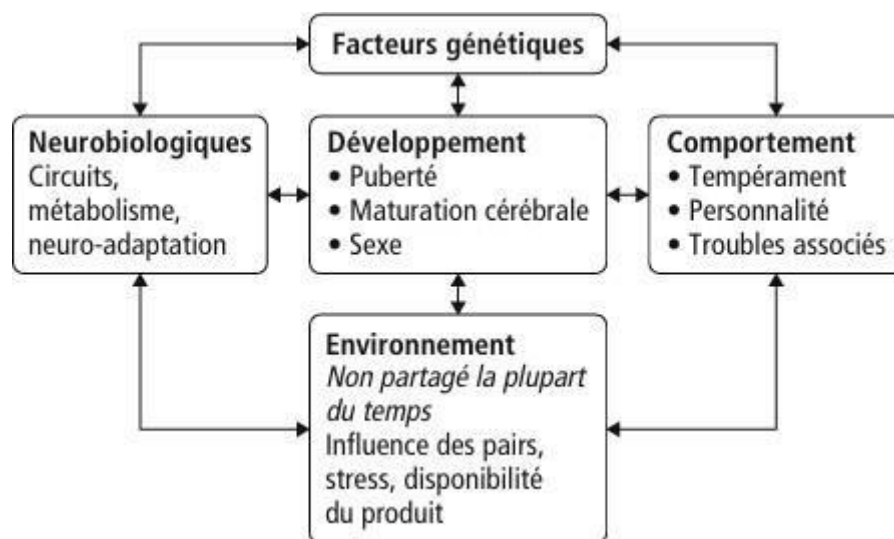


Figure 01 : Trouble lié à l'usage de drogues : une perspective développementale. (Karila, L., Reynaud, M., 2016, p. 86)

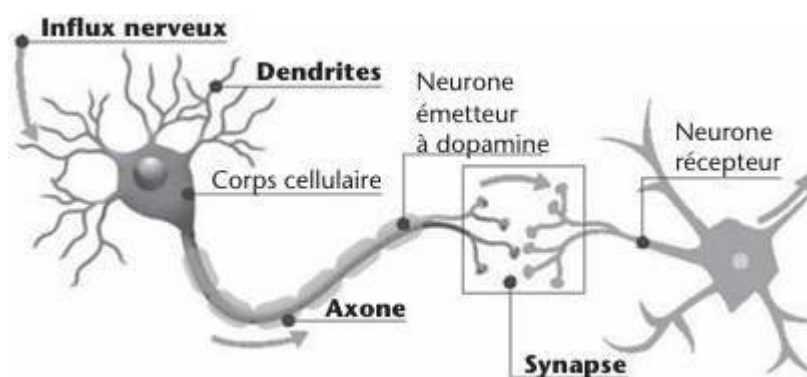


Figure 02 : Circulation de l'information par une synapse (Acier, D., 2016, p. 53)

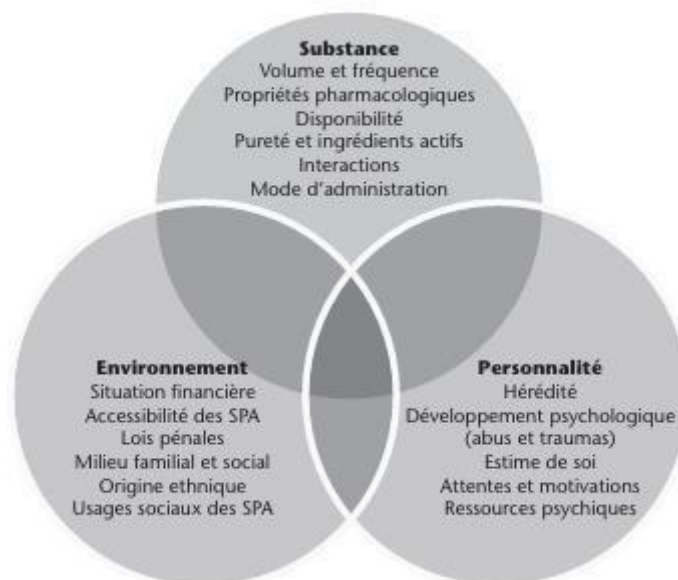


Figure 03 : Loi de l'effet ou Triangle d'Olievenstein. (Acier, D., 2016, p. 80)



Figure 04 : Types et formes de cannabis. <https://dutch-passion.com/fr/blog/l-histoire-meconnue-des-varietes-de-cannabis-a-autofloraison-n1027>



Figure 05 : Plante Marijuana

https://www.passeportsante.net/fr/Solutions/PlantesSupplements/Fiche.aspx?doc=marijuana_ps



Figure 06 : La résine. <https://greenowl.fr/CBD/resine-de-cannabis/>



Figure 07 : L'huile de cannabis. <https://www.newsweed.fr/7-bienfaits-huile-cannabis/>

Catégorie de produit	Type ou format	Mode de consommation	Teneur en THC et en CBD ou quantités
Cannabis séché (herbe, fleur, inflorescence)	<ul style="list-style-type: none"> • Inflorescences • Joints préroulés 	<ul style="list-style-type: none"> • Fumé • Vapoté ou vaporisé 	THC : 0-30 % CBD : 0-20 %
Extraits (dont les concentrés)	<ul style="list-style-type: none"> • Hasch (haschich) • Cire • Cartouches de vapotage • Vaporisateurs à huile et teintures • Capsules 	<ul style="list-style-type: none"> • Vapoté ou vaporisé • Ingéré • Fumé 	THC : 0-95 % CBD : 0-84 %
Produits comestibles (dont les boissons)	<ul style="list-style-type: none"> • Chocolat • Brownies • Bonbons mous (gélifiés) • Eau pétillante, boisson gazeuse • Jus, thé 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingéré 	THC : 0 à 10 mg/unité CBD : 0 à 25 mg/unité

Figure 08 : Les principaux produits à base de cannabis et leurs modes de consommation. <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2022/10/Cannabis-Conntaitre-ses-Limites.pdf>

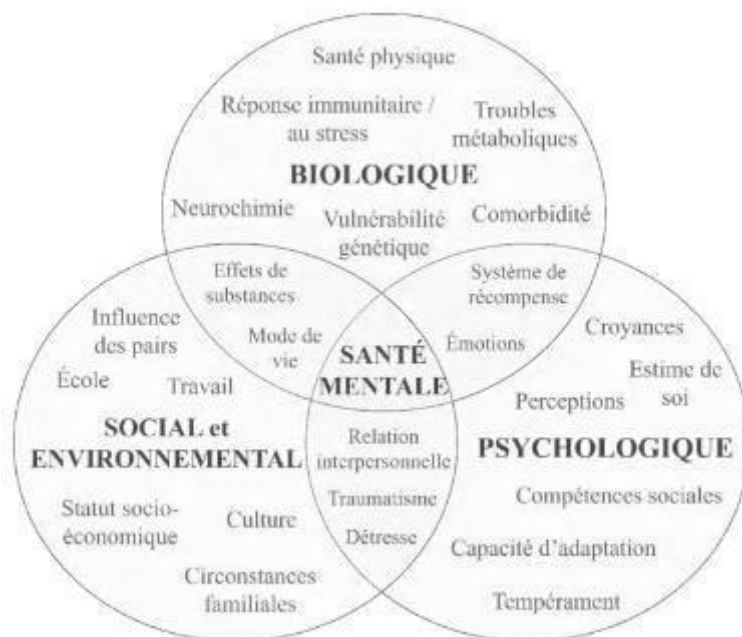


Figure 09 : Schéma d'interactions du modèle bio-psycho-social (Chassagne, J, 2023, p. 12).

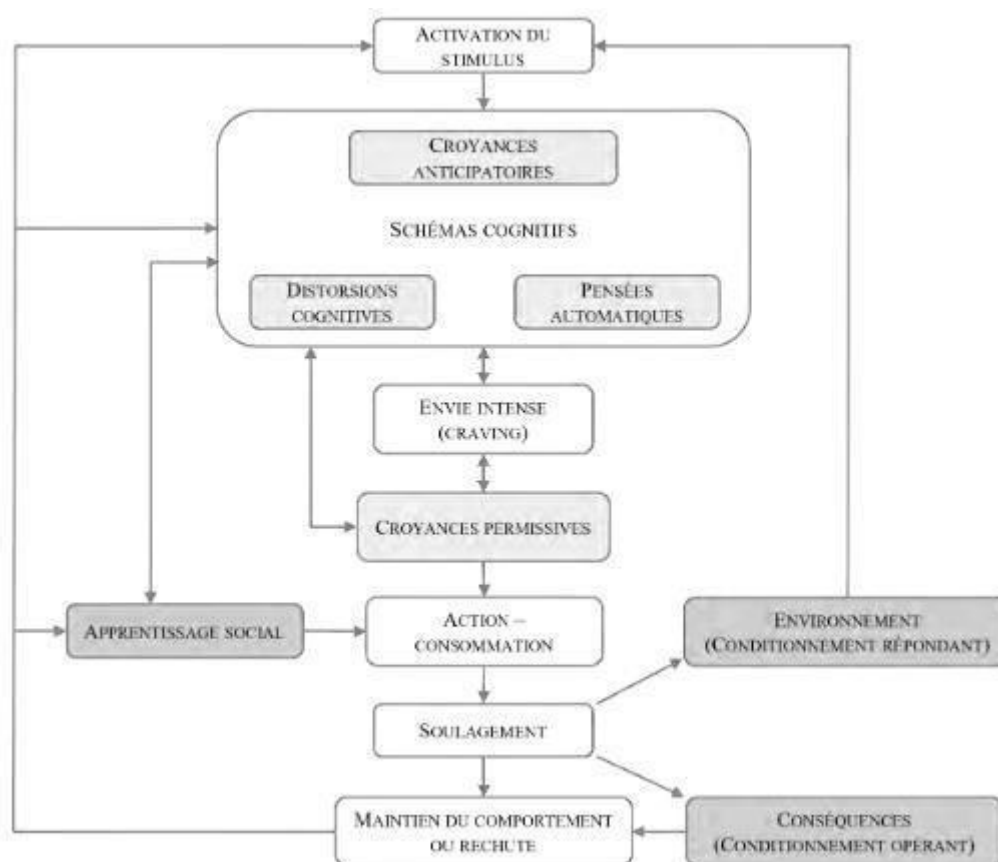


Figure 10 : Schéma d'interactions du modèle cognitif-comportemental

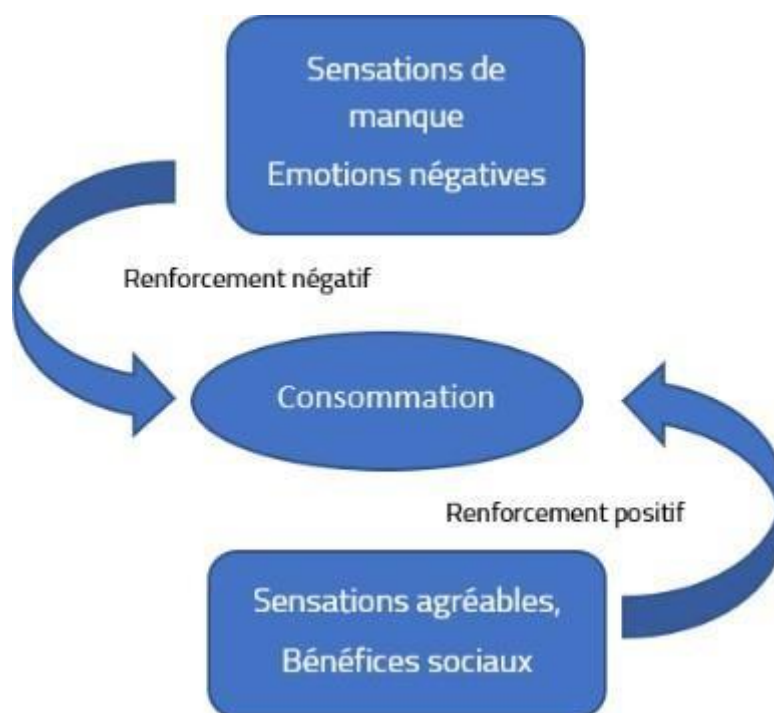


Figure 11 : Modèle de conditionnement opérant appliqué à l'addiction. (Cyr.L, 2022, p.39)

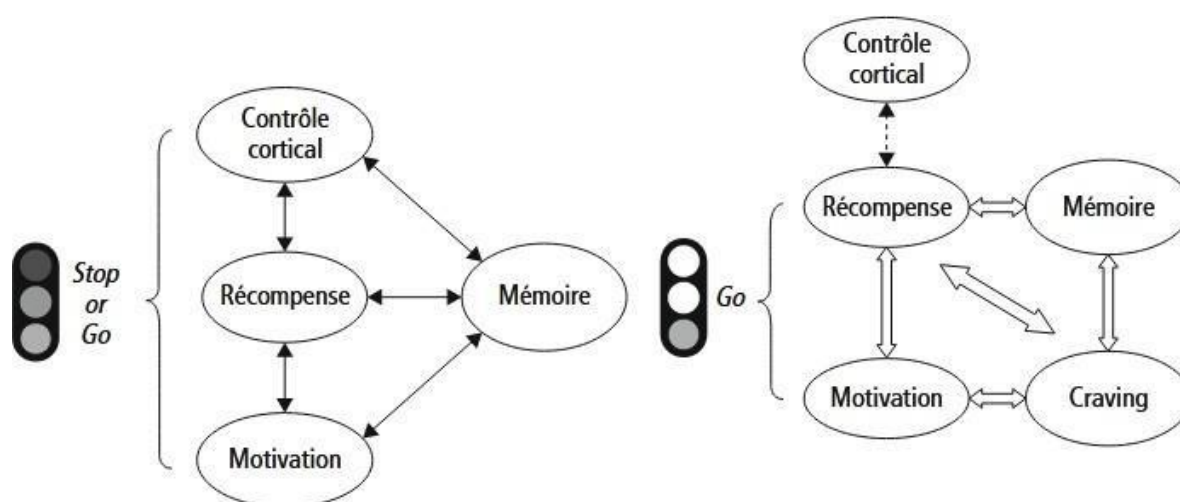


Figure 12 : Fonctionnement d'un cerveau non addict et addict (Raynaud.M, 2016, p.14)

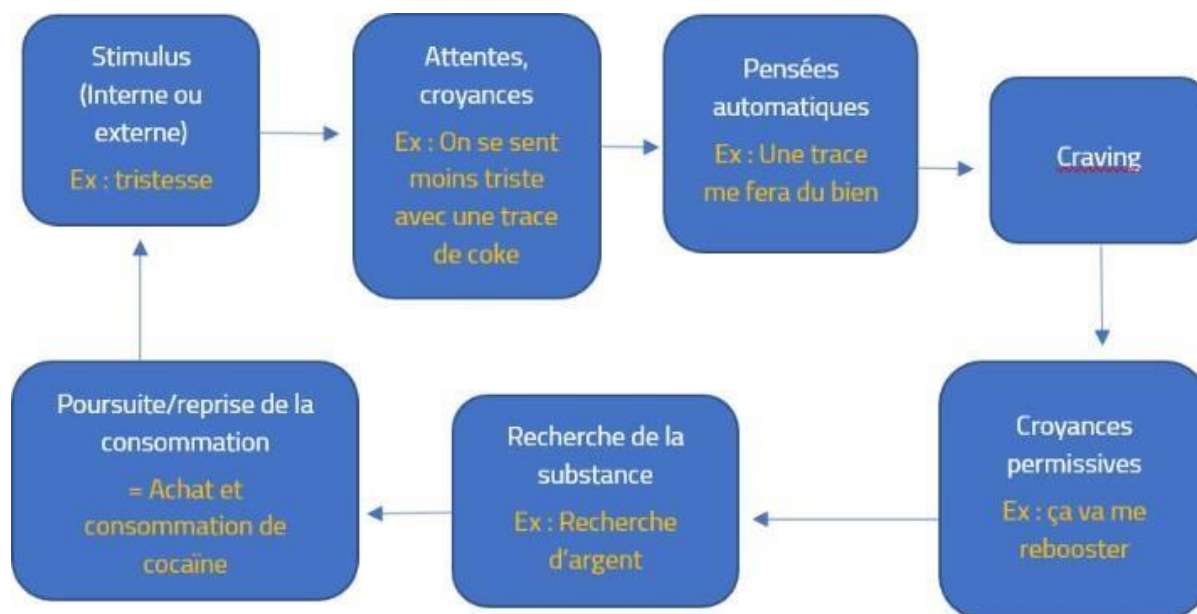


Figure 13 : Modèle cognitif de Beck (1993). (Cyr L., 2022, p.42)

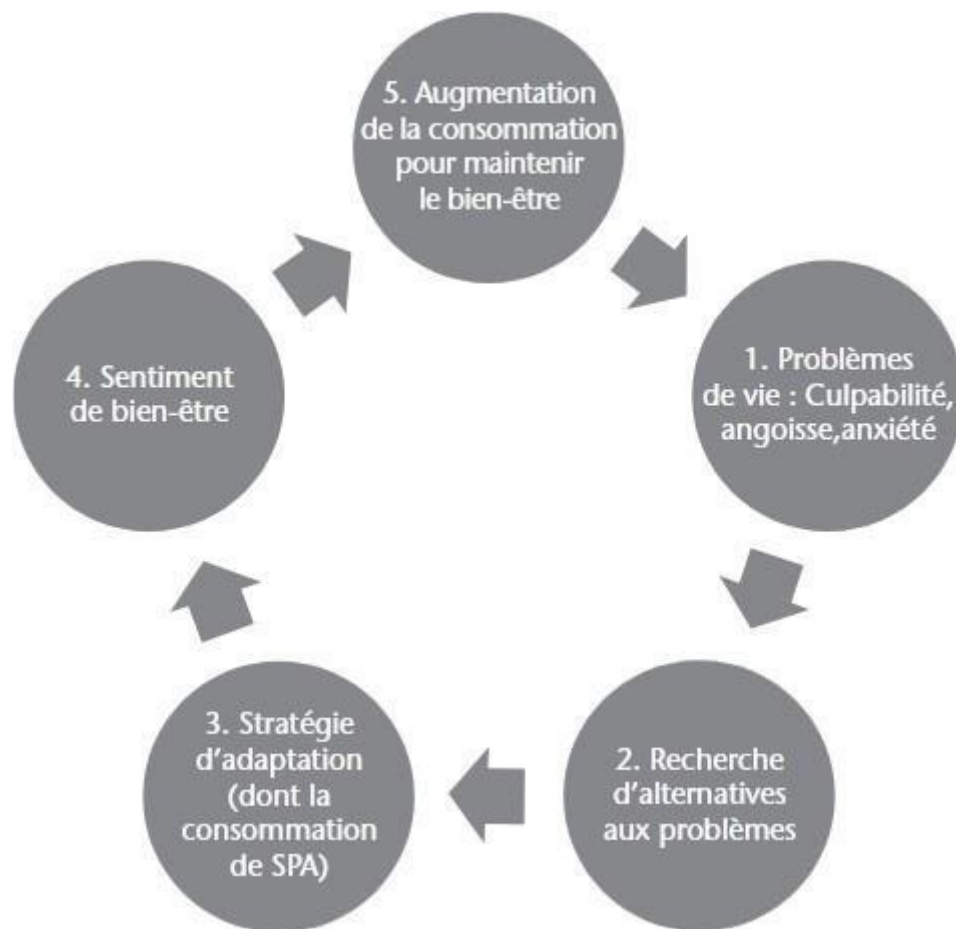


Figure 14 : Le cycle de l'assuétude de Peele. (Didier A., 2016, p. 70)

Résumé

Ce travail de recherche se concentre sur la fonction subjective de l'usage du cannabis chez les toxicomanes en cure de désintoxication. L'objectif de cette recherche est d'identifier les fonctions qu'occupe le cannabis chez ces patients qui sont en période de sevrage au niveau de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie (EHS) de Oued Ghir, Bejaia.

Afin de vérifier notre hypothèse stipulant que Les fonctions subjectives de l'usage du cannabis les plus adoptées chez les toxicomanes en début de cure de désintoxication sont le renforcement et le social, nous avons eu recours à la méthode clinique. Nous nous sommes appuyés sur un guide d'entretien semi-directif ainsi que sur le questionnaire Marijuana Motives Measure (MMM) développé par Simons et al, 1998. Ces outils nous ont permis de repérer les fonctions subjectives de la consommation.

Les résultats obtenus à l'aide de ces outils ont mis en évidence que les sujets de notre groupe de recherche consomment pour des fins hédoniques et sociales, ce qui nous a permis de confirmer notre hypothèse, et que les fonctions les plus adoptées sont le renforcement et la fonction sociale.

Mots clés : Toxicomanie ; Fonctions subjectives ; Cannabis ; Cure de désintoxication ; Renforcement ; Fonction sociale.

Abstract

This research focuses on the subjective functions of cannabis use among drug addicts undergoing detoxification. The aim of this research is to find out what function cannabis plays in patients undergoing withdrawal at the Oued Ghir Specialized Psychiatric Hospital (EHS) in Béjaia.

In order to verify our hypothesis, "The subjective functions of cannabis use among drug addicts at the start of detoxification treatment are reinforcement and social", we used the clinical method. We used a semi-structured interview guide and the Marijuana Motives Measure (MMM) questionnaire developed by Simons et al, 1998. These tools enabled us to identify the subjective functions of consumption.

The results obtained using these tools highlighted that the subjects in our research group use for hedonic and social purposes, which enabled us to confirm our hypothesis, and that the functions most adopted are the reinforcement and social functions.

Key words: Addiction; Subjective functions; Cannabis; Detoxification; Reinforcement; Social function.

ملخص

يركز هذا البحث على الوظائف الذاتية لتعاطي القنب بين مدمني المخدرات الذين يخضعون لعملية التخلص الإدمان. والهدف من هذا البحث هو معرفة الو. يلعبها القنب لدى المرضى الذين يخضعون لعملية التخلص من الإدمان في مستشفى واد غير المتخصص للطب النفسي في بجاية من أجل التحقق من فرضيتنا

الوظائف الذاتية لتعاطي القنب بين مدمني المخدرات في بداية العلاج من الإدمان على المخدرات الأكثر اعتمادًا هي التعزيز والوظائف الاجتماعية"، استخدمنا الطريقة العيادية. بالاستناد على دليل المقابلة نصف الموجهة واستبيان مقياس دوافع الماريجوانا (MMM) الذي طوره Simons وآخرون، 1998. وقد مكنتنا هذه

الأدوات من تحديد الوظائف الذاتية للاستهلاك. وقد أبرزت النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام هذه الأدوات أن الأشخاص في مجموعتنا البحثية يتعاطون لأغراض التمتع والأغراض الاجتماعية، مما مكنتنا من تأكيد فرضيتنا، وأن الوظائف الأكثر اعتمادًا هي وظائف التعزيز والوظائف الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: الإدمان، الوظائف الذاتية، القنب، التخلص من الإدمان، التعزيز، الوظيفة الاجتماعية