

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Option : Psychologie Clinique

THÈME

**La dépression chez les personnes adultes
dépendants au
Cannabis**

**Etude de cinq cas au sein de l'hôpital
psychiatrique Oued Ghir .**

Réalisé par :

-HAMAMOUCHE Nedjma
- FERHAT Celia

Encadré par :

Dr. MEBAREK BOUCHAALA FATEH

Année universitaire : 2023/ 2024

Remerciements

Tout d'abord, nous exprimons notre gratitude envers Dieu, qui nous a donné la force, le courage et les moyens nécessaires pour accomplir ce travail.

Nous souhaitons remercier monsieur Mebarek Fatah pour avoir accepté de nous encadrer. Sa disponibilité, sa bienveillance, ses précieux conseils et son soutien ont été d'une grande aide pour la réalisation de ce modeste travail.

Nous adressons également nos remerciements aux membres du jury, qui nous font l'honneur d'évaluer ce travail et de partager leurs avis éclairés.

Nos remerciements vont également à l'ensemble du personnel de l'hôpital psychiatrique Oued Ghir. Leur accueil chaleureux et les facilités qu'ils nous ont accordées lors de notre stage pratique ont été essentiels à la réalisation de cette recherche.

Un grand merci à tous nos sujets de recherche, qui ont consacré leur temps à la réalisation de ce travail et ont fait preuve de bonne volonté. Sans eux, notre travail n'aurait pas pu être effectué.

Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude envers nos familles, qui nous ont soutenus, ainsi qu'à tous ceux qui se sont intéressés de près ou de loin à ce mémoire.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

*A Mes très chers parents qui m'ont aidé énormément durant tout
Le cursus scolaire, et qui m'ont vraiment soutenu et aidé et surtout ils m'ont
Accordé la chance d'être ce que je suis maintenant. Par leurs dévouements,
Et leurs sacrifices.*

A mes frères : Idir, Ramy

A mes sœurs : Fouzia, fahima, chaima

A mes cousins et cousines

A mon petit copain

A toutes mes amis.

Nedjma

Dédicace

A mes chers parents et à mes amis

*Je dédie ce travail avec une profonde gratitude pour votre soutien indéfectible,
vos encouragements constants et votre amour inconditionnel.*

Votre présence et votre soutien ont été ma force tout au long de ce parcours.

Chaque succès que j'ai atteint est aussi le vôtre.

Merci d'avoir été mes piliers, mes inspirations et mes raisons de persévérer.

Cette réussite est aussi la vôtre.

Cilia

Sommaire

Sommaire

Introduction générale.....	1
Chapitre I : Cadre Générale De La Recherche.....	4
2. La Problématique :.....	4
3. Les objectifs de notre recherche et raison de choix du thème	8
Chapitre II : La Dépression	10
1- L’histoire de la Dépression	10
2- Définition de la dépression en général :.....	11
3- Épidémiologie	12
4. Les symptômes de la dépression	12
5. Les types de la dépression	14
Chapitre III : Addiction Et Cannabis.....	22
II. Addiction	22
1.Définition de l’addiction	22
2.Addiction et dépendance	23
III. Cannabis	33
1-Histoire du cannabis.....	33
2-La définition du cannabis.....	33
3-Donnée Epidémiologie.....	34
Chapitre IV : Méthodologie De La Recherche.....	42
1- la présentation de lieu de stage	42
2-Déroulement du stage	43
3-La méthode de la recherche	44
Chapitre V : Présentation et analyse des résultats et discussion de l’hypothèse.....	54
Introduction	54
I-Présentation et analyse des résultats	54
II. Discussion des hypothèses.....	86
Conclusion générale	90
Bibliographie	
Annexes	

Liste des abréviations :

CIM : Classification international des maladies.

DSM : Diagnostic manuel.

L'OMS : L'organisation Mondiale de la Santé.

SPA : substance psycho active.

ONLDT : Office national de lutte contre la drogue.

THC : Tétrahydro-cannabinol.

OFDT : Observations français des drogues et des tendances addictives.

CAST : Cannabis abuse screening test.

INSERM : Institut national de la santé et de recherche médicale.

TCC : Thérapie cognitive comportementale.

BDI : Inventaire de dépression de Beck.

La liste des tableaux :

N° du tableau	Titre	Page
N°1	tableau population d'étude	47
N°2	Questionnaire Cannabis Abuse Screening Test	51
N°3	Présentation des résultats de l'échelle de Beck (Mr Hicham)	57
N°4	Présentation des résultats de l'échelle de CAST (Mr Hicham)	59
N°5	Présentation des résultats de l'échelle de Beck (Mr Lyes)	64
N°6	Présentation des résultats de l'échelle de CAST (Mr Lyes)	67
N°7	Présentation des résultats de l'échelle de Beck (Mr Mohand)	70
N°8	Présentation des résultats de l'échelle de Cast (Mr Mohand)	73
N°9	Présentation des résultats de l'échèle de beck (Mr Ali)	76
N°10	Présentation de l'échelle de CAST (Mr Ali)	79
N°11	Présentation des résultats de l'échèle de Beck(Mr Adam)	82
N°12	Présentation de l'échelle de CAST(Mr Adam)	84
N°13	Les résultats des deux échelles	87

Introduction générale

Introduction générale

Introduction générale

La consommation du cannabis reste un phénomène très répandu dans le monde. Son interdiction n'a pas empêché qu'il ne soit consommé, En effet beaucoup de pays aujourd'hui n'ont pas hésité à légalisé le cannabis pour avoir un meilleur contrôle dans la consommation. C'est pourquoi plusieurs pays ont opté pour sa légalisation de manière à rationaliser sa consommation, en l'occurrence l'Uruguay, le Canada, l'Afrique du Sud, et les Pays-Bas où le cannabis est totalement légal. Pour La Nouvelle Zélande, l'Australie, le Chili, les Etats-Unis, le Mexique, la Thaïlande, l'Italie, l'Allemagne et la République Tchèque, le Cannabis médicinal est légal, mais pas son usage récréatif. Enfin, le Royaume Unis, Luxembourg et le Danemark sont de ceux qui ne permettent pas sa vente, mais seulement ses dérivés.

Le simple usage et l'usage problématique de drogues licites et illicites concernent l'ensemble de la population. Globalement, chaque individu est exposé à un ensemble de facteurs de risque et de protection, endogènes (génétique, personnalité, santé mentale, etc.) et exogènes (environnement familial et social, événements de vie, disponibilité des drogues, etc.).

L'addiction au cannabis se manifeste par une consommation compulsive et incontrôlée, malgré des conséquences négatives sur la santé, la vie sociale et les responsabilités personnelles. Les symptômes incluent une utilisation excessive, des tentatives infructueuses de réduire l'usage, du temps consacré à l'obtention et à l'usage de la substance, des envies intenses, et des problèmes dans la vie quotidienne. Les effets de cette addiction peuvent être physiques (troubles respiratoires, problèmes de mémoire), psychologiques (anxiété, dépression) et sociaux (isolement, conflits relationnels). Les facteurs de risque comprennent un début de consommation à un jeune âge, des antécédents familiaux de dépendance et des troubles mentaux concomitants

Ces facteurs agissent directement et indirectement sur les risques individuels liés à l'usage de drogue, c'est-à-dire sur l'exposition à un produit, l'initiation (précoce) à l'usage, le développement d'un usage problématique ou d'une dépendance.

La maladie dépressive est une maladie déroutante, souvent mal connue par le large public et le malade lui-même. Elle peut survenir à tout âge, du nourrisson au vieillard. C'est une maladie aux visages multiples. Elle est considérée parmi les pathologies les plus fréquentes en consultations de médecine générale. Elle représente d'un point de vue épidémiologique, la première cause de mortalité par suicide au monde.

Le malade dépressif n'est pas un stimulateur. C'est plutôt un être en souffrance mais, bien traité peut retrouver sa joie de vivre. **(Laouadj, 2022)**

Introduction générale

C'est pourquoi, la consommation du cannabis chez les adultes est un sujet important et vital à explorer. Car comme nous l'avons déjà souligné, la dépression comme conséquence de la consommation du cannabis peut pousser Certaines personnes à faire d'elle un moyen d'automédication pour soulager leurs symptômes dépressifs, cependant la consommation de cannabis peut également aggraver la dépression chez certains individus, créant un cercle potentielle sensible.

Il est crucial de comprendre les effets du cannabis sur la santé mentale, cette dernière peut altérer la chimie cérébrale, affectant les neurotransmetteurs responsables de la régulation de l'humeur, ce qui peut influencer négativement les symptômes dépressifs.

De plus, la dépendance au cannabis peut aggraver la dépression en créant un cercle vicieux où la consommation du cannabis devient un moyen de faire face à la dépression, mais qui finit par empirer la situation.

En Algérie, le cannabis reste l'une des drogues les plus consommées. Ses conséquences sur la société et ses effets sur l'individu reste très variables, car les substances de ce dernier peuvent à la fois provoquer des psychoses sur l'individu, comme aussi, il peut impacter sa santé physique.

La consommation de drogue fait des ravages au sein de la société algérienne, la directrice de la prévention au niveau de l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie (ONLCDT)2023, Gania Mokdache, a dressé en effet un constat glaçant sur la consommation des stupéfiants dans le pays. Le cannabis reste le plus consommé en Algérie, comme ailleurs dans le monde, et les jeunes sont les plus touchés par la consommation en tout genre en Algérie.

Il est aussi important de prendre en considération la proximité de l'Algérie avec le pays voisin, le Maroc, un des plus grands producteurs de cannabis, et une zone de transit par excellence de cette drogue. (Mokdache, 2023) En vue d'explorer ce vaste champ, nous avons porté une étude sur le thème « la dépression chez les adultes dépendant au cannabis ».

Pour atteindre notre objectif d'étude, nous avons opté pour un plan de travail qui comporte cinq (5) chapitres.

Le premier chapitre touche le cadre général de la problématique qui contient : la problématique, l'hypothèse, les objectifs de la recherche, les raisons de choix de thème, les concepts opérationnels.

Le deuxième chapitre est consacré pour la dépression qui regroupe : les définitions, histoire de la dépression, Épidémiologie, les symptômes globaux, les symptômes spécifiques, les types, les causes, les facteurs de risque, le traitement et le critère diagnostique.

Introduction générale

Le troisième chapitre est consacré à l'addiction et le cannabis comporte deux sections : la première section intitulée la dépendance qui regroupe, la définition de l'addiction et l'histoire de la dépendance, les facteurs et les conséquences, les stades de développement, les classifications de la dépendance selon l'OMS et la CIM-10, les critères diagnostics et les principales approches psychologiques. La deuxième section intitulée le cannabis qui regroupe l'histoire et la définition, l'Epidémiologie, les formes du cannabis, le risque d'usage, les effets, les facteurs biologique et la prise en charge.

Le quatrième chapitre explique la méthodologie de recherche, la présentation de lieu de stage, le déroulement de stage, les observations, la pré-enquête, la méthode clinique, étude de cas, la population d'étude et les caractéristiques de recherche, les techniques, les outils de recherche et la méthode d'analyse dans la présentation des cas.

Le cinquième chapitre comporte la présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses qui contient la présentation et l'analyse des entretiens de l'échelle de Beck et de CAST et la discussion des hypothèses.

Enfin nous terminerons par une conclusion qui parachèvera notre étude.

Chapitre I

Cadre générale de la recherche

Chapitre I : Cadre Générale De La Recherche

1. Préambule :

Dans ce chapitre on a abordé la problématique, objectif et les raisons de choix de thème, les concepts clé ainsi l'opérationnalisation des concepts.

2. La Problématique :

Au fil des siècles précédents, le monde a fait face à de nombreuses maladies et épidémies qui ont bouleversé la vie et la stabilité de l'homme, comme la grippe espagnole, le choléra, la peste et le fameux corona virus (considéré comme l'épidémie la plus récente au monde), en revanche, il y'a eu l'apparition de plusieurs et divers troubles mentaux et psychologiques, mais ces troubles n'ont pas reçu assez d'attention comme les maladies organiques. **(G.R.E.A, 2022).**

Les anciennes civilisations, comme la civilisation Grecque, romaine et pharaonique ont expliqué ces troubles comme des entités métaphysiques, de pouvoirs surnaturels de sourcelleries ou pouvoirs maléfiques.

Actuellement, le monde commence à s'intéresser aux troubles mentaux et psychologiques, ainsi des pistes explicatives novatrices sur l'étiologie de ces pathologies et des protocoles thérapeutiques pertinents pour leurs prises en charge ont vu le jour, parmi ces troubles « la dépression » qui défrayent la chronique aujourd'hui et qui fait l'objet de notre travail de mémoire **(Boudarene, 2010).**

Ces troubles de la dépression sont considérées comme étant le « mal du siècle ». Elles altèrent le fonctionnement de la personne dans sa vie de tous les jours, touchant le corps, les pensées et l'humeur. Elles sont la source d'une grande souffrance pour la personne atteinte, l'entourage et pour la société en général. Nul n'y échappe, elles s'imposent partout, dans les secteurs professionnels, dans les écoles, au sein des familles, de ce fait, elle touche l'ensemble des catégories sociales ; des femmes, les hommes, les adolescents de différentes catégories d'âge. Cette pathologie est la conséquence de plusieurs facteurs, entre autres, les abus de drogues et d'alcool, les événements de vie difficiles et persistants, les troubles de la personnalité sous-jacente, le chômage, la précarité ...etc.

La dépression est considérée essentiellement comme un trouble de l'humeur. La notion d'humeur est définie par Jean Delay comme disposition affectif a la base qui donne à chacun de nous un état d'ame une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes de plaisir et douleur. **(Besançon. 2005, p4).**

La notion d'états dépressif est extrêmement large, ce que signifie que les signes qui permettent de les reconnaître ou qui les décrivent sont extrêmement divers et d'intensités très variables. Selon la forme de l'état dépressif, on peut rencontrer des symptômes qui ressemblent à la normale, très spectaculaires par ailleurs, du fait de l'amplitude de la classe « états dépressif », il n'est pas nécessaire de présenter tous les signes pour être considéré comme déprimé. **(Pédinielli, 2005, p.09).**

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS)2023, A l'échelle mondiale, environ 350 millions de personnes souffrent de dépression. Aux Etats-Unis, plus de 15 millions de personnes souffraient de dépression. En Afrique près de 30 millions de personnes vivent avec un trouble dépressif, Au Nigeria, plus de 7 millions de personnes souffraient de dépression, En Algérie, ils seraient près de 2 millions à en être victimes, selon l'organisation mondiale de la santé les cas de dépression sont en hausse de 25% dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19.

Les toxicomanies peuvent être considérées comme des addictions, des comportements visant à obtenir du plaisir pour masquer un malaise propre à l'individu. Ce comportement se caractérise principalement par son impulsivité, une tension accrue avant sa réalisation et un sentiment de perte de contrôle qui l'accompagne. Au fil du temps, les activités sociales, professionnelles ou personnelles sont souvent sacrifiées au profit de la satisfaction de l'addiction **(Haddad,2008, p.30).**

La Toxicomanie est un terme désignant la dépendance physique et /ou psychologique à une ou plusieurs substances chimiques exogènes, généralement toxiques (analgésiques, stimulants et autres psychotropes), qui agissent sur le cerveau humain en modifiant ses comportements et sensations ; augmentent l'endurance et la créativité, combattent la fatigue, engendrent une sensation d'euphorie, et un amaigrissement et causé aussi de la dépression. C'est la qualité d'une substance qui peut empoisonner un organisme vivant. Par ailleurs, tout produit possède une dose à partir de laquelle il atteint un niveau de danger inacceptable **(Bergeret, 1995)**

Ainsi l'OMS recommande depuis 1960 l'utilisation du terme dépendance, plus précis et moins stigmatisant.

La dépendance est considérée comme étant la recherche d'un plaisir, d'une satisfaction ou d'une réduction des tensions, par l'usage répété puis contraignant d'une substance naturelle ou synthétique, toxique pour le système nerveux central **(Yves et Guy,1972).**

Selon l'Atlas OMS sur la toxicomanie 3,5% à 5,7% de personnes consommaient des drogues illicites dans le monde et l'on estime que 10% à 15% d'entre eux deviennent dépendants ou en font un usage nocif.

L'Algérie, qui il y a quelques années encore, était un pays de transit pour les produits psychoactifs devient aujourd'hui, progressivement consommateur de ces produits-là, ainsi et selon l'office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 8 658 personnes ont été pris en charge dans les centres intermédiaires de soins en addictologie et des centres de désintoxication au cours du premier trimestre 2023. **(ONLCDT, 2023).**

Les facteurs de risques de la toxicomanie sont multiples, on peut citer : la pauvreté, avoir subi de la violence psychologique, physique et sexuelle, les conflits au sein de la famille, avoir des amis qui prennent des produits psychoactifs, divorce. **(Le poulichet, 1987)**

Le cannabis reste la drogue la plus consommée dans le monde, elle perturbe le fonctionnement du cerveau grâce à ces composants actifs tels que le tétrahydrocannabinol (THC), qui est associé aux effets psychoactifs du cannabis et le cannabidiol (CBD), qui a des propriétés anxiolytiques et antipsychotiques. Le marché du cannabis au niveau mondial est estimé à quelques 166 millions d'usagers, près de 4% de la population âgée de 15 à 64 ans consomme du cannabis sur la planète **(UNODC, 2008).**

Cette prévalence de l'usage du cannabis connaît une grande variabilité géographique, il y aurait quelque 51 millions d'usagers de cannabis en Asie, 42 millions EN Afrique, 41 millions en Amérique et 29 millions en Europe **(UNODC, 2008).**

L'Afrique enregistre la plus forte augmentation mondiale de la consommation du cannabis entre 2010 et 2017, selon l'international futurs (IF), la consommation du cannabis en Afrique subsaharienne était d'environ 1,6%, concernant l'Afrique de l'ouest, elle a connu la plus forte hausse (plus d'un tiers) de la proportion de sa population consommant du cannabis en 2018, **(l'international future 2018).**

Pour revenir au cas Algérien, La consommation de substances psychoactives est en hausse, ainsi et selon l'office nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 22 387,568 affaires liées à la consommation du cannabis étaient traitées par les services de lutte durant le premier semestre de l'année 2023, **(ONLCDT, 2023).**

Le directeur de l'office « Abdelmalek Sayed » a précisé que 95% des consommateurs sont de sexe masculin et 5% sont de sexe féminin. En effet les hommes sont largement plus concernés par les usages régulier et problématique du cannabis pour de multiples raisons dont voici quelques-unes :

1. Les hommes ont des conduites à risques beaucoup plus importantes, très liées aux attentes sociales vis-à-vis de la masculinité : l'idée de « tenir » les produits et de dépasser leurs limites. La culture du risque est beaucoup moins développée chez les femmes, donc même si elles expérimentent, elles vont plus facilement arrêter.

2. Dans l'imaginaire social, les drogues sont associées à des représentations d'ordre viril : la puissance, l'affirmation de soi, la performance... Cela va avoir un impact sur les comportements d'usage.

3. La morale : l'usage du cannabis est plus toléré chez les hommes que les femmes pour des considérations d'ordre moral, la femme tient à l'honneur de la structure familiale par sa bonne conduite.

4. Les femmes optent généralement pour la consommation du tabac au lieu du cannabis.

5. Il y'a aussi les difficultés qui se posent aux femmes pour l'acquisition du cannabis (la clandestinité du marché de la vente du cannabis, manque de moyens financiers...)

La relation entre la consommation du cannabis et la dépression chez les adultes est complexe et varie d'une personne à l'autre. Il est important de noter que le cannabis peut affecter les individus différemment en fonction de divers facteurs tels que la fréquence de la consommation, la dose, la prédisposition génétique, l'environnement et la santé mentale préexistante. La consommation chronique du cannabis peut être associée à un risque accru de troubles dépressifs chez l'individu. **(Etienne et All, 2010)**

Il existe des preuves suggérant que le cannabis peut avoir des effets négatifs sur la santé mentale certaines personnes ressentent un malaise profond et une exacerbation des symptômes dépressifs.

A la fin de cette revue de littérature sur le phénomène nous voulons poser la question
Suivantes :

Questions :

L'addiction au cannabis chez les personnes adultes atteints d'addiction à cette substance, contribue-t-elle à augmenter le degré de la dépression chez eux ?

-Hypothèse :

L'addiction au substance psychoactives telles que le cannabis est associé à un haut degré de dépression chez les personnes adultes

3. Les objectifs de notre recherche et raison de choix du thème

3.1 Les objectifs de notre recherche :

La démarche scientifique consiste à préciser l'objectif et à avoir un but et savoir ce que l'on veut atteindre.

Pour cela nos objectifs dans cette recherche sont les suivants :

Tout d'abord c'est de mettre en pratique les connaissances acquises durant notre cursus universitaire dans notre spécialité.

Ensuite c'est de mieux comprendre la prévalence de la dépression chez les adultes consommateur du cannabis, d'explorer les facteurs de risque et d'identifier les meilleures approches de traitement pour les personnes souffrant de la dépression et de l'addiction.

Apporter un enrichissement à la recherche académique en produisant des connaissances valables et nouvelles sur notre thème qui est intéressant.

Enfin, contribuer à une prise en charge de ces problèmes de santé mentale et à l'amélioration du bien-être des personnes concernées.

3.2 La justification de choix de thème

- Voir la relation entre la dépression et l'addiction au cannabis.
- Les effets du cannabis sur la santé mentale, et sa consommation chaotique nuit à la santé de la personne dépendant ainsi elle peut complètement détruire sa vie.
- Le pourcentage élevé des personnes dépressives grâce au cannabis, c'est un phénomène qui
- Voir les affections vécues par les personnes dépendant au cannabis.
- C'est un phénomène qui touche et endeuille le monde entier.

4-Opérationnalisations des concepts clé

4-1- La dépression

A. Définition opérationnelle :

La dépression est caractérisée par :

- une perte d'intérêt ou plaisir dans les activités
- un repli sur soi
- une fatigue excessive
- Troubles d'appétit et de sommeil
- Sentiment d'inutilité et une auto-dévalorisation.

-des difficultés de concentration ou d'inutilité

-par fois présence des pensées suicidaire, c'est une condition sérieuse qui peut affecter tous les aspects de la vie d'une personne.

4-2-Addiction

C'est une envie irrésistible de la reproduction d'un comportement tel que la consommation de drogue, cet attachement involontaire se caractérise par un déséquilibre cognitif et Émotionnel.

4-3-Cannabis

1-Le cannabis est l'une des plantes les plus anciennement connues et cultivées.

2-Sa propagation est quasi-mondiale. Il existe plusieurs préparations : l'herbe, la résine ou l'huile, toutes dérivés d'une même plante : le cannabis.

A court terme, la consommation d'alcool, du cannabis... ne cause pas énormément de problèmes mais à moyen et à long terme, l'usages expose plusieurs dangers et le risque de dépendance est réel.

Partie théorique

Chapitre II : La dépression

Chapitre II : La Dépression**I. Préambule**

Les troubles dépressifs font partie des maladies les plus graves et les plus significatives dans le monde. Ils touchent, sous leurs différentes formes, jusqu'à 20% de la population et affectent la pensée, les émotions, le corps et les relations sociales d'une personne, autrement dit tous les aspects de sa vie. Malgré sa signification, la dépression n'est souvent ni dépistée ni traitée de façon appropriée, entraînant ainsi une grande souffrance et une baisse considérable de la qualité de vie des malades et de leurs proches. Ces dernières années, il est apparu clairement que la dépression est une maladie chronique due au stress, d'où l'expression « dépression due au stress ou « dépression anxieuse ». La dépression est aussi un facteur de risque pour d'autres maladies graves telles que la crise cardiaque, l'accident vasculaire cérébral, l'ostéoporose, la démence ou le diabète. Non traitée, elle peut raccourcir l'espérance de vie.

1- L'histoire de la Dépression

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : la mélancolie, la dépression, la manie, terme ayant connu un sort plus chaotique.

La naissance de la notion de « dépression » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50ap.JC): la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer.

Au IV^e siècle, saint Jean Chrysostome parle de la « *tristitia* » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. A la même époque, Evagre le Pontique évoque le désintéret, qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût et l'anxiété du cœur.

Rien de spécifique jusqu'au XVII^e siècle la dépression se perd dans la mélancolie l'hypocondrie, (les troubles nerveux). Mais en 1678 Bâle, Johannes Hofer publie sa Dissertation de nostalgie pour décrire un état d'anxiété, d'insomnies, de désespoir, la nostalgie c'est le mal du pays, forme atténuée de souffrance dépressive ! En 1733, George Cheyne invente le spleen (rate atrabilaire et morosité de l'humeur).

Il existe donc à l'âge classique des formes de dépression, distinctes de la mélancolie. Au XIX^e siècle. Esquirol (1818) reprend, dans son texte de suicide, le spleen et la nostalgie sans considérer comme causes suffisantes. J.P.

Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse », et bien d'autre. **(Pedinielli. Et al, 2005. p9. p14)**

En 1934, la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle », chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée ; tout en maintenant qu'il n'existe pas de frontière nette entre la dépression psychotique et la dépression névrotique, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objectifs la classe « dépression névrotique » est de plus en plus utilisée, puis celle de « dépression limite », avant de faire l'objet de vives controverses dans les années (80). **(Pedinielli, 2005, p.14, p.15)**

Le terme de dépression est relativement récent (Delasiauve, 1856). On parlait auparavant, depuis Hippocrate, de mélancolie. Celle-ci était considérée comme une affection de la bile noire, en référence à la théorie des humeurs qui a prévalu durant toute la médecine prémoderne.

La mélancolie est donc longtemps restée considérée comme une maladie essentiellement somatique. Depuis Freud (1915), elle a été l'objet de nombreux travaux psychopathologiques. Cependant, le terme de mélancolie n'est plus guère utilisé dans le langage médical. Il a été remplacé par celui de dépression, qui connaît par ailleurs depuis quelques décennies un succès considérable auprès du grand public. **(Besançon, 2005, p.48).**

2- Définition de la dépression en général :

La dépression est un phénomène relativement fréquent, sa définition n'est pas facile, même les spécialistes ne sont pas d'accord sur sa nature. C'est-à-dire s'il s'agit d'un phénomène biologique ou psychologique. Selon le grand dictionnaire de la psychologie la dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante de parfois l'entraîne à des ruminations délirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. **(Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p.25).**

La dépression est un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, découragé, le sujet Déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il plus aucune initiative. Il souffre

de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui résulte augmente encore sa mélancolie. (Sillamy, 2003, p.79).

La définition psychopathologique de la dépression diffère au sens où elle tient compte. En plus des symptômes, du polymorphisme des troubles dépressifs. Les cliniciens portent un regard et un intérêt sur les conditions de vie du sujet dépressifs via la mise en relation des formes clinique de la dépression et leur étiologie. (Pedielli Et al, 2005, p.77).

3- Épidémiologie

La dépression constitue un enjeu majeur de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression représente 4,3 % des DALYs totales (une DALY - disability-adjusted life year- correspond une année de vie en bonne santé perdue), occupant ainsi la troisième place au niveau mondial derrière les infections respiratoires basses et les diarrhées aiguës, mais la première place dans les pays à PIB élevé (8,2 % des DALYS)

Le trouble dépressif majeur est en effet associé à un handicap significatif, de fréquentes comorbidités psychiatriques et somatiques, ainsi qu'à une surmortalité prématurée.

L'analyse des données épidémiologiques issues des études consacrées à la dépression permettent, d'une part, d'évaluer les besoins sanitaires et ainsi d'adapter l'offre de soins et participe d'autre part à l'identification des facteurs de vulnérabilité impliqués (Peretti, 2003, p.1)

4. Les symptômes de la dépression

4.1. Les symptômes spécifiques

- L'humeur dépressive.
- Tristesse pathologique.
- Vécu pessimiste accompagné des sentiments d'insatisfaction, d'auto- dépréciation et de culpabilité pouvant aller jusqu'à des manifestations délirantes.
- Le sentiment d'ennui.
- L'anesthésie affective qui est la perte des émotions.
- L'incapacité à trouver du plaisir.
- La perte des intérêts antérieurs.
- La vision négative du soi.
- La vision négative du monde extérieur qui veut dire le sentiment d'être incompris.

- La vision négative du futur ou la perte d'espoir.
- L'anxiété qui est un sentiment pénible d'attente d'un danger imminent et imprécis.
- La perte de l'élan vital : (le ralentissement dépressif).
- Le ralentissement de la démarche ou l'impossibilité de marcher seule.
- Le ralentissement des mouvements ou l'impossibilité de se déplacer.
- Le ralentissement de la mimique (l'absence du sourire par exemple).
- Le ralentissement du débit verbal ou la diminution de la conversation.
- Le ralentissement de la modulation de la voix.
- Le ralentissement des réponses.
- Le ralentissement psychique, dont les opérations de la vie normale freinées.

(Pedrinielli et BERNOUSSI, 2005, p. 22-27)

4.2. Les symptômes non spécifiques (les symptômes physiques)

4.2.1 Le syndrome somatique

Les plaintes somatiques sont fréquentes chez les déprimés, constituant parfois le seul motif de consultation. La plupart des plaintes douloureuses (céphalées, lombalgies, myalgies...) sont deux à trois fois plus fréquentes chez les patients présentant une dépression. Ces symptômes peuvent être reliés ou aggravés par la dépression.

Les principaux signes somatiques de dépression sont :

- **L'asthénie** : symptômes le plus fréquent et souvent le plus précoce. Sa prédominance matinale et son amélioration vespérale sont des signes fortement évocateurs d'un trouble de l'humeur sous-jacent.

- **Des troubles de l'appétit** : Une anorexie involontaire est très fréquente avec dégoût pour les aliments, sensation d'oppression dans la gorge.

- **Des troubles de sommeil variables** : Sentiment d'un sommeil de mauvaise qualité et non réparateur en dépit d'un temps de sommeil habituel. Insomnie d'endormissement accompagnée d'une tension psychologique avec ruminations anxieuses et tension neuromusculaire rendant le repos impossible.

- Insomnie de milieu de la nuit avec sommeil entrecoupé de réveils multiples.

- Insomnie de fin de nuit, éveil en avance sur les réveils habituels du sujet : elle est très évocatrice d'un trouble dépressif. Ce réveil est classiquement douloureux et a haut risque de passage à l'acte suicidaire.

- Insomnie mixte, associant retard à l'endormissement, réveils nocturnes et en avance matinales, conduisant à un rapide épuisement.

- Hypersomnie dans 10% des cas : le patient trouve refuge dans un sommeil qui a perdu sa valeur réparatrice d'où la sensation de fatigue des réveils. Cette hypersomnie peut s'accompagner d'une somnolence diurne.

- **Des troubles de la libido** : la baisse de la libido, impuissance ou frigidité.
- **Des troubles digestifs** : inconfort, ballonnement abdominal, diarrhée, constipation, gastralgies...ces plaintes digestives sont souvent au premier plan.
- **Des algies diverses** : céphalées, poly algie articulaires, crampes musculaires, troubles cénesthopathiques...
- **Des troubles cardiovasculaires** : palpitations bouffées vasomotrices, hypotension voire bradycardie (dans dépression dominée par le ralentissement). L'intensité des symptômes somatiques peut fluctuer sur le nycthémère. Lorsque les symptômes physiques sont au premier plan on parle alors de dépression masquée. (Charles, 2013, p.132).

5. Les types de la dépression

5.1. La dépression mélancolique

Le terme de mélancolie est utilisé depuis plus d'un siècle pour décrire un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère ayant des caractéristiques quantitatives et qualitative particulière. Du point de vue qualitatif, la mélancolie est remarquable par la gravité du tableau clinique. L'intensité dépressive est reflétée par la douleur morale intense qui transparait sur le visage du patient, perte de la capacité à éprouver du plaisir pouvant aller jusqu'à l'anesthésie affective. Le ralentissement psychomoteur est majeur, allant jusqu'à la catatonie.

Du point du vue quantitatif, la mélancolie se distingue par l'existence d'une symptomatologie plus importante le matin que le soir, des insomnies, des réveils précoces, une perte de poids majeur et rapide, l'existence d'un sentiment de honte, de culpabilité » (Charles, 2013, p.34-p.38).

5.2. La dépression typique, dépression atypique

Les personnes qui présentant une dépression typique, souffrent de trouble de sommeil (insomnie d'endormissement, réveil précoce...), diminution de l'appétit, la matinée la période la plus difficile à affronter de la journée. Et les personnes qui souffrent de symptômes atypiques,

ils ont tendance à manger, et à dormir excessivement, la soirée et la période de la journée la plus difficile à appréhender.

5.3. La dépression saisonnière

Caractérisée par un manque d'énergie, une grande fatigue, une nécessité supplémentaire de sommeil, et une baisse d'activité. Les symptômes de la dépression saisonnière, font leur apparition en Octobre (parfois en Septembre), et disparaissent en générale en Avril et Mai. Le manque de lumière est considéré comme la cause de l'apparition de cette dernière.

5.4. La dépression avec symptômes psychotiques

Entraîne une rupture avec la réalité, et l'apparition d'un délire, caractérisée par un ralentissement psychomoteur majeur, douleur morale, idées délirantes.

5.5 La dépression masquée

Elle manifeste essentiellement par des symptômes attirant l'attention sur un organe bien précis. La personne atteint de ce type de dépression a tendance à exprimer davantage que les autres, sa souffrance morale, au moyenne son corps. **(Palazzolo, 2007, p.32, p.35).**

5.6 La dépression unipolaire

Il s'agit de la grande dépression qui dure généralement de plusieurs mois à plusieurs années et qui nécessite parfois l'hospitalisation, la médication et certainement une forme ou une autre de psychothérapie. La personne perd le goût de vivre et si les suicides sont relativement peu élevés, les idées suicidaires sont nombreuses, tenaces et les chercheurs observent une croissance des tentatives suicidaires ces dernières années.

Les chercheurs ne Doivent pas les prendre à la légère, car la personne passe parfois à l'acte, sans pour autant réussir, mais la personne en ressort le plus souvent très blessée physiquement, psychologiquement et socialement. Même si ce n'est pas la majorité des déprimés qui réussissent à se suicider, lorsqu'une personne agit sous l'influence de ses idées suicidaires, avec succès ou non, c'est toujours une fois de trop **(Renaud, 2002, p.5)**

5.7 La dépression bipolaire

Il y a ici deux types de dépression bipolaire.

A. La dépression bipolaire de type 1 : réfère à une personne qui alterne entre des épisodes dépressifs plus ou moins sévères et des épisodes de vie relativement normale. Entre deux épisodes dépressifs, la personne fonctionne de façon relativement adaptée, mais elle conserve

toujours un fond dépressif. Elle est ainsi facilement portée à se décourager, à démissionner. En ce sens, elle ressemble un peu à la personne dysthymique, mais les périodes dépressives sont plus morbides.

B. La dépression bipolaire de type 2 : décrit ce que l'on connaît maintenant sous le nom de la psychose maniaco-dépressive, c'est-à-dire que la personne traverse une phase dépressive plus ou moins sévère pour passer à une phase maniaque où elle devient enthousiaste, entreprenante, avec des projets de tout refaire, de tout recommencer en neuf et en mieux. La personne est convaincue dans son esprit que cette fois est la bonne, que ses projets vont réussir, que la chance l'accompagne. Elle entraîne parfois d'autres personnes dans son sillage avant de rechuter dans une dépression maligne. L'alternance de l'humeur se fait en quelques mois ou quelques années, mais avec une aggravation à chaque fois. Le lithium est souvent utilisé pour aider la personne à moduler ses humeurs (**Renaud, 2002, p.6**)

5.8 La dysthymie

C'est-à-dire l'absence d'émotion, de sentiment, d'affectivité. La personne semble vivre au neutre comme si toute sa vie affective était à plat, en panne. C'est une personne ennuyante qui suscite généralement beaucoup d'agressivité autour d'elle, en raison de son apathie, de sa passivité et provoque l'abandon, le rejet de la part des gens autour d'elle (**Renaud, 2002, p.5**)

6. Les causes de la dépression

6.1 Les causes biologiques

- La vulnérabilité génétique.
- Les dysfonctionnements neurobiologiques.
- Les pensées négatives qui entraînent un certain déséquilibre dans la chimie du cerveau par l'abaissement de l'humeur. (**PALAZZOLO, 2007, p.24**)

6.2 Les causes psychologiques

Les aspects biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux du fonctionnement humain, sont en constante interaction. Une modification de n'importe lequel de ses aspects a un impact sur les autres. Lorsqu'une personne est dépressive, elle a tendance à voir la réalité de façon plus négative, amplifie les émotions dépressives. Les interprétations négatives de la réalité, et les émotions dépressives influencent le comportement de l'individu, ce qu'en retour a un impact sur les pensées, et les émotions. Par ailleurs, la dépression se développe

habituellement en réaction à un tresseur (événement problématique, situation douloureuse), dont la vulnérabilité diffère selon l'individu.

6.3 Les causes sociales et les événements de vie

Les causes sociales tiennent une place prépondérante. Ainsi, par exemple la perte d'un proche a toujours été considérée comme un événement de vie favorisant les épisodes dépressifs. Les premières études portant sur les facteurs sociaux, en lien avec la dépression ont évalué la fréquence des épisodes dépressifs, suite au décès du conjoint. Les pertes de proches sont plus fréquentes dans la population de déprimés avant leur hospitalisation, mais les études de cohorte ultérieures, et les études contrôlées ont montré que ces différences ne sont pas significatives. L'analyse du rôle des événements de vie s'est alors portée sur les pertes de manière plus générale, qu'elles soient réelles, potentiellement stressantes ou symbolique. **(Palazzolo, 2007, p.24)**

7. les facteurs de risque de la dépression

7.1 Facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchant Des états dépressif sont avant tout les expériences de perte : disparition ou éloignement d'un proche, d'un animal de compagnie, d'un objet, d'un statut (mise à la retraite, licenciement), d'un organe (hystérectomie chez la femme). Mais aussi les situations de conflit, personnel ou professionnels ; les premières semaines de la maternité (post-partum) ; la ménopause ; les maladies organiques ; les effets secondaires de certains médicaments.

7.2 Facteurs prédisposants

Parmi les facteurs prédisposants, il faut souligner l'importance des facteurs génétiques. La fréquence des antécédents dépressifs dans la famille de certains déprimés constitue un fort argument en faveur de l'existence d'un facteur génétique de risque dépressif. Cependant le rôle de ce facteur reste difficile à évaluer avec précision, d'autant plus que l'expression d'un gène peut être influencée par le contexte environnant le patient. Concernant la maladie maniaco-dépressive, on peut ranger parmi les facteurs prédisposant les expériences de perte précoces étudiée par la recherche psychanalytique, (par exemple perte d'un parent en bas âge) : perte d'objet déterminant ultérieurement un certain type de relation à l'autre, et /ou réactivité lors des expériences de vie l'âge adulte. **(Kapsambelis, 2012, p.558).**

7.3 Le suicides

30 à 70% des suicides sont liés à un état dépressif, 60% étant le taux le plus fréquemment cité dans les études. C'est le risque évolutif majeur de la dépression, et il peut intervenir à tout moment de son évolution. L'évaluation du risque suicidaire est donc un temps essentiel dans la prise en charge d'un déprimé. C'est une tâche délicate qui exige certain repère : l'expression d'idées suicidaires est toujours à prendre au sérieux, même s'il n'existe pas de parallélisme exact entre cette expression et la réalité du désir de mort. On oppose ainsi drastiquement le mélancolique cachant un projet suicidaire déterminé aux propos suicidaires de type « appel à l'aide » ou « chantage affectif ».

Les facteurs de risques suicidaires dans les dépressions :

- Sexes masculin (les hommes suicident deux fois plus que les femmes)
- Isolement social et affectif
- Survenue d'une rupture dans les six mois précédant le passage à l'acte
- Intensité de la dépression
- Verbalisation d'idées suicidaire précises, avec scénario de mise en acte
- Antécédents familiaux de suicide - Antécédents personnel de tentatives de suicide.

(Kapsambelis. 2012, p 560)

8. Le point de vue cognitive-comportementale sur la dépression

La thérapie cognitive-comportementale se base sur des théories de l'apprentissage et de l'analyse des processus cognitif, elles sont centrées sur la façon de faire face aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne, et visent à changer des comportements par la prise de conscience et la modification des pensées considérées comme dysfonctionnelles et inadaptées. Les comportements que l'on cherche à éviter sont découpés en séquences sur lesquelles on recherche les meilleures façons d'agir afin de modifier des enchainements qui les précèdent et y conduisent. Elles reposent essentiellement sur l'auto- observation du patient, de ses pensées et de ses comportements, sur la recherche de stratégies d'adaptation à ses réalités. Des outils peuvent éventuellement être utilisés (notation de la fréquence du comportement graphique montrant leur évolution), et la participation active du patient à la résolution des problèmes rencontrés est requise (taches et exercices à effectuer entre les séances). **(Cottraux, 2006, p.58)**

9. Critère Diagnostique de la dépression

9.1 Diagnostique selon le DSM 5

Caractéristique essentielle du trouble disruptif avec Dérégulation émotionnelle est une irritabilité chronique, sévère et persistante.

Cette irritabilité se traduit par deux manifestations cliniques importantes :

Dans la première consiste en des crises de colère fréquentes. Ces crises surviennent de façon typique en réponse à une frustration et peuvent être verbales ou comportementales (ces dernières sous la forme d'agression envers des objets, soi-même ou d'autres personnes). Elles doivent survenir fréquemment (c'est-à-dire, en moyenne trois fois par semaine ou plus) pendant un an ou plus et dans deux situations au moins, comme la maison à l'école, et les crises de colère ne doivent pas correspondre au niveau de développement.

9.2 Diagnostique selon J. PALAZZOLO

Tous les sentiments de peine ne sont pas des dépressions. La dépression se distingue de la tristesse par l'incapacité de la personne à se réjouir et par le fait d'éprouver de grandes difficultés dans la prise d'une décision. Ainsi, par exemple, tôt le matin, le sujet dépressif ne sait pas s'il doit se lever ou rester couché. Il peut donc passer plusieurs heures au lit, réveillé, angoissé, n'arrivant pas à affronter la journée commençante. Cette distinction entre tristesse et dépression peut s'observer lors de la participation à l'enterrement d'un défunt dont le deuil nous touche relativement peu.

Les proches parents, pourtant effondrés autour de la tombe, une heure plus tard au cours du repas de funérailles, arrivent à sourire, voire à rire à l'évocation du défunt ou d'une anecdote de sa vie. Une telle attitude n'est pas envisageable chez un individu dépressif, incapable de ressentir du plaisir ou de la satisfaction, Ses émotions positives sont « engourdies », c'est ce que l'on appelle l'anhédonie. Par ailleurs, alors que les personnes dépressives ne parviennent généralement pas à organiser leurs pensées. Les sujets en deuil arrivent à prendre des décisions rapides et claires très peu de temps après le décès, afin d'organiser l'héritage ou les funérailles par exemple. (Palazzolo, 2007, p.18

10. Le traitement de la dépression

10.1 Le traitement psychologique

-Les thérapies d'inspiration analytique :

Elles reposent sur l'évocation par le souvenir, donc la compréhension des conflits psychiques infantiles par le déprimé, elles visent à un travail de deuil et de détachement, elle nécessite de l'écoute, de l'empathie et une compréhension psycho. Socioculturelle des phénomènes observés. **(Pedieli, 2005, p.120)**

-La thérapie cognitive-comportementale :

Une thérapie très efficace à court terme qui s'intéresse exclusivement au comportement présent du sujet déprimé, un travail de modification des contenus dépressogènes du schéma de représentation des mentale du sujet. Le but à atteindre ici doit se traduire par une prise de conscience des pensées négatives que le sujet a engendrée et ce que dernier y substitut des pensées conformes à sa réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétation plus réaliste et adéquate aux situations vécues et à venir. **(Pedieli, 2005, p. 121)**

10.2 Les traitements médicamenteux

• Les psychotropes :

-La prescription d'un médicament antidépresseur doit reposer sur une évaluation clinique soigneuse afin de distinguer les pathologies dépressives caractérisées, nécessitant un traitement spécifique.

-Les antidépresseurs sont indiqués dans les épisodes dépressifs majeurs, caractérisés par l'acuité et la multiplicité des symptômes, leurs durées et leurs caractères invalidants

-Un traitement antidépresseur ne doit pas être changé pour cause d'inefficacité avant une durée de prescription de deux à trois semaines à posologie dite efficace (sauf en cas d'aggravation)

-Un traitement antidépresseur ne doit pas être interrompu dès la disparition des symptômes dépressifs. Il est démontré que la poursuite du traitement pendant quatre à six mois réduit le risque de rechute.

-Un traitement antidépresseur doit être interrompu progressivement afin de prévenir tout risque de syndrome d'arrêt brutal. Le traitement prophylactique décisif (traitement du long cours sur plusieurs années) est justifié chez des patients qui ont eu au moins deux ou trois épisodes dépressifs.

-Chez le sujet de plus de 70 ans, la posologie initiale recommandée pour la plupart des antidépresseurs est en moyenne de la moitié de celle préconisée chez l'adulte, la posologie devra réévaluer régulièrement au cours du traitement.

-Il existe plusieurs familles d'antidépresseurs, certains agissent plus spécifiquement sur la sérotonine et d'autres à la fois sur la sérotonine et la noradrénaline, et d'autres encore sur de nombreux autres neurotransmetteurs. - Une autre chose aussi importante, c'est qu'il faut s'attendre à tel ou tel effet secondaire. (PALAZZOLO J, 2007, p.46, p.47)

Synthèse

La dépression est l'une des maladies mentales les plus fréquentes dans notre société, suite à des événements assez difficiles à supporter ou à surmonter, cette maladie nécessite une prise en charge psychologique et psychiatrique, pour que la personne atteinte puisse dépasser sa souffrance et retrouver sa vie qu'il a perdue.

Chapitre III : Addiction et Cannabis

Chapitre III : Addiction Et Cannabis

I. Préambule

Les addictions désignent des comportements de consommation des substances psychoactives qui entraînent des conséquences néfastes et compromettent la liberté du sujet.

La consommation régulière du cannabis peut être considéré comme une conduite addictive. Il existe en effet un syndrome de dépendance, documenté dans la littérature scientifique, qui se traduit par une perte de contrôle de la consommation. Le syndrome de sevrage au cannabis est assez bien défini. Les symptômes débutent environ 24 heures après l'arrêt de la consommation, culminent au bout de 72 heures et se résorbent ensuite en sept à dix jours. Les principales manifestations sont une irritabilité, une anxiété, une tension physique importante ainsi qu'une baisse de l'humeur et de l'appétit. La fréquence des prises est un bon facteur prédictif de l'évolution vers une conduite addictive.

II. Addiction

1. Définition de l'addiction

Il existe plusieurs définitions des addictions, nous citons les suivantes :

L'addiction est un processus complexe par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et soulager un malaise intérieur, ce caractérise par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit de conséquence négatives. **(Reynaud, 2005, p.20)**

Les addictions sont employées d'une manière descriptive, désignent donc la répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation recherchée et consommée avec « avidité ». Cette description clinique évocatrice n'est cependant pas suffisante pour délimiter clairement le champ des addictions. Après tout, l'amour, la passion, n'échappent ni à la dépendance ni à l'avidité. Goodman (1990) a formulé une définition opératoire de l'addiction en la décrivant comme un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur. **(Pedieli, 2017, p.16)**

Les caractéristiques de la dépendance au cannabis sont définies par le DSM-V de l'American Psychiatric Association (qui identifie un « trouble de l'usage du cannabis ») et la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elles incluent quatre critères : le craving (désir et besoin compulsif de consommer), la

perte de contrôle de la consommation, le retentissement de l'usage sur la vie personnelle (familiale, professionnelle, sociale) et le temps passé à rechercher et à consommer la substance et à récupérer de ses effets. La dépendance au cannabis est fréquemment associée à d'autres consommations, notamment d'alcool. Elle est aussi souvent associée à des comorbidités psychiatriques (troubles anxieux, de l'humeur et de la personnalité). (Oradovic, 2022)

2. Addiction et dépendance

Le dictionnaire, Larousse psychologie (1999, p17), a défini le terme addiction comme étant une situation de dépendance vécue subjectivement comme aliénante, centrée autour de la répétition d'une expérience, au détriment d'investissement affectifs ou sociaux. La notion d'addiction englobe celles de « dépendance », mais dépasse le cadre de la dépendance à des substances psychoactives, pour s'étendre aux toxicomanes sans drogue et ou addictions comportementales.

2.1. Dépendance elle caractérise par les maux suivants :

- 1-la substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu.
- 2-incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter.
- 3-apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage.
- 4-existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant.
- 5-beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets.
- 6-réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance.
- 7-persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes.

On retrouve dans le DSM-V une définition et des caractéristiques plus précises du terme dépendance. La dépendance au cannabis est donc un usage problématique du cannabis entraînant au moins 2 manifestations, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

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

- 2-Désir persistant, ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation du cannabis.
- 3-Beaucoup de temps passé pour obtenir du cannabis, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
- 4-Craving, ou désir irrésistible de consommer le cannabis
- 5-Difficultés à remplir ses obligations professionnelles, scolaires ou familiales à cause de la consommation répétée de cannabis
- 6-Utilisation du cannabis malgré des problèmes relationnels ou sociaux persistants ou récurrents susceptibles d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis :
- 7-Activités sociales, professionnelles ou de loisir important abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du cannabis
- 8-Consommation répétée dans des situations potentiellement dangereuses, Utilisation du cannabis poursuivie malgré des problèmes psychologiques ou physiques persistants ou récurrents susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance
- 9-Tolérance, définie par l'un des 2 symptômes :
 - a. Besoin de quantités plus fortes du cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet Désiré.
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité du cannabis
- 10-Manifestations de sevrage :
 - a. Syndrome de sevrage spécifique au cannabis
 - b. Le cannabis est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
 - Troubles liés à la consommation du cannabis de sévérité légère : présence de 2 à 3 symptômes
 - Troubles liés à la consommation du cannabis de sévérité moyenne : présence de 4 à 5 symptômes
 - Troubles liés à la consommation du cannabis sévères : présence de 6 symptômes ou plus. (INSERM, 2024)

3. Facteurs de vulnérabilité de l'addiction

L'addiction résulte de l'interaction de 3 types de facteurs : les facteurs liés à l'individu, à l'environnement et à la substance consommés.

3.1 Facteurs individuels

Les principaux facteurs individuels que nous allons retrouver sont :

- L'âge
- Le sexe
- La maturité cérébrale
- La personnalité (recherche de sensation fortes)
- L'humeur
- La fragilité psychique (anxiété, dépression, introversion).

Ce sont des facteurs qui jouent un rôle important sur le risque addictif de la substance. De plus, les individus qui sont à la recherche d'expériences et qui ont des comportements impulsifs ou compulsifs face à l'utilisation de ses drogues ressentent des effets variables et leurs tolérances sont souvent élevées repoussant leurs limites.

3.2 Facteurs environnementaux

L'addiction varie selon le potentiel à causer avec un trouble lié à l'usage de la substance. Nous appelons ce potentiel : susceptibilité à la dépendance.

Cette susceptibilité à la dépendance dépend d'une association de facteurs :

- La manière dont la substance est utilisée
- Niveau de stimulation de la substance sur le système de récompense du cerveau
- La rapidité d'action de la substance
- La capacité de la substance à induire la tolérance et/ou des symptômes de sevrage.

Au fur et à mesure que les individus continuent à utiliser cette substance, elle voit de moins en moins le risque de l'utiliser et peuvent augmenter leur consommation et/ou essayer et/ou associée d'autres substances. De plus, leur perception du risque peut également être influencée par les conséquences sociales et légales de l'usage.

3.3. Facteurs liés aux substances

L'addiction varie selon le potentiel à causer un trouble lié à l'usage de la substance. Nous Appelons ce potentiel : susceptibilité à la dépendance.

Cette susceptibilité à la dépendance dépend d'une association de facteurs

- la manière dont la substance est utilisée

- niveau de stimulation de la substance sur le système de récompense du cerveau
- la rapidité d'action de la substance
- la capacité de la substance à induire la tolérance et/ou des symptômes de sevrage.

Au fur et à mesure que les individus continuent à utiliser cette substance, elle voit de moins en moins le risque de l'utiliser et peuvent augmenter leur consommation et/ou essayer et/ou associée d'autres substances. De plus, leur perception du risque peut également être influencée par les conséquences sociales et légales de l'usage. (Djiroun, 2022).

4. Les conséquences multiple de l'addiction

L'installation d'une addiction engendre de multiples conséquences qui s'installent dans un délai plus ou moins court et dont l'issue peut être sévère, voire tragique.

Les premières conséquences immédiates et spécifiques de l'addiction sont l'euphorie, la perte de contrôle, diminution du stress, désinhibition : elles varient selon la nature de la substance ou de la pratique. Un risque vital immédiat lié à l'usage excessif existe dans certain cas (overdose, coma éthylique). Une étude coordonnée par l'OFDT estime en outre que la conduite après une prise excessive d'alcool multiplie par 8,5 le risque d'être responsable d'un accident mortel. Si le conducteur a également consommé du cannabis, ce risque est multiplié par 15.

Dans un second temps, s'installent les symptômes liés à l'exposition chronique et répétée, associés aux phénomènes de tolérance et de sevrage.

4.1 Les conséquences sur la vie quotidienne

Les secondes conséquences sont d'ordre comportemental : la consommation ou la pratique envahit progressivement la vie quotidienne de la personne dépendante et peut avoir des répercussions délétères sur sa vie familiale, relationnelle et professionnelle. Elles engendrent un risque progressif accru d'isolement, de marginalisation, de stigmatisation, de perte d'emploi ou de déscolarisation...

4.2 Des complications à long terme

Les addictions ont des répercussions médicales, psychologiques et psychiatriques sur le long terme. Une consommation chronique a en effet des conséquences médicales propres, en parallèle du processus addictif. Une modification du caractère (impulsivité, troubles de la mémoire, de l'attention...) et des troubles de l'humeur (notamment une anxiété) s'instaurent

progressivement. Des complications sont spécifiquement associées à certaines addictions : risque cardiovasculaire ou de cancer avec le tabac, risque cognitif ou tumoral avec l'alcool, troubles neurologiques et psychiatriques chez consommateurs réguliers de nombreuses drogues illicites, contamination par le VIH, VHB ou VHC chez les usagers de drogues injectables...(INSERM, 2024)

5- Les stades de développement d'une dépendance

5-1-Phase d'essai : durant cette phase, le sujet veut essayer et expérimenter quelque chose de nouveau. Toutes les substances ne rendent pas immédiatement dépendant mais pour certaines, une seule consommation suffit (héroïne, crack)

5-2-Phase d'abus : consommation excessive, le plus souvent de substances psychotropes ou d'alcool. Durant cette phase, des détériorations physiques et psycho-sociales peuvent déjà survenir, mais celles-ci sont ignorées par le sujet.

5-3-Phase d'accoutumance : le psychisme et l'organisme se sont adaptés à la substance nocive (développement d'une tolérance). Par conséquent, la dose doit fréquemment être augmentée pour obtenir l'effet désiré.

5-4-Dépendance psychique : une fois arrivé à cette phase, il est pratiquement impossible de renoncer et toute la vie du sujet est dictée par sa dépendance. Les amis, la famille et l'emploi du sujet passent au second plan. Les tentatives de la personne de s'en sortir par elle-même échouent. Il n'est pas rare que les sujets connaissent leurs premiers démêlés avec la justice lorsqu'ils ont atteint ce stade (criminalité d'approvisionnement, prostitution, détournement d'argent, etc.)

5-5-Dépendance aux substances psychoactives :

- tabac, alcool, cannabis, cocaïnes, crack
- Troubles alimentaires : anorexie, boulimie et binge eating
- Co-dépendance : le désir de toujours vouloir aider autrui, compulsion à aider
- Travail : Workaholic, dépendant du travail
- Sport : les coureurs de marathon sont particulièrement exposés.
- Médias : internet, chat, téléphone mobile, SMS, jeux vidéo
- Télévision : dépendance aux séries, feuilletons, etc.
- Dépendance sexuelle, dépendance affective, dépendance relationnelle

-Jeu - Situations extrêmes (bungee-jumping, escalade libre, conduite à vitesse élevée) - Vol (kleptomanie) – Nettoyage. (P.C.M.P.A.A, 2017)

6. La classification des dépendances selon le DSM5 ET CIM-10

L'addiction se situe dans les classifications psychopathologiques avec le diagnostic de Dépendance à une substance dans le DSM-5 et la dépendance pour la CIM-10

Le syndrome central du trouble lié à une substance est un ensemble de symptômes physiologiques, cognitifs et comportementaux indiquant qu'un sujet continue d'utiliser cette substance alors qu'elle entraîne des problèmes significatifs :

1-Le sujet peut prendre la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.

2- Il peut exprimer un désir persistant de diminuer ou contrôler la consommation de substance et de multiples efforts infructueux peuvent être faits pour diminuer ou arrêter la consommation.

3-L'individu peut passer beaucoup de temps à obtenir la substance, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets.

4-Une envie impérieuse (craving) de la substance correspond à un fort désir ou un besoin pressant de consommer la substance qui peut se produire à tout moment et ce d'autant plus dans un environnement où la substance a été obtenue ou utilisée antérieurement.

5-La consommation répétée de substance peut conduire à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.

6-Le sujet peut continuer à consommer la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

7-Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants peuvent être abandonnées ou réduites à cause de la consommation de la substance.

8-Une consommation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux.

9-Le sujet peut poursuivre la consommation de la substance bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

10-La tolérance est définie comme le besoin d'augmenter nettement la quantité de la substance pour produire l'effet désiré ou une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation d'une même quantité de la substance.

11-Le sevrage est caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance.

b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. (Acier, 2016, p.19)

7.Critères diagnostique de dépendance selon CIM-10

Selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation.
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en 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.
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
5. abandon progressif 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.
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de 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.

- Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associée à un désir puissant de prendre de la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique. (CIM-10, 1993)

8. Les principales approches psychopathologique des addictions

8.1 L'approche systémique

L'approche systémique s'est surtout intéressée aux rapports entre l'addiction et l'environnement du sujet, notamment sa famille. Le sujet appelé « patient désigné » présente par son addiction le symptôme familial. Violence dans les interactions, cécité familiale, déni, séparations, relations quasi-inactuelles, mythe familiaux, transgressions des règles par les parents, contradictions avec les systèmes de valeur des parents, généalogie de la dépendance, rupture culturelles, pathologies du deuil. Caractérisant les familles du sujet présentant une addiction. (Varescon .2005)

8.2 L'approche cognitivo- comportementaliste

La théorie du conditionnement classique de Pavlov, celle du conditionnement opérant de Skinner et la théorie de l'apprentissage social de Bandura s'appliquent aux différentes conduites addictives. Les thérapies comportementales ont été développées pour agir sur ces apprentissage en prenant en compte, à partir des années 1970. Les processus cognitifs. Des lors, l'analyse du trouble addictif s'est fait en associant les dimensions cognitives, comportementales et émotionnelles ainsi que l'environnement de l'individu. Concernant l'aspect cognitif, les apports de Beck sont largement reconnus. En effet, suite à ces travaux sur la dépression, Beck a adapté son approche thérapeutique aux troubles cognitifs. L'auteur postule que l'existence de cognitions dysfonctionnelles participent au maintien des addictions et aux rechutes. Marlatt et Gordon ont proposé un modèle de prévention basé sur la restructuration cognitive du sujet.

Les pensées dysfonctionnelles sont le plus souvent mêlées aux facteurs de fragilisation personnelle comme l'anxiété, les difficultés interpersonnelles, les difficultés de communication, la dépression, une faible estime de soi, l'impulsivité et une image de soi négative. La lecture comportementale de la conduite addictive doit aussi passer par la compréhension de l'addiction en tant que processus de répétition. Celui-ci amène le patient par

le cycle compulsif à une dépendance, ayant à court terme une réassurance créée par un mouvement de répétition, véritable forme d'existence par la présence du symptôme et parallèlement auto-thérapeutique (**Poudat, 1997**)

L'approche cognitive comportementale prend en considération les éléments de l'histoire du sujet qui peuvent être considérés comme déclencheurs.

a) Le modèle du renversement psychologique de M.J. Apter (1989,1993)

Il postule l'existence de paires d'états psychologique opposés entre les quels des renversements s'opèrent tout au long de la journée, chez un même individu. Chez les sujets présentant une addiction, il y aurait une paires d'états plus particulièrement implique : l'état de recherche d'activation, opposé à l'état d'évitement d'activation certains individu ont tendance, pour des raisons qui tiennent à des contextes psychologique et d'énerverment particuliers à rester confiner sur la recherche d'activation. Incapable de passer de l'état d'évitement d'activation sans éprouve une anxiété insurmontable ou incapable de se détendre dans des contextes de moindre stimulation sans ressentir un ennui moral, de tels individu recherchent constamment de hauts niveaux d'activation par la prise de produits psychotropes.

b) Le modèle de gestion hédonique de Brown.I. (1997)

Brown a prolongé la théorie du renversement psychologique d'adapter en prenant comme modèle le jeu pathologique et le phénomène des tueurs en série. Dans son modèle de gestion hédonique, les addictions représentent une stratégie de gestion des niveaux de plaisir ou de déplaisir. Brown considère les addictions comme des phénomènes motivationnels, liés à des attentes, à des valeurs elles-mêmes déterminées par un apprentissage social de nature cognitive. L'individu gère sa tonalité hédonique en jouant sur ses états d'activation et sur ses états psychologiques, gestion apprise durant l'enfance.

8.3 L'approche psychosociale

Le modèle développé par S. Peele (1985) :

Il a pris en considération différents facteurs : biologiques, de personnalité ainsi que le contexte environnemental, social, culturel et politique. C'est en fait une théorie intégrative de l'addiction que Peele a développée. Selon lui, la dépendance n'est pas seulement liée à la composition chimique de la substance, mais aussi à l'expérience que le sujet en fait. Le sentiment d'échec qui met en doute la capacité de réussir et se traduit par un sentiment d'incompétence personnelle et sujet a de lui-même. C'est l'effet analgésique qui sert de

renforcement au comportement addictif. Il a accordé une place importante à l'environnement et aux réactions des individus qui, face à un même contexte varient considérablement.

8.4 L'approche psychanalytique

Dans la proche psychanalytique on trouve des apports cardinal auteurs contemporains qui ont considérablement collaborer à l'étude des sujets présentant une addiction.

L'apport de Bergeret :

Bergeret affirme que la clinique des conduites addictives nous ramène toujours à des carences narcissiques sérieuses et précoces et entraînant des vécus dépressifs contre lesquels il s'agit de ne lutter à la fois par le comportement et par le corps. En générale on constate chez le sujet présentant une addiction une carence des indentifications une carence du fonctionnement imaginaire un besoin de protection, une impétuosité des quémantes affectives, essentiellement narcissique, créant un besoin de satisfaction immédiate. Toute frustration entraine aussitôt un sentiment de manque et une angoisse qui renforcent la violence comportementale et physique manifestée à l'égard de l'autre, comme à l'égard de soi-même. Chez les sujets présentant une addiction, quel que soit le type d'addiction, la problématique dépressive se profile toujours, mais repose sur des modèles structurels différents (**Bergeret, J, 1991**).

L'apport de Jeammet, PH :

Les recherches de Jeammet résident dans la relation qu'il établit entre les troubles de la séparation et la recherche paradoxale d'une dépendance à un objet externe, entre l'impossibilité d'une relation à l'objet libidinal et la tentative de maîtrise d'un objet externe. Ses conceptions se fondent sur une analyse du développement et des différents moments où le sujet peut se constituer comme Independent. Il en vient à s'interroger sur les premières relations mère-enfant, pour étudier les assises narcissiques en lien avec le narcissisme primaire et l'autoérotisme. La défaillance de ces assises narcissiques implique que l'investissement de l'objet, son introjection, représentent une menace pour le narcissisme. La solution addictive apparaîtrait comme une sorte de compromis pour résoudre le conflit entre l'axe objectal et l'axe narcissique et entre la pulsion et le narcissisme.

Synthés

L'addiction et la dépendance sont des conditions complexes qui affectent profondément la vie d'une personne. L'addiction se manifeste par un comportement compulsif et répétitif, souvent lié à la recherche et à la consommation d'une substance ou à une activité, malgré les conséquences négatives qui en découlent.

III. Cannabis

1-Histoire du cannabis

Connu depuis des millénaires au Proche-Orient, le cannabis y était utilisé comme remède ou substance rituelle. On le connaissait et l'utilisait toute- fois aussi pour ses propriétés psychotropes. Jusqu'au XX siècle, le chanvre indien était cultivé pour ses fibres, dont on fabriquait des cordages et des textiles, pour ses graines, que l'on pressait pour en extraire de l'huile et pour ses propriétés psychoactives.

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

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

2-La définition du cannabis

Le cannabis est un perturbateur du système nerveux central. La sensation d'euphorie légère, de relaxation et de perception auditives et visuelle amplifiées que produit le cannabis s'explique presque entièrement par son action sur le récepteur cannabinoïdes. Ces récepteurs sont présents un peu partout dans le cerveau. Le cannabis remplace la molécule endogène qui s'y lie naturellement, l'anandamide, perturbant ainsi la régulation de l'humeur, de la mémoire, de l'appétit, de la douleur, de la cognition et des émotions. Il entraînant aussi une faible libération de dopamine. **(Selmandjee, p23)**

Le cannabis provient des feuilles et des fleurs séchées de la plante cannabis sativa, Elle se consomme sous des formes variées, comme l'herbe, la résine ou le hile. Le responsable des effets psychoactifs est le D9THC (delta9-tétrahydrocannabinol). Ou plus simplement THC, inscrit sur la liste des stupéfiants. Sa concentration est très variable selon les préparations et la Provenance du produit. Plus le cannabis contient de THC, plus il est puissant. **(Y, Salmandjee. P.94).**

3-Donnée Epidémiologie

Le cannabis est, la drogue illicite la plus consommé en France. Sa consommation augmente depuis l'an 2000. Elle concerne principalement les adolescents et les adultes jeunes. **(Lejoyeux, 201, p.12)**

Le cannabis, plante vivace appartenant à l'ordre des Urticales et à la famille des Cannabinaceae (comme le houblon), provient probablement de l'Asie centrale. Il été introduite en Europe au milieu du XIXe siècle, ramené par les voyageurs d'Inde en Angleterre. **(Lejoyeux, 2009, p.163)**

En France, le cannabis est le produit illicite le plus consommé, avec 30,6% des 15-64 ans qui l'ont déjà expérimenté. En 2005, «3,9 millions » de Français entre 15 et 75 ans avaient consommé du cannabis au moins une fois dans l'année ; 1,2 million de personnes en ont un usage régulier (10 consommations dans le monde) et 0,55 million un usage quotidien. **(Lejoyeux, 2009, p.163)**

4-Les formes de cannabis

Le cannabis se présente sous trois formes : l'herbe, la résine et l'huile.

L'herbe se compose de têtes et feuilles séchées. La résine se présente sous la forme d'un bloc ou d'une plaque de couleur brune. L'huile, moins courante, est une préparation plus concentrée en principe actif.

4-1-L'herbe

L'herbe est composée des feuilles, tiges et graines grossièrement pulvérisées après dessiccation de la plante. Avec une couleur allant du jaune-vert au brun, elle a une forte odeur. L'herbe est habituellement fumée, mélangée à du tabac ou pure, roulée dans du papier à cigarette ou à l'aide d'une pipe. L'herbe peut également être consommée avec des aliments ou sous la forme d'une infusion. La concentration de l'herbe en THC varie généralement de 0,5 à 15%, selon le type de produit et la culture (naturelle ou non). Dans les années 1970, les meilleures

serres parvenaient à produire du cannabis ayant une teneur de THC de seulement 2%, les récentes techniques de sélection de souches puissantes, les cultures en serre ont permis d'atteindre des concentrations en THC de 15 à 25%. Récemment, en Hollande, des sélections et manipulations génétiques ont permis d'obtenir des variétés très enrichies contenant de 20 à 40% de THC !

4-2-La résine

La résine du cannabis, aussi connue sous l'appellation de haschisch ou shit, kif (en Afrique du Nord), chocolat (Europe) ou charas (en Inde), est une résine visqueuse produite par la plante. Sa préparation commence aussi par dessiccation des feuilles et des têtes sèches. La matière est ensuite comprimée pour obtenir un cube ou un bloc. Il faut environ 45 à 75 kg de plantes pour produire un kilo de résine. Les plaques de résine exportées sont vendues au détail sous forme de « barrettes » et généralement « coupées, avec du henné, par exemple (en raison de sa couleur proche de celle du haschich) ou d'autres substances plus ou moins toxiques comme le plastique, le cirage, la paraffine... L'ensemble est de couleur variable-verdâtre, brun ou noir et la consistance peut être solide (haschich ou shit préparé à partir de la résine pressée en blocs) ou poudreuse (type « pollen » de cannabis ou kif). L'odeur caractéristique se libère dès que l'on chauffe la préparation à la flamme d'un briquet. La résine est consommée de manière similaire à l'herbe (c'est-à-dire principalement fumée, mais aussi éventuellement ingérée).

La teneur en THC de la résine est généralement comprise entre 3 et 6% lors d'une production normale. De même que pour l'herbe, la concentration en THC est élevée par les méthodes de culture, pour atteindre en production moyenne des teneurs de 12 à 40%.

4-3-L'huile

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

Les huiles sont généralement déposées sur le papier à cigarettes ou ajoutées aux joints pour en augmenter la puissance. Elles sont relativement rares et coûteuses. La teneur en THC de l'huile peut atteindre 30 à 60%. (Y. Salmanjee.2003, p,96)

Après transformation, le chanvre donne lieu à plus de 25 000 produits, dans de nombreux secteurs : textile, bâtiment, cosmétiques doux, papeterie, alimentation humaine et animale. Il est également utilisé comme combustible, comme biocarburant ou comme matériau composite en association avec des matières plastiques et des « produits de chimie fine ». Sa résistance à la

chaleur, à l'humidité, aux insectes et à la lumière (rayons UV) explique ses multiples utilisations. Presque tout ce qui peut être produit à partir de bois, de coton ou de pétrole peut l'être avec du chanvre, réputé inusable, biodégradable et recyclable (jusqu'à dix fois versus quatre pour le bois). Cet argument écologique est de plus en plus mobilisé : l'agence de protection de l'environnement américaine a ainsi affirmé que le chanvre pourrait faciliter la transition énergétique.

Dans le vocabulaire courant, le cannabis désigne les cannabinoïdes naturels présents dans certaines parties de la plante du Cannabis Sativa, L'utilisés à des fins psychoactives ou thérapeutiques : feuilles (herbe) et fleurs (dont sont extraits la résine et les concentrés). À l'inverse, le terme de « chanvre » fait référence à la culture industrielle de variétés de Cannabis Sativa. Les riches en fibres et pauvres en cannabinoïdes. Ce distinguo par les usages détermine le statut légal des produits dérivés du cannabis : le chanvre est soumis à une réglementation française et européenne, harmonisée depuis 2004, autorisant dans l'Union européenne uniquement les variétés contenant moins de 0,2 % de THC. Certains pays emploient des termes spécifiques pour différencier ces usages : aux États-Unis, la définition fédérale distingue le chanvre à usage industriel (herbe), désignant toutes les parties de la plante contenant moins de 0,3 % de THC en matière sèche, de la marijuana à usage médical ou « récréatif ». (I, Obradovic, 2022, p.25)

5-Risque d'usage du cannabis

Les effets du cannabis sur la santé sont mieux connus depuis les années. La définition des risques sanitaires imputables au cannabis reste cependant un sujet de controverses. Il est solidement établi que la précocité de l'initiation, la fréquence d'usage, l'intensité et les volumes de consommation sont des facteurs de risque en termes de dommages à l'âge adulte. Ces facteurs de risque culminent à l'adolescence, période de maturation cérébrale : jusqu'à l'âge de 25 ans environ, le cerveau en développement se révèle fragile, et toute molécule psychoactive (cannabis, alcool ou toute autre drogue) est susceptible de perturber les échanges entre neurones, avec un risque de dommages.

C'est pourtant à cet âge de la vie que l'incitation à consommer et les risques sociaux liés à la consommation sont les plus importants : un usage précoce du cannabis peut entraîner une baisse des performances scolaires. Et une perte de perspectives pour l'avenir. L'usage du cannabis peut aller de pair avec certains comportements à risques (conduite d'un véhicule sous l'effet du produit) et occasionner des problèmes avec la police et la justice du fait de son statut

illicite. L'usage du cannabis est déconseillé dans d'autres circonstances : pendant la grossesse (le THC traverse la barrière placentaire et présente un risque pour l'enfant à naître), pendant l'allaitement (le THC étant distribué dans le lait maternel), ou avant de conduire un véhicule ou d'exécuter des tâches mettant en jeu la sécurité des personnes (le cannabis abaissant le niveau de vigilance)

En Revanche, une consommation régulière et sur le long terme peut provoquer des perturbations durables. Sur le plan psychique, un usage chronique peut entraîner des troubles de l'apprentissage et de l'attention : difficultés de concentration, altération de la mémoire de court terme (source de difficultés scolaires), perte de motivation dans les activités quotidiennes (syndrome motivationnel). Ces troubles cognitifs peuvent être redoublés par une perturbation du sommeil : en retardant la sécrétion nocturne de mélatonine (hormone de régulation de l'horloge biologique), le cannabis trouble le rythme du sommeil. Aussi 40 % des usagers quotidiens du cannabis déclarent-ils une insomnie, quatre fois plus que les usagers occasionnels. Si ces troubles disparaissent généralement après quelques semaines d'abstinence, un usage régulier du cannabis peut altérer les performances intellectuelles à l'âge adulte. Si ce résultat d'étude est contesté, les dommages liés à une consommation intensive à l'adolescence sont, eux, bien établis. (Obradovic, 2022, p.28, p.33)

6-Les effets de cannabis

Les effets du cannabis sont liés à de très nombreux paramètres :

- 1) la quantité de SPA utilisée, sa concentration en THC, son mode d'utilisation, l'interaction avec d'autres produits psychoactifs.
- 2) la personnalité du consommateur, depuis la sensibilité physique liée au patrimoine génétique jusqu'aux facteurs psychiques liés au développement de la vie.
- 3) le contexte, c'est-à-dire la présence de pairs, le lieu et les raisons de consommation.

Les effets du cannabis sont difficiles à évaluer, car le dosage en lui-même dépend de la teneur en THC de la plante et du mode d'administration, par exemple la proportion de tabac utilisé dans le joint.

Les effets apparaissent à partir d'une dose de 3 mg et peuvent prendre l'apparence de symptômes psychotiques à partir d'une dose de 15 mg. Toujours selon le mode de consommation, les effets peuvent commencer au bout de quelques minutes et durer jusqu'à cinq ou six heures. On note aussi la présence d'euphorie, de rire, de dysphorie, d'une altération du jugement, d'anxiété, de repli sur soi avec catatonie, d'une augmentation du temps de réaction,

et une baisse de la vigilance, d'une incoordination motrice et d'une altération sensorielle. (Acier,2016, p.34)

7-Facteurs étiologique de la consommation de cannabis

7.1-Facteurs biologique

Deux types de récepteurs du cannabis ont été décrits, les CB1 et CB2 Les CB principalement présents au niveau du système nerveux central, ils sont impliqués dans les effets psychoactifs. La localisation des récepteurs au cannabis CBT est plus importante au niveau du système limbique cérébral (noyau accumbens, striatum ventromédial). Cette zone est fortement impliquée dans les circuits de la récompense Les CB2 sont localisés en périphérie, surtout dans des cellules immunitaires (monocytes, lymphocytes B et T). Il existe une expression accrue des récepteurs cannabinoïde dans certains états pathologiques comme les inflammations et les néoplasies.

Les études familiales et les travaux sur les jumeaux plaident en faveur de l'influence environnementale dans l'expérimentation du cannabis. Les pairs donnent l'exemple, incitent et autorisent l'abus et la dépendance ont des influences génétiques plus importantes. La cause de la dépendance au cannabis est multifactorielle, impliquant plusieurs gènes. Aucun gène ni de vulnérabilité ni de protection n'a été isolé. Certaines conformations génétiques paraissent plus impliquées. (Lenjoyeux,2017, p.198).

7-2- Facteurs psychologiques

La consommation de substances psychoactives s'inscrit entre autres dans la recherche d'ivresse. Cette recherche est expliquée par des traits de caractère tels que l'impulsivité, l'anhédonie ou l'agressivité. Un niveau élevé de recherche de nouveauté et un faible évitement de danger pourraient prédire un risque élevé de dépendance. Une étude française a montré que la recherche de nouveauté est associée à l'usage d'une substance psychoactives (alcool cannabis ou autres substances illicites). Le risque relatif était de 8,4 chez les sujets ayant un niveau élevé de recherche de nouveauté.

Les troubles de personnalité caractérisés augmentent eux aussi, le risque de dépendance. Près de 60% des patients qui consultent pour des difficultés liées au cannabis ont des traits de personnalité de type borderline. Une proportion importante de patients présente une personnalité antisociale (impulsivité, absence de remords, transgressions répétées, troubles débutants l'adolescence).

Les adolescents présentant un abus ou une dépendance ont souvent dans leurs antécédents des troubles des conduites ou une hyperactivité avec trouble de l'attention Un quart des enfants et/ou adolescents hyperactifs ont un risque de développer un trouble des conduites et un syndrome d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive. **(Lejoyeux, 2017, p.198)**

7-3-Facteurs sociaux

L'adolescence et l'âge adultes sont les moments où s'installe le plus souvent l'usage du cannabis. L'influence des pairs est reconnue Les premières consommations ont souvent lieu en groupe. Le taux d'usagers réguliers triple selon la fréquence avec laquelle les adolescents fréquentent les bars :

- 146% d'usage régulier chez ceux qui ne fréquentent aucun bar.
- 44.2% chez ceux qui fréquentent les bars tous les jours.
- 52.3% chez ceux qui fréquentent quotidiennement des soirées.

La délinquance. L'isolement et le manque de soutien social sont souvent associés à l'usage du cannabis à l'adolescence. Le désinvestissement scolaire augmente la fréquence des contacts avec la drogue aussi les élèves inscrits dans une filière une filière professionnelle consomment du cannabis plus souvent et de façon plus régulière que les élèves qui suivent une scolarité classique.

Parmi les facteurs de risque familiaux ont été décrits une faible identification aux parents, le peu de temps passé en famille, manque d'affection maternelle, la faible autorité maternelle, l'usage du cannabis dans la famille est l'influence des pairs par rapport à celle des parents. Ces facteurs ne sont cependant pas retrouvés de manière indiscutable. Ils représentent une constellation de risques qui peuvent se majorer les uns les autres. **(Lejoyeux, 2017, p.198).**

8-Traitement du cannabis

Le cannabis a longtemps été perçu comme une substance inoffensive, the « drogue douce » n'induisant pas de dépendance ou en tous les cas discutables, Les usages restent très divers, mais les principes de l'approche thérapeutique de l'usager du cannabis sont en partie les mêmes que ceux des autres addictions. Il est intéressant, après avoir évalué la situation de permettre au sujet une remise en question, pour mettre en place avec lui des stratégies de changement. Les pharmacothérapies restent pour le moment de l'ordre de la recherche, aucun traitement n'ayant été validé dans cette indication. **(Lejoyeux,2017, p.212).**

9-Prise en charge psychothérapeutique

9-1-Thérapies cognitive-comportementales

Il sera nécessaire de mobiliser les ressources de l'individu susceptibles de l'accéder au changement. Les thérapies cognitive-comportementales sont essentielles pour aider à se passer du cannabis et agir sur ses pensées, ses envies et les situations à risque de rechute. Les thérapies apprennent au sujet à bien gérer ses émotions pour ne plus utiliser le produit comme un « antidote » à ses difficultés émotionnelles. Il ne doit plus « soigner » les états de colère, d'anxiété ou de tristesse par un recours au cannabis. (Lejoyeux, 2017, p.214).

9-2-Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel procède par étapes en fonction du stade motivationnel. Le but est de faire progresser la motivation et de diminuer la résistance au changement. L'entretien renforce aussi l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité. Les entretiens reposent sur le fait qu'un changement de comportement n'est possible que si la motivation vient du patient lui-même et non du thérapeute ou de l'entourage. Les psychothérapies aident le patient à changer son point de vue, ses croyances et son comportement. Les techniques cognitive-comportementales complètent l'entretien motivationnel. Elles permettent au sujet de trouver de nouvelles solutions pour la gestion de ses problèmes, de ses émotions et de ses envies sans consommer. (Lejoyeux, 2017, p.214).

Ils peuvent être conduits en se référant aux stades de changements de la personne consommatrice décrits dans le cercle de Prochaska et Di Clemente.

En addictologie, l'entretien motivationnel est une approche thérapeutique efficace qui a son intérêt dans la diminution des interruptions de traitement, la réduction de la consommation pendant le traitement et dans une meilleure adhésion au protocole thérapeutique.

9-3-Thérapies familiales

Les thérapies familiales peuvent avoir un intérêt pour recréer une cohésion familiale rassurante, en rétablissant un lien parfois rompu. Elles permettent d'intervenir directement sur le milieu dans lequel évolue le patient et d'inclure la famille dans les soins. Certaines approches structurées ont été développées de manière spécifique dans cette indication. Il s'agit de thérapies familiales de type multidimensionnel (multidimensionnel family therapy) associant l'action sur la famille à des thérapies individuelles. (Lejoyeux, 2017, p.214)

9-4-Thérapies d'inspiration analytique

Les thérapies d'inspiration analytique peuvent trouver leur intérêt en déplaçant les investissements du sujet pour qu'il retrouve un accès au plaisir sans le truchement d'un toxique. Aux États-Unis, les interventions psychothérapeutiques d'inspiration analytique sont proposées en tant que techniques de prévention de la rechute. Ces thérapies doivent être adaptées à la problématique de l'adolescence quand elles sont proposées aux plus jeunes des patients. La spécificité de la thérapie de l'adolescent reste une voix de recherche à approfondir. **(Lejoyeux, 2017, p.215).**

Synthèse

Finalement, certains consommateurs peuvent développer une addiction au cannabis, et cette dépendance est généralement considérée comme psychologique. Ensuite L'usage excessif du cannabis a des conséquences négatives significatives dans divers domaines de la vie du consommateur, notamment sur le plan social, psychologique, scolaire, professionnel, physique et cognitif.

Partie Pratique

Chapitre IV : Méthodologie De La Recherche

Chapitre IV : Méthodologie De La Recherche**I. Préambule**

Afin d'effectuer une recherche scientifique, Il faut s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée. Avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigations Cette étape est très pertinente car elle permet de guider et de cerner notre travail.

Afin de vérifier et de répondre aux hypothèses de notre thème de recherche qui est : « L'addiction au cannabis est liée à un haut degré de dépression chez les personnes adultes », nous nous sommes appuyés sur la démarche clinique, nous avons appliqué l'entretien semi-directif pour compléter le résultat de l'échelle de Beck plus l'échelle de CAST.

1- la présentation de lieu de stage**Identification du lieu de stage :**

L'établissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie (Hôpital psychiatrique d'Oued Ghir) est situé à Oued Ghir, Wilaya de Bejaia, sur un terrain d'une superficie d'environ quatre (04) Ha.

Cet établissement assure la prise en charge, la surveillance, l'assistance et l'apport de soins et d'attention nécessaire à une catégorie de malades psychiatriques manifestant des besoins assez spécifiques.

Ses services devant répondre aux objectifs fixés, à savoir la guérison et la réinsertion de cette frange de la société. Dans cet objectif, les psychologues et les psychiatres essayent d'assurer une meilleure prise en charge des patients hospitalisés.

Dans ce sens,

Les modalités d'hospitalisation sont comme suite :

- Une hospitalisation des patients (durée) lieu description nombre de lits 120.

Activité principale :

L'EHS d'Oued Ghir met à la disposition différentes présentations, notamment :

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

L'Hôpital est doté de deux principaux services :

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

Unité d'hospitalisation :

- Hospitalisation Homme ;
- Hospitalisation femme ;
- Urgences psychiatriques et consultations.
- Pédopsychiatrie : ce service ne dispose pas d'unité d'hospitalisation pour le moment, il n'assure que les urgences et les consultations pédopsychiatrique.

2-Déroulement du stage**2-1-Les taches effectuées**

Au cours de notre stage qui s'est déroulé du 12 février au 26 mars 2024, nous avons eu l'opportunité de découvrir l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir dans sa globalité (les différents services et leurs prestations)

Suite à ce dernier stage, différentes sortes d'activités nous ont été confiées. Dans un premier lieu, nous avons bénéficié d'une visite guidée au niveau des services de l'hôpital, le service de pédopsychiatrie et le service de psychiatrie adulte. Ce derrière nous a permis de mieux nous familiariser avec les lieux et d'observer les patients, de reconnaître et de comprendre les différents types de troubles et de maladies psychiatriques dont ils souffrent et les distinguer l'une de l'autre.

Accompagnées de notre maitre de stage, nous avons fait le tour du service Psychiatrie adulte, femmes et hommes en cure libre dans lequel s'est déroulée notre étude.

Suite à cette tournée, nous avons rencontré les malades dans leurs chambres, nous avons participé au groupe de parole avec eux, et participé auprès des psychologues de ce service aux sorties habituelles au jardin dont bénéficient les patients hospitalisés.

Ceci nous a permis d'observer, sous la supervision du psychologue clinicien les cas qui présentent une addiction au cannabis, et qui ont formé notre groupe d'étude qui a pour but l'évaluation des cas dépressifs consommateurs du cannabis.

Pour cela, nous avons élaboré un questionnaire pour nos cinq cas pour recueillir un maximum d'informations sur eux, afin d'avoir une idée globale sur l'histoire de leur maladie selon eux.

2-2-Les observations

Notre stage a été exclusivement réalisé au service de psychiatrie adulte. Ce stage a donc été une opportunité pour nous de percevoir et de démontrer le rôle de psychologue dans la prise en charge des troubles cognitifs, des difficultés d'attention et perte de l'incitation à agir dont souffrant la totalité des malades psychiatrique.

Durant les tournées que nous avons effectué avec notre maitre de stage au service homme et femme en cure libre, nous avons rencontré et échangé quasiment avec tous les patients hospitalisés qui y sont ; au service de femmes, nous avons remarqué l'omniprésence de différents troubles et de maladies psychiatriques, à savoir les trouble dépressifs, post-traumatique, avec ou sans tentative de suicide, suite à des maltraitements conjugales, les psychotiques et les troubles schizophréniques à des stades différents et avec des troubles associés plus au moins similaire : anxiété, insomnie, délire, agitation, état confusionnels....

Au service hommes, les sujets hospitalisés présentent les mêmes troubles que les femmes avec une différence par rapport à l'étiologie, les traumatismes post service militaire, et notamment les addictions aux substances et à l'alcool.

3-La méthode de la recherche**3-1-La pré-enquête**

La pré-enquête est une phase primordiale, d'investigations préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une phase problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentés et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf.1987, p102).

Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la fiabilité de notre recherche, la reformulation de l'hypothèse ainsi que le guide d'entretien, cette pré enquête nous a permis de recueillir les données essentielles à notre thématique, et les conditions d'études ainsi la disponibilité des cas sur le terrain et la possibilité d'obtenir le consentement des sujets dépendants qui participent à notre recherche.

Nous avons effectué notre recherche au niveau du centre hospitalier d'Oued Ghir, Bejaia durant une période de 45 jours du 12/02 jusqu'à 26/03/ 2024. On s'est rapproché des personnes adultes (de sexe masculin uniquement) atteints d'addiction au cannabis, pour avoir plus d'informations sur les expériences psychologiques qu'ils ont vécu.

Ensuite, nous avons sélectionné 5 cas qui répondent à notre thématique de recherche. En premier lieu, on a utilisé l'observation, un entretien semi directif, et nous avons fait la passation des tests.

Cette pré-enquête a visé à contribuer à la construction des hypothèses et de les améliorer. Dans cette perspective, nous avons rencontré aussi des jeunes filles ayant des problèmes d'addiction aux cannabis, car on s'est aperçu que les études antérieures sur ce sujet n'ont pas pris en considération la population féminine, au moment où nous constatons que l'usage de cannabis se répand dans la société. Il est devenu donc essentiel de comprendre les implications spécifiques de cette substance sur la santé et le bien être des hommes et des femmes, en particulier celle qui sont aux stades critiques de leurs vies, comme les étudiantes universitaires. Cependant nous avons essuyé un refus de leur part de participer à notre travail de recherche pour des raisons que nous étalerons plus loin.

3-2-La méthode clinique

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...) de recueil des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte du problème) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas.

La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre un sujet. Ce second niveau peut être défini à partir de trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. L'être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution de ces conflits.

La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. Les techniques utilisées sont l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, le recueil des informations pouvant faire l'objet de différents types de Traitement (analyse de contenu, analyse « psychopathologique », analyse de l'énonciation...) permettant

de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question. Les méthodes cliniques visent moins un résultat précis qu'un faisceau d'éléments dont les interrelations doivent être analysées. Elles se distinguent en cela des méthodes qui impliquent un protocole précis et intangible subordonnant la validité du résultat au suivi rigoureux de ce protocole (méthode expérimentale par exemple). **(Pedieli, 2005 p.9, p.14)**

3-3-Etude de cas

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. L'étude de cas naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. **(Benony, Chahraoui, 2003, p.125 p.126).**

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème Actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenues actuelles et passées. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. **(Chahraoui, et Bénony, 2005, p.125)**

4-La population d'étude et les caractéristiques de recherche

Notre population d'étude est constituée de cinq cas, avec lesquels nous avons travaillé dans l'anonymat, choisis après la pré-enquête faite auprès des personnes hospitalisées à l'hôpital psychiatrique de Oued Ghir dans la wilaya de Bejaia, pour des problèmes liés à la consommation du cannabis.

Cette population a été choisie selon la liste des consommateurs présents au centre médicale pour des problèmes liés à l'usage de cannabis.

De même cette population a été choisie selon certains critères de sélection à savoir :

Tableau 01 : tableau population d'étude.

Cas	Age	Activité matrimoniale	Activité professionnelle	Substance consommés	Situation Socio-économique
Hicham	23	Célibataire	Etudiant	Cannabis plus whiskey	Elevés
Ali	33	Célibataire	Sans emploi	Cannabis	Bas
Lyes	39	Divorcé	Agent de sécurité	Cannabis Plus les psychotrope	Moyen
Mouhand	45	Marié	Maçon	Cannabis et alcool	Bas
Adem	28	Célibataire	Coiffeur	Cannabis	Moyens

Notre population d'étude est portée sur le sexe masculin. Notons que le pourcentage de consommation masculin est dominant en Algérie avec un pourcentage de 79% de la population consomme de cannabis.

Comme nous avons aussi enquêté et interrogé quelques filles dans les deux résidences universitaires de Bejaia, « pépinière » et « 17 octobre 1961 » durant la préenquête.

5-Les techniques et les outils de recherche

Dans le but de recueillir le maximum d'informations concernant notre thème de recherche, on a recouru aux techniques suivantes :

5-1- L'entretien clinique

« L'entretien est l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonymes de conversation, discussion ou dialogue » « L'entretien clinique est de trois types qui sont : l'entretien directif, l'entretien non directif (L'entretien libre) et l'entretien semi directif dont on s'est intéressé dans notre recherche » (Benony. Chahraoui, 1999, p11).

Donc l'entretien clinique est le seul moyen d'analyser finalement les liens entre différents éléments énoncés : il vise la vérification de l'hypothèse à travers la cohérence interne du discours produit. En effet, la libre évocation par un sujet de ce qui se rapporte à un phénomène

permet seule de saisir des liens entre des dimensions sous-jacentes plus au moins présentes à son esprit, en ce sens, l'entretien et son contexte de mise en confiance amènent les individus à s'exprimer avec leur propre catégories mentales (**Keuassay, 2003, p.95**)

5-1-1- L'entretien semi-directif

Dans le cadre de notre recherche, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés.

C'est une technique qualitative de recueil d'informations, permettant de cerner le discours Des personnes interrogées autour du thème défini initialement et consigné dans un guide d'entretien. Il porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans un guide d'entretien préparé par l'enquêteur.

L'interviewer, s'il pose des questions selon un protocole prévu à l'avance puisque il cherche des informations précises, s'efforce de faciliter l'expression propre de l'individu, et cherche à éviter que l'interviewé ne se sente bloqué dans les questions auxquelles il est soumis, il « se laisse diriger tout en dirigeant ». (**Chahraoui. Bénony. 2003, p.125**).

Les entretiens qu'on avaient réalisés au cours de cette recherche avec les personnes hospitalisées de notre Population d'étude, nous a donné l'opportunité de récolter un grand nombre d'informations sur leurs cas ils réponds avec effort, à mos questions, parlent de leurs problèmes psychologiques, ils nous ont données toutes les informations dont on avait eu besoin.

5.1.2 Guide d'entretien

Selon Blanchet A, 1992, l'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonction, d'opérateur et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'intervieweur. (**Bénony et Chahraoui. 1999, p.68**)

Le guide d'entretien contient 3 axes, chaque axe contient plusieurs questions soit principales ou secondaires, il nous permet de recueillir un maximum d'information sur le sujet, les questions posées sont soit directive ou semi directives, ils répondent plus précisément à notre objectif de recherche, est seront posée soit en langue français, arabe ou kabyle, tout dépend de la langue maternelle et du niveau d'instruction de sujet interrogé. La durée des entretiens était de 30 à 40 minutes.

A partir de guide d'entretien on s'est basé sur :

- Information personnelle
- Information sur la vie familiale

- Information sur les comportements d'addiction, la dépression et son avenir

L'objectif de ces axes est recueilli des informations concernant la vie personnelle :

Axe 01 : Des antécédents personnelle et familiaux

Axe 02 : Information sur la consommation de cannabis et sa dépression envers le patient.

Axe 03 : Son avenir

5-2- L'échelle de dépression de Beck

-Historique :

Durant trente-cinq ans, le BDI a connu un large succès sur le plan international pour évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqués comme dépressifs ainsi que pour repérer une dépression chez le sujet de la population normale. La passation durait approximativement 10 à 15 minutes ; le calcul des notes en additionnant les évaluations de chacun des items. En 1971, Beck et ses collaborateurs du Philadelphia center for cognitive therapy à l'université de Pennsylvanie ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI le BDI-A ; dans cette version, les formulations différentes pour décrire des symptômes identiques et les doubles négations ont été supprimées (Beck et al, 1979). Différentes versions expérimentales ont été testées et la version définitive (Le BDI-AI), établie en 1978, a été publiée aux Etats-Unis en 1979, Néanmoins, de nombreuses ultérieures continuèrent de citer la première version du BDI de 1961. Steer et Beck en 1985. En 1987 un manuel technique de BDI-AI a été publié aux Etats-Unis, L'édition du manuel de 1993 inclus de légères modifications des notes seuils recommandées pour déterminer la gravité des symptômes dépressifs. **(Aaron Beck 1998, p.1. P.2.p.3)**

-Utilisation clinique :

Le BDI permis d'évaluer la sévérité de la dépression chez des patients (adultes et Adolescents à partir de 16 ans) ayant reçu un diagnostic psychiatrique. Le BDI-II a été élaboré comme un indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du DSM-IV et non comme une mesure spécifique de diagnostic clinique. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à divers troubles diagnostiques primaires, allant du trouble panique à la schizophrénie. Bien que le BDI-I soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels

possédant une bonne expérience clinique devraient l'interpréter. Le psychologue doit respecter rigoureusement les principes éthiques qui régissent l'utilisation des tests.

-Considérations générales :

Le BDI-II est un test facile à administrer. La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer. Il est préférable d'évaluer, avant la passation, si un patient est en état de lire et de comprendre les items.

Cependant, les items du test peuvent être lus à haute voix par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration.

-Temps de passation :

En générale, 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole. C'était également la durée moyenne d'une passation BDI-IA (Ball, Archer et Imhof, 1994). Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps.

En générale, 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole. C'était également la durée moyenne d'une passation BDI-IA (Ball, Archer et Imhof, 1994). Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps.

-La cotation :

La note au BDI-II est obtenue en additionnant les indices numériques des 21 items, chaque item étant coté de 0 à 3 points. Si un sujet a donné plusieurs réponses à un item, choisir l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63. Faire attention aux items « modifications dans les habitudes de sommeil » (item 16) et « modifications de l'appétit » (item 18), pour lesquels 7 réponses sont possibles (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b) afin d'évaluer l'augmentation ou la diminution dans ces comportements. Pour établir un diagnostic, le clinicien devra être attentif au sens dans lequel va ce symptôme. **(Beck, A. Steer. A et al, 1998, p.1-10).**

Pour la version française Beck propose une catégorisation :

- de 0 à 11 : absence ou très peu de symptôme dépressif
- de 12 à 19 : dépression légère
- de 20 à 27 : dépression modérée
- de 28 à 63 : dépression sévère

5-3 Echelle de CAST

-Echelle de cannabis CAST (Abuse Screening Test):

Le CAST (59) est un outil de repérage des mésusages du cannabis. C’est une échelle de six items qui vise à dépister des usages problématiques en évaluant dans les douze derniers mois la fréquence des évènements suivants : l’usage hors contexte festif, les troubles de la mémoire, le fait d’être encouragé à réduire ou à arrêter l’usage de cannabis, les échecs dans les tentatives d’arrêt et les problèmes liés à la consommation du cannabis selon cinq modalités de réponse (jamais, rarement, de temps en temps, souvent, très souvent). (OFDT, 2013)

Tableau 02 : Questionnaire Cannabis Abuse Screening Test

Au cours des 12 derniers mois, Avez-vous fumé du cannabis ?

OUI
NON

Au cours des 12 derniers mois....	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1-Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4
2-Avez –vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	0	1	2	3	4
3-Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0	1	2	3	4
4- Des amis au des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	0	1	2	3	4
5-Avez-vous essayé de réduire au d’arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	0	1	2	3	4
6-Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l’école ? Lesquels ?	0	1	2	3	4

-La cotation :

Dans ce questionnaire rempli par le patient, chaque réponse est associée à un nombre de points : « jamais » (0 point), « rarement » (1 point), « de temps en temps » (2 points), « souvent » (3 points) et « très souvent » (4 points). Le score final est calcul par la simple addition et varie donc de 0 à 24. Deux réponses positives doivent amener le professionnel de santé à s'interroger sur les conséquences de la consommation chez le patient. En l'état actuel de la recherche, à partir des critères du DSM-IV, un score de 3 caractérise un risque modéré ou élevé de problèmes et un score de 7 points un risque élevé d'usage problématique voire de dépendance. (OFDT, 2013)

-Objectif du test :

Le cannabis abuse screening test (CAST) est un questionnaire qui permis une évaluation rapide de la consommation du cannabis. Chacun de ses 6 items se référés à une situations problème rencontres lors de la consommation de cannabis.

Les items sont cotés sur une échelle de Likert en 5 points de jamais (0) a très souvent (4). Le score total s'obtient par addition des items.

- <3 : pas de risque de dépendance
- 3 à 6 : risque faible de dépendance
- >=7 : risque élevé de dépendance

6-La méthode d'analyse dans la présentation des cas

D'après les techniques de la recherche citées auparavant, on peut résumer la méthode d'analyse et de traitement des données recueillies selon l'enchaînement des étapes suivants :

- En premier niveau on a accédé à l'analyse des données recueillies de l'entretien clinique de chaque cas
- En seconde niveau on a accédé à l'analyse de l'échelle de dépression de Beck et celui du cannabis Cast sur les adultes addicts au cannabis cas par cas.
- Enfin, on terminera notre travail de recherche par une conclusion qui déterminera la relation existante entre la dépression et la dépendance au cannabis de chaque cas à part, afin de vérifier notre hypothèse à partir des résultats obtenus durant toute notre recherche.

Synthèse

La méthodologie est une véritable logique opératoire en sens qu'elle précise les différentes étapes de processus de recherche, ce chapitre nous a permis de comprendre le déroulement de la démarche clinique, et de connaître l'importance de l'étude de cas, ainsi que l'utilisation des techniques à suivre telles que l'échelle de dépression de Beck qui a permis de mesurer les niveaux de la dépression, et l'échelle du cannabis abuse screening test (CAST) qui a contribué à évaluer le degré de la dépendance au cannabis à notre groupe de recherche, qui est la dépendance chez les adultes de sexe masculin qui sont dépendant à la consommation du cannabis et qui souffrent de la dépression.

*Chapitre V: Présentation et analyse
des résultats et discussions des
hypothèses*

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

Introduction

Dans ce chapitre on veut confirmer ou infirmer nos hypothèses émises au début de notre recherche, nous allons procéder à une analyse et interprétation des données et résultats obtenus à travers notre groupe de recherche.

I-Présentation et analyse des résultats

1-Le premier cas Mr « Hicham »

1-1-présentation de cas

Il s'agit de Mr Hicham, âgé de 23 ans, il est étudiant à l'université en première année SEGC, il a abandonné ses études pour un temps. Car il était dans un état dépressif. Il est Célibataire, Il est L'ainé d'une fratrie de (3) frères. Son père travail comme infirmier et sa mère est femme au foyer

1-2-Analyse de l'entretien

Notre entretien avec Hicham, s'est déroulé dans les bonnes conditions, il était prêt à répondre à tout nos questions, et à nous dévoiler les raisons de son recours au cannabis.

Concernant sa relation avec sa famille, il nous confirme qu'il n'a aucun souci avec eux, que ce soit avec sa maman au avec son père et ces frères. Au contraire il a des relations très solides. « Des fois mon père se moque de moi, par ce qu'il pense que mon comportement doit changer. Mais je pense qu'il voudrait bien m'éduquer est qui il me veut du bien ».

En discutant davantage sur les véritables raisons de sa consommation du cannabis, il nous disait directement : « la principale raison pour laquelle je prenais le cannabis s'est pour me sentir bien ».

Il déclare qu'il était contre la cigarette et tout « ces trucs ». « Une fois, un de mes copains a touché à ses trucs là, j'étais vraiment dégoûté, ça me faisait mal au cœur. La première fois que j'ai fumé j'étais avec mes amis en voiture, et ils me disaient vas-y essayes tu verras, et puis j'ai pris un petit taf ».

Nous avons commencé la discussion avec Mr Hicham, en parlant sur la consommation du cannabis, il nous a affirmé qu'il a déjà consommé le cannabis à l'âge de 20 ans.

Ce dernier, nous a affirmé que depuis sa deuxième consommation, il n'a pas arrêté de consommer le cannabis, lorsqu'il a abordé pour la première fois, l'effet du cannabis il a immédiatement mentionné : « quand je consomme du cannabis je me sens satisfait et heureux ». Précisons qu'il avait consommé 5 joints, lors de sa première expérience.

En parlant de la grande quantité qu'il a consommée, depuis sa deuxième expérience il nous a affirmé qu'il était avec ses amis sur la plage, pendant 3 mois consommant chaque jour une quantité importante. Mr Hicham, répond : « La deuxième fois ou j'ai goûté le cannabis c'était en juin 2021, je partais à la plage avec mes amis là où n'y a pas trop de monde afin de consommer loin des regards ».

Il ajoute « qu'il est arrivé à un moment où il a commencé à acheter le cannabis tout seul, et à fumer tout seul. « Je sentais que ma vie est nulle quand je ne fumais pas. Même quand j'étais de très bonne humeur, je trouvais la journée nulle quand je ne fume pas. Je me suis habitué, je ne trouve pas l'intérêt de passer la journée sans fumer ».

On constate qu'il a développé une dépression en arrière-plan parce qu'il déclare que « je ne me rendais pas compte que le cannabis est devenu mon « best friend », au point où je ne faisais aucune action avant de fumer, je fumais tout le temps.

« Quand j'ai commencé à fumer tout seul je m'isolais énormément, je suis devenu une personne solitaire qui adore rester chez soi et je ne voyais plus personne, j'ai délogé tout les amis que j'avais dans ma vie et petit à petit tout mon entourage. Le moment où je fumais me rendais plus malheureux. Et je voulais juste dormir ».

On constate que Mr Hicham est entré dans un épisode dépressif et c'est ce qui le poussait à dormir pour oublier ses émotions. Il nous a révélé aussi que lorsqu'il ne consomme pas du cannabis il s'isolait il se repliait sur lui-même et qu'il n'avait aucune envie pour quoi que ce soit.

Quant au plaisir et au soulagement ressenti pendant la consommation il a confirmé cette expérience ajoutant qu'il a essayé de réduire sa consommation pendant plusieurs mois, bien qu'il n'ait jamais essayé d'arrêter complètement.

Mr Hicham confirme aussi que lorsque l'envie de consommer se manifeste il perdait le contrôle et ajoutera : « C'est difficile pour moi d'accomplir des obligations scolaires et familiales, j'ai arrêté toute activité comme le sport et mes études.

Il a ajouté aussi : « je n'arrivais pas à me contrôler quand je ne consommais pas du cannabis). Fréquemment il éprouvait l'impression que son futur sera parsemé de désillusions, et d'obstacles insurmontables. Ses pensées pessimistes reflétant clairement sa dépression.

Il ajoute qu'en l'absence du cannabis, il se tourne parfois vers le(whisky), mais rarement. Mr Hicham n'arrive pas à gérer sa tristesse, pour cela il a trouvé le refuge dans la consommation du cannabis et des psychotropes (Lyrica), (Prégabaline).

Par rapport à notre sujet Mr Hicham, a exprimé un profond sentiment de culpabilité et de désespoir vis-à-vis de sa vie familiale, déplorant que toutes ses relations familiales qui sont affectées par son addiction. Il ressent également de la honte vis-à-vis de son état d'addiction surtout par rapport à ses frères plus jeunes, qui ont tous réussi dans leurs études et mènent des carrières épanouies contrairement à lui qui a remarqué que sa famille souffrait de sa consommation du cannabis.

Il arrive à Hicham d'avoir des idées noires, il a tenté de mettre fin à sa vie en avalant de l'eau javel en décembre 2023. Il a été de ce fait admis à l'hôpital psychiatrique au début du mois de février 2024.

Déclarant ainsi : « ils sont peïnés pour moi, ma mère se plaint constamment de mon comportement, ils sont préoccupés par mon état de santé, et parfois ma mère pleure par ce que je suis dépendant du cannabis. » Pendant 4 mois, il a été suivi médicalement et thérapeutiquement par les médecins et le psychologue de l'hôpital.

Hicham nous a affirmé qu'il avait besoin de la confiance de sa famille pour arrêter sa consommation.

Il déclare que une fois sorti de l'hôpital, il va reprendre le sport, ses études et continuer son traitement. Durant les premières consultations son état été grave. Mais avec les séances thérapeutiques prodiguées par les psychologues, son état s'est amélioré, et nous avons constaté de bons résultats par rapport à ses dires.

On a constaté aussi le patient Hichem manifeste une écoute attentive et qu'il voudrait aller de l'avant et de contribuer à son bonheur et à celui de sa famille.

1-3 : Présentation des résultats de l'échelle

Tableau 03 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck (Mr Hicham)

Numéro des thèmes	Item	Condition	Expression
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
3	Échec dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû
4	Perte de plaisir	2	J'ai preuve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
6	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni
7	Sentiments négatifs envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
8	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas on ne me critique pas plus que d'habitude
9	Penser au désir de suicide	2	J'aimerais me suicider
10	Pleurs	1	Je pleure plus qu'avant
11	Agitation	1	Je me sens plus agiter au plus tendu que d'habitude
12	Perte d'intérêt	2	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	Dévalorisation	3	Je sens que je ne vauds absolument rien

15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout
19	Difficulté à se concentrer	2	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte intérêt pour le sexe	3	Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant
Score	33	Degré de dépression	Sévère

1-4-Analyse de l'échelle

Les résultats de l'échelle de Beck, révélant que le sujet présente des symptômes de dépression sévère, avec un score de 33 dépassants le (seuil de 29), indiquant une dépression sévère, la plupart des réponses aux questions de l'échelle, concernant le cas de Hicham sont considérés comme des signes de dépression chez lui. 5 items ont obtenu un score très élevé de (3), notamment la(dévalorisation) (perte d'énergie) (modification de l'appétit) (difficulté à se concentrer) (fatigue). Il a obtenu un score de (2), pour six autres réponses telle que(pessimisme) (perte de plaisir) (Sentiment de culpabilité), (pensez au désir de suicide), (perte d'intérêt pour le sexe), (difficulté à se concentrer).

Quant aux réponses notées (1), Il a obtenu (6) réponse incluant (tristesse), (échec dans le passé), (pleure), (indécision), (et 1b), a des items, (modification dans les habitudes de sommeil), (agitation).

1-5-Présentation des résultats de l'échelle de CAST

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé du cannabis ?

NON

OUI

Tableau 04 : Présentation des résultats de l'échelle de CAST (Mr Hicham)

Au cours des dernier 12 mois de l'année	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
-avez-vous fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4 X
2-avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?	0	1	2	3 X	4
3-avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0	1	2	3	4 X
4-des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation ?	0	1	2	3	4 X
5-Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	0	1	2	3	4 X
6-avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation du cannabis ?	0	1	2	3	4 X

1-6-Analyse du questionnaire de caste

Un score de 23 point sur le test de CAST (cannabis abuse screening), chez Monsieur Hicham révèle une consommation problématique très importante du cannabis, l'analyse de ses réponses aux items du questionnaire révèlent probablement des schémas de comportement caractéristiques de dépendance ou de l'abus du cannabis tels que les difficultés à contrôler sa consommation ainsi des conséquences négatives sur sa vie personnelle ce score élevé souligne des préoccupations quant à la santé mentale ou le bien-être de Monsieur Hicham qui nécessitant une évaluation plus approfondie par un professionnel de la santé.

1-7-Synthèse de cas Mr Hichem

Suite à l'analyse de l'entretien et de l'échelle de BECK (inventaire de dépression de BECK-II) et de l'échelle de CAST (cannabis abuse screening test), nous avons déduit que le sujet souffre d'une dépression sévère. (Résultats 33 norme 29 et plus dépression sévère). Cela indique donc l'intensité de sa dépression qui se manifeste par plusieurs symptômes psychiques et physique. L'application du Test de Cast sur Mr Hichem consommateur de cannabis a révélé des informations cruciales sur son niveau de consommation et ses comportements associés. Les résultats de ce test fournissent une base solide pour évaluer le degré problématique de la consommation de cannabis chez le patient.

Il est important de noter que ces deux aspects peuvent être interconnectés. La dépression sévère peut augmenter la vulnérabilité à la dépendance, et la dépendance peut aggraver les symptômes dépressifs.

La prévention du suicide nécessite une approche multidimensionnelle et un soutien continu, Ces informations sont essentielles pour élaborer un plan de traitement individualisé, visant à aider le patient à réduire sa consommation du cannabis et à améliorer sa santé et son bien-être global. Un suivi régulier et un soutien continu seront nécessaires pour accompagner le patient dans son parcours vers une meilleure qualité de vie et une réduction des risques associés à la consommation de cannabis.

2-Le deuxième cas (Mr Lyes)

2-1-Présentation de cas

Mr Lyes âgé de 39 ans, actuellement il est au chômage, célibataire, il est l'aîné d'une fratrie de 4 frères, Il a arrêté ses études en 9^e année. Il est sans emploi, il a travaillé déjà comme agent de sécurité dans une école privée.

Récemment il a développé des symptômes dépressifs qui semblent être associé à sa consommation régulière du cannabis, sa consommation du cannabis s'est accentuée avec son divorce qu'il a mal accepté. L'addiction au cannabis de Lyes a eu des conséquences négatives sur ses relations conjugales.

2-2-Analyse de l'entretien

Au début de notre analyse du cas de Mr Lyes, ce dernier était très stressé de la situation et n'a pas accepté de nous parler durant notre première rencontre et à montrer des signes de stress. Aussi il s'est enfermé sur lui-même on nous dit qu'il ne voulait pas nous parler de sa situation en répétant : « je n'ai rien à dire sur mon sujet et que j'ai foiré toute ma vie ».

Afin, de trouver une solution à cette attitude de renfermement de Lyes, nous avons parlé avec le médecin traitant du patient sur la situation. Il nous a conseillé d'insister poliment auprès de Mr Lyes, afin de le mettre à l'aise et de mettre toutes les conditions nécessaires pour qu'il puisse nous parler de sa situation.

Nous avons commencé à discuter de notre travail avec Mr Lyes, afin qu'il nous fasse confiance et de nous connaître mieux. En espérant qu'il va nous parler plus calmement, et qu'il va être à l'aise.

Nous avons posé des questions à Mr Lyes, concernant son internement au sein de l'hôpital psychiatrique. Aussi des choses qu'il aime afin de le mettre à l'aise et ainsi trouver les conditions adéquates pour parler plus calmement de son cas. »

Mr Lyes, nous a suggéré de faire cet entretien dans la cour de l'hôpital ou dans un endroit qui est plus aéré. Ainsi, nous avons parlé avec le médecin traitant de sa proposition et des précautions à prendre afin de parler dans un endroit ouvert avec le patient.

En effet, Mr Lyes s'est avéré être quelqu'un de gentil et du calme. Nous avons constaté que l'endroit qu'il nous a proposé l'a mis très à l'aise, afin qu'il puisse nous parler de sa situation et de sa vie personnelle, et nous raconter ce qui a causé sa dépendance au cannabis.

Nous avons commencé par poser une question à Mr Lyes en lui disant de nous raconter sa vie personnelle et il répondit : « j'étais un homme marié, j'aimais ma femme plus que tout au

monde. J'étais bien. J'avais un poste de travail malgré mon manque d'instruction, je vous précise que j'ai arrêté l'école très tôt malgré tout ça, je m'en sortais très bien dans ma vie personnelle et professionnelle ».

Mes problèmes ont commencé lorsque nous avons décidé avec ma femme d'avoir des enfants et fonder notre foyer. Mais dieu, on a décidé autrement. Vu que je ne pouvais pas avoir d'enfant. Alors c'est de là que mes problèmes ont commencé. Ma relation avec ma femme s'est dégradée de jour en jour, et cette situation m'empêchait de me concentrer sur mon travail et ça me perturbait tout au long de mes journées. Je ne pensais qu'à ça. Ce qui a engendré m'en renvoi de mon travail alors je me suis retrouvé du jour au lendemain sans travail et sans argent. Et pour oublier j'ai dû avoir recours à une substance qui est le cannabis afin de soulager mes douleurs émotionnelles. Mais cela a aussi affecté ma vie conjugale.

D'après les propos de Mr Lyes nous constatons que la raison qui le pousse à consommer cette substance est le fait de ne pas être capable d'avoir des enfants ce qui a entraîné des problèmes familiaux et le poussant à sortir de la maison et à consommer du cannabis.

Lors de notre deuxième entretien avec Mr Lyes, ce dernier s'est montré coopératif mieux que la première fois. Il s'est montré très à l'aise et voulait parler avec nous de sa situation. Il nous a dit qu'il va répondre à toutes nos questions avec grand plaisir. On lui a donc posé la question suivante : qu'est-ce qui vous a poussé à consommer du cannabis régulièrement au point d'atteindre cette situation ?

Mr Lyes répondit on nous racontant une histoire qu'il a vécu : « une fois je suis rentré très tard à la maison aux alentours de 23h. J'ai trouvé que ma femme m'attendait d'un pied ferme et elle me disait où est-ce que j'étais avec un air énervé. Vu que je ne pouvais pas lui dire que j'étais avec mes amis en train de consommer du cannabis alors je lui dis « j'ai été avec des mes amis et après ce n'est pas tes affaires ». Alors ma femme s'est mise en colère. Elle est partie s'endormir sans m'adresser la parole.

Et le lendemain au réveil, j'ai dit bonjour à ma femme. Elle ne voulait pas me répondre tout ou me disant « va voir avec ceux que tu étais hier et leur dire bonjour. Moi je ne te parlerai plus ».

« C'est à partir de ce jour que je suis devenu un consommateur habitué du cannabis, vu que je fumais plusieurs fois dans la journée et je rentrais très tard à la maison ce qui a fait grandir mes problèmes avec ma femme qui me reprochait une infidélité conjugale. »

Malheureusement : « je ne pouvais pas lui raconter la vérité peut-être que j'aurais pu lui raconter et peut-être qu'elle m'aurait aidé mais j'ai fait le têtard je suis resté sur ma position. Ce qui m'a causé l'effondrement de mon couple, car peu de temps après ma femme prend ses

affaires et quitte le domicile conjugal. Me laissant tout seul à la maison chose que je n'ai pas accepté alors je consommé du cannabis jusqu'à ce que je perde la tête ».

D'après les paroles de Mr Lyes, nous constatons que la cause qui l'a mené à consommer habituellement du cannabis sont ces problèmes conjugaux et le manque de confiance de sa femme. Il s'est donc retrouvé tout seul, et la seule chose qui l'accompagnait désormais c'est le cannabis. Pensant qu'il pourrait fuir ses problèmes à l'aide de cette substance et la consommer davantage sans savoir que cette dernière va lui causer un trouble mental et l'amener à une dépression sévère.

Lors de notre dernier entretien avec Mr Lyes, nous lui avons demandé de nous parler de ce qu'il souhaite pour son avenir et quels sont ses rêves qu'il veut réaliser et où il se voit dans 5 ans, ce dernier nous a répondu avec un air timide. « Mon plus grand souhait et de me remettre avec ma femme afin de retrouver celle que j'ai toujours aimé. Aussi mon rêve et de retrouver mon travail, pour arrêter de consommer du cannabis. Mais ce que je souhaite le plus au monde c'est de fonder une famille et mon but est de ne plus remettre les pieds dans cet hôpital. Et ainsi prendre ma vie en charge et tout mettre en œuvre pour la réussir et me sortir de cette situation ».

Nous constatons donc que la dépendance du patient au cannabis a été causé par plusieurs problèmes. Au début Mr Lyes, était un homme de plus ordinaire et ce qu'il a poussé à prendre pour la première fois du cannabis est son infertilité.

Mr Lyes, s'est mis alors à consommer du cannabis afin d'oublier ses problèmes, cela la conduit à avoir des problèmes avec sa femme vue qu'il ne lui disait pas la vérité sur ces fréquentations et sur ses allées et venues et cette dernière n'a pas supporté la situation qu'elle vivait avec son mari, qui n'était pas présent tout le temps avec elle. Elle a donc décidé de le quitter et de demander le divorce.

Ce qui a mené Mr Lyes, à consommer davantage du cannabis, et des substances dangereuses. Sa situation s'est dégradée du jour au lendemain lui causant sa dépression sévère.

Cependant, Il est important de reconnaître que la consommation du cannabis peut avoir des conséquences néfastes sur la santé mentale, et le bien-être général du patient, notamment en agissant comme un moyen de fuir les problèmes plutôt que de les affronter de manière constructive.

2-3-présentation de résultat de l'échelle

Dans le cas de Lyes, l'échelle de Beck est utilisée comme outil d'évaluation pour mesurer la gravité de sa dépression.

Tableau 05 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck (Mr Lyes)

Numéro d'item	Items	Conditions	Expression
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	1	Je me sens plus découragé qu'avant face à mon avenir
3	Échec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé je constate un grand nombre d'échecs
4	Perte de plaisir	0	J'ai preuve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
6	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni
7	Sentiment négatif envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi
8	Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tout mes défauts
9	Penser au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	1	Je pleure plus qu'avant
11	Agitation	3	Je suis si agitée au tendu que je dois continuellement

			bouger ou faire quelque chose
12	Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moi qu'avant aux gens et aux choses
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable
18	Modification de l'appétit	2b	J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant

21	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant
Score	35	Degré de dépression	Sévère

2-4-Analyse de l'échelle de Beck

Selon les résultats de l'échelle de Beck, un score de 35 indique que le sujet présente des symptômes significatifs de dépression. Ces résultats mettent en lumière la présence de divers symptômes dépressifs dans l'items de (3) tels que sentiment d'être puni, irritabilité difficulté à se concentrer. Et dans l'items de (2) on trouve, échec dans le passé, sentiment de culpabilité, attitude critique envers soi, indécision, dévalorisation, fatigue, et dans l'items de (2b) dans modification dans les habitudes de sommeil et modifications de l'appétit. Et quant aux réponses notées (1), il a obtenu (7), dans la tristesse, pessimisme, sentiment négatif envers soi-même, pleurs, perte d'intérêt, perte d'énergie, perte d'intérêt pour le sexe.

Il est essentiel de reconnaître l'impact que ces symptômes peuvent avoir sur la qualité de vie et le bien-être émotionnel du sujet. Cette évaluation souligne l'importance d'une intervention thérapeutique appropriée pour aider le sujet à faire face à sa dépression et à retrouver un état émotionnel plus positif. Un suivi régulier avec un professionnel de la santé mentale peut être recommandé pour évaluer l'évolution des symptômes et ajuster le plan de traitement en conséquence, afin de favoriser le rétablissement du sujet.

2-5-Présentation de résultats de l'échelle de CAST

Tableau 06 : Présentation des résultats de l'échelle de CAST (Mr Lyes)

Au cours des dernier 12 mois de l'année	jamais	rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1-avez-vous fumez du cannabis avant midi ?	0	1	2	3 X	4

2-avez-vous fumez du cannabis lorsque vous étiez seul ?	0	1	2	3	4 X
3-avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0	1 X	2	3	4
4-des amis au des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation ?	0	1	2	3 X	4
5-Avez-vous essayer de réduire au d'arrêté votre consommation de cannabis sans arriver ?	0 X	1	2	3	4
6-avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation du cannabis ?	0	1	2	3	4 X

2-6-Analyse de l'échelle de CAST

Durant la passation de questionnaire de CAST, Mr Lyes a mis beaucoup de temps à répondre 15 minutes, En regardant le score obtenu 15 points, ses résultats révèlent que le patient à un risque élevé de dépendance au cannabis

2-7-Synthèse du deuxième cas

Suite à l'analyse de l'échelle de Beck, le patient présente un degré de dépression sévère, avec un score de 35, Et 15 points dans l'échelle de CAST, ce qui relève un niveau élevé de la dépendance au cannabis.

Les résultats des échelles de Beck et de CAST montrent un lien important entre la dépression sévère de Lyes et sa consommation élevée de cannabis. Cela a été causé par ses problèmes familiaux divorce provoquée par son incapacité à avoir des enfants, tout ça l'amené à chercher des substances psychoactives afin de soulager son état émotionnel.

Ces troubles sont interdépendants et nécessitent une approche thérapeutique intégrée. Une prise en charge globale incluant des interventions pour la dépression et des stratégies de réduction de la consommation du cannabis sont essentielle pour améliorer l'état émotionnel et la qualité de vie de Lyes. Un suivi régulier avec des professionnels de la santé mentale est recommandé pour évaluer l'évolution des symptômes et ajuster le plan de traitement en conséquence.

3-Le troisième cas (Mr Mohand)

3-1-Présentation du cas

Monsieur Mohand est âgé de 45 ans il a deux enfants, il a travaillé chez un entrepreneur mais depuis 3 ans il est au chômage. Il a été déclaré dépressif à plusieurs reprises il a été suivi par un psychologue sans succès. Mohand a été interné au sein de l'hôpital psychiatrique afin qu'il soit pris en charge pour mettre face à nos été dépressif et sa dépendance au cannabis. Mr Mohamed est un homme calme et posé, au premier abord personne ne va croire qu'il a une addiction au cannabis.

3-2-Analyse de l'entretien

Mohand s'est montré très calme compréhensif et coopératif dès le premier entretien. Nous avons entamé une discussion avec Mr Mohand, on lui à demander son âge, son nom, son prénom, ses envies, ses ambitions, son travail et nous lui avons demandé de nous raconter son passé. Chose qu'il a fait sans hésitation.

Mr Mohand nous a raconté son passé on nous disant : « j'ai commencé à travailler dès mon jeune âge vu que j'ai arrêté l'école au niveau primaire je n'avais pas d'autres choix que celui de travailler en qualité de manœuvre jusqu'à l'âge de 24 ans. Où j'ai acquis une expérience en maçonnerie, ce qui m'amène à être maçon et à travailler chez des gens particuliers mais depuis l'âge de 30 ans, j'occupais le poste de maçon au sein d'une entreprise de construction bâtiment jusqu'à l'âge de 37 ans ».

« En 2016 j'ai eu des problèmes avec mon employeur, ce qui a causé mon renvoi et ainsi perdre mon travail, alors je n'avais pas d'autres choix que de retourner travailler chez des particuliers. Mais ces derniers ne me payaient pas en temps, cela me causait des problèmes financiers et j'étais incapable de payer les factures alors pour me soulager je fumais un joint le soir et puis je rentrais chez moi. »

On constate que Mr Mohand, a commencé sa consommation du cannabis à l'âge de 37 ans, et en étant marié avec deux enfants ce qui prouve que le fléau touche toutes les tranches d'âge de la société.

Lors de notre deuxième entretien avec Mr Mohand, nous avons posé la question suivante « est-ce que vous avez essayé d'arrêter de consommer du cannabis ou bien non ? Mr Mohand. »

Ce à quoi il répondit d'un air malheureux : « oui j'ai arrêté de consommer du cannabis en 2018, lorsque j'ai eu mon deuxième enfant, j'ai décidé de reprendre ma vie en main et de me

concentrer sur ma famille. J'avais un ami qui m'a embauché au sein de son entreprise de travaux bâtiment. De là j'arrivais à m'en sortir financièrement, vu que le salaire était alléchant et que mon travail me permettait de payer mes factures et de prendre soin de ma famille. »

« Mais en 2020 lors de l'apparition du covid 19, le manque de travail et l'interdiction de sortir de chez soi ma replongé dans la consommation du cannabis, est depuis ce jour-là je n'ai pas arrêté de consommer et je suis devenu dépendant au cannabis. Je cherchais toujours un moyen de retrouver la sensation que me procurer le cannabis à l'aide d'autres substances illicites ».

Mr Mohand, après l'arrivée du covid 19 se retrouve encore une fois sans travail, sans argent ce qui l'oblige à travailler chez des particuliers. Chose qu'il n'aime pas faire vu que cette dernière lui a causé sa première consommation du cannabis.

Mais cette fois Mr Mohamed est devenue dépendant de cette substance, chose qu'il n'avait pas pris en considération vu qu'il a réussi à s'en sortir la première fois. Il a cru qu'il pouvait s'en sortir cette fois aussi. Mais cette fois il consommait beaucoup plus que d'habitude, voir tous les jours. Ce dernier nous déclara qu'il consommait jusqu'à 10 doses par jour.

Cet abus de consommation lui a engendré une dépression qui amène à être suivi par un psychiatre sans succès et à être interné au sein de l'hôpital psychiatrique.

Lors de notre dernier entretien avec Mr Mohand nous avons posé la même question que nous avons posé avec les autres cas afin de savoir et de connaître les envies et les souhaits de notre patient.

En effet, Mr Mohand est montré enthousiaste et motivé, il voulait vraiment s'en sortir. Il nous disait qu'il voulait retrouver sa vie d'avant sans cette substance et ainsi retrouver sa famille et vivre sa vie tranquillement sans encombre. Il nous disait la chose suivante « je voudrais que tout s'arrête, je voudrais retrouver ma vie d'avant ».

Nous constatons que Mr Mohand, est un cas à part. il avait une vie presque parfaite. Il s'est marié et a fondé une famille. Mais par malchance il a perdu son travail, à un moment de sa vie où il avait le plus besoin de son travail, son sort a décidé autrement la perte de son travail pour la première fois, et l'a amené à consommer du cannabis. Mais cela ne lui a pas été fatal par rapport à la deuxième perte de son travail. Ceci la conduit à être un consommateur régulier et abusif du cannabis ce que lui cause une dépression sévère. Cela l'a mené à être suivi par un psychologue puis à être interné au sein de l'hôpital psychiatrique.

Dans notre cas ici présent, le patient c'est montrer très sensible par rapport à sa famille et ressent du regret et de la culpabilité pour ses comportements passés d'addiction. Vu que durant

tout l'entretien, il nous disait qu'il voulait retrouver sa famille parce que cette dernière lui manque énormément.

3-3-présentation des résultats de l'échelle de Beck

Tableau 07 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck (Mr Mohand)

Numéro d'item	Items	Conditions	Expression
1	Tristesse	3	Je suis si triste ou c'est malheureux que ce n'est pas supportable
2	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer
3	Échec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
4	Perte de plaisir	3	J'ai n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement
5	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai fait j'ai que j'aurais dû faire
6	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni
7	Sentiment négatif envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé

8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9	Penser ou désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleures	1	Je pleure plus qu'avant
11	Agitation	1	Je me sens plus agité ou plus tendu que d'habitude
12	Perte d'intérêt	2	Je m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus du mal qu'avant à prendre des décisions
14	Dévalorisation	3	Je sens que je ne veux absolument rien
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins ta pitié que d'habitude

19	Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score	37	Degré de dépression	Sévère

3-4-Analyse de l'échelle de beck

Les résultats obtenus après la passation de l'échelle de beck (BDI-II) démontre qui Monsieur Mohamed, a obtenu un score de 37, (résultats ,37), norme plus de 29, ce qui veut dire que Monsieur Mohamed a une dépression sévère.

On trouve les items : <tristesse>, <échec dans le passé>, < Perte de plaisir>,<pessimisme>,<difficulté de concentrer>,<dévalorisation>,<perte d'intérêt pour le sexe> Avec un score de (3).

Et pour le score de 2 on trouve les items suivants :< perte d'intérêt>, < indécision>, <perte d'énergie>, < modification dans l'appétit>, <fatigue>.

Les signes qui montrent un degré moins élevé avec un score de (1).

Sentiment de culpabilité, attitude critique envers soi, pleure, agitation, modification dans les habitudes de sommeil, irritabilité.

3-5-présentation des résultats de test cast

Tableau 08 : Présentation des résultats de l'échelle de Cast (Mr Mohand)

Au cours des dernier 12 mois de l'année	jamais	rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
--	---------------	-----------------	--------------------------	----------------------	---------------------

1-avez-vous fumez du cannabis avant midi ?	0	1	2	3 X	4
2-avez-vous fumez du cannabis lorsque vous étiez seul ?	0	1	2	3	4 X
3-avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0	1	2	3 X	4
4-des amis au des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation ?	0	1	2 X	3	4
5-des amis au des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation ?	0	1	2	3	4 X
6-avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation du cannabis ?	0	1	2 X	3	4

3-6-Analyse de questionnaire de caste

Pour le cas de Monsieur Mohamed le patient obtient un score de 18 points les résultats obtenus suggèrent que le patient encoure un risque élevé de dépendance au cannabis. il a répondu à tous les items, comme indiqué dans le tableau. Ce qui signifie une reconnaissance de divers aspects de sa consommation du cannabis et souligne l'importance de prendre en compte l'ensemble de ses réponses dans l'évaluation de sa situation. Les réponses révèlent une consommation du cannabis associée avec des problèmes significatifs liés à cette consommation comme des difficultés professionnelles cela suggère une intervention multidisciplinaire spécialisée.

3-7-Synthèse du cas de M Mohand :

Les évaluations de Mr Mohand à l'aide des échelles de Beck et de CAST mettent en évidence une interrelation entre une dépression sévère et une forte dépendance au cannabis. La perte de son emploi et les difficultés financières ont déclenché la consommation du cannabis, qui exacerbe ses symptômes dépressifs.

La pandémie de COVID-19 a aggravé sa situation, entraînant une dépendance accrue et une détérioration de sa santé mentale. Une intervention thérapeutique intégrée, incluant le

traitement de la dépression et de la dépendance au cannabis, est essentielle pour améliorer la qualité de vie de Mr Mohand. Un suivi régulier avec des professionnels de la santé mentale est crucial pour évaluer l'évolution de ses symptômes et ajuster son plan de traitement.

4- Le quatrième cas (Mr Ali)

4-1-Présentation du cas

Il s'agit de Mr Ali âgée de 33 ans Célibataire, chômeur, il est parti en France ou il s'est retrouvé, en situation irrégulière. Avait d'être explorer vers l'Algérie. Il est le deuxième d'une fratrie de 4. C'est la 2eme fois qu'il est hospitalisé depuis 2 mois. (La premier fois il était hospitalisé à l'hôpital Frantz fanon et puis il était transféré à l'hôpital psychiatrique a oued Ghir).

4-2-Analyse de l'entretien

Pendant l'entretien Mr Ali a accepté facilement de collaborer avec nous. Durant l'entretien, Mr Ali nous affirme que sa relation avec ses parents est bonne. Contrairement à sa relation avec ses frères : « mes parents me soutiennent malgré tout, par contre mes frères ont coupé le contact avec moi depuis qu'ils ont aperçu que je prenais de la drogue d'une façon chaotique ». On constate que sa relation avec ses parents est parfaite parce qu'ils ne sont pas au courant de son addiction. Par contre ses frères lui disent toujours d'arrêter sa consommation de cannabis, mais il ne voulait ou ne pouvait pas arrêter.

Le sujet a débuté la consommation de drogue à l'Age de 16 ans. Il nous a dit : « J'ai commencé de prendre du cannabis quand j'avais 16 ans, parfois je buvais aussi de l'alcool ».

Il a commencé à prendre du cannabis à l'âge de 16 ans par curiosité (pour la découvrir) pour tester et ressentir ce plaisir :« dont tous les consommateurs en parlent souvent... et c'était réellement ça », déclare Mr Ali. « C'était un plaisir indéterminé... ». Hélas il n'a pas pu se détacher de cette substance.

Après avoir été exclu de l'école dans sa première année au lycée, Ali enchaîne le travail comme manœuvre afin de subvenir à ses besoins et d'assouvir son désir de consommation du cannabis et d'alcool.

Après la situation qu'il vit, il a décidé de quitter son pays pour une meilleure vie, il est parti en France en situation irrégulière.

Sa consommation du cannabis et autres substances psychoactives s'est aggravée une fois qu'il s'est retrouvé en France en situation irrégulière (sans papier) sans travail. Chose qui la

vraiment déprimé et qui l'a enfoncée dans la dépendance. Ce qui a poussé Ali à devenir dépendant au cannabis c'est la situation vécue en France. Il déclare : « je ne m'attendais pas de vivre ma vie de cette façon en France ».

En France, Ali a commencé à recourir au vol et au racket afin d'avoir de l'argent pour acheter du cannabis et autres substances psychoactives.

Ali s'est fait arrêter par la police française qui l'ont obligé de quitter le territoire français. Une fois au pays (Algérie), Ali s'est trouvé dans une situation lamentable (sans argent, sans soutien familiale, et sans lien social, ...), ajouté à tout cela l'incapacité à se procurer du Cannabis.

D'après Mr Ali, la consommation du cannabis lui permet d'affronter la triste réalité dans laquelle la majorité de nos jeunes vivent aujourd'hui en disant : « oui, le cannabis me permet d'affronter cette terrible réalité qui nous bouleverse de l'intérieur ».

Ali affirme que sa consommation était toujours croissante. Il n'arrêtait pas d'augmenter la quantité pour avoir le plaisir désiré et surtout le soir : « je consommait beaucoup le soir et j'arrivais à consommer jusque à six (6) doses (joint), je fais ça pour oublier mes problèmes. »

En constate que Ali n'a pas accepté son retour au pays, c'est ce qui l'a amenée à augmenter la consommation de cannabis.

En moyenne, Mr ALI avouait qu'il consommait jusqu'à 8 joints par jour et qu'il débute souvent sa journée avec deux joint le matin.

Quant à la qualité de sa consommation du cannabis, il nous a informé qu'il est souvent mélangé avec le tabac, ajoutant : « je préfère plus tôt le shit puisque cette herbe n'est pas toujours disponible, et j'aime associer ça avec quelques bières, ça me procure énormément de plaisir ». En constate que pour Ali, la consommation de cannabis c'est une fuite de la réalité, et lui fait oublier son malheur et le replonge dans l'insouciance.

Mr Ali nous a répondu clairement qu'il est dépendant au cannabis, qu'il a déjà essayé d'arrêter mais il ne peut pas s'en passer, il ajoute : « c'est un plaisir indéterminé auquel tu ne pourras pas y résister, et si je le quitte ça me rappelle toujours tous ce qui c'est passer avec moi, et je ne veux pas me souvenir ».

Il déclare que cette substance lui procure énormément de plaisir et de soulagement et c'est ainsi qu'il se retrouve en disant : « en consommant, je me vois moi-même avec ma vraie personnalité ». En constate que Ali il prend de cannabis pour oublier tous ce qui s'est passé déjà avec lui, et ce qu'il vit en ce moment.

Mr Ali répondait qu'il n'avait aucun problème de santé dû à cette consommation sauf des troubles dépressifs. Il nous a exprimé qu'il est désespéré dans sa vie : « j'ai aucun avenir, et affirmant il n'y a personne en qui je peux avoir confiance ».

Il ressent également de la honte vis-à-vis de son état et qu'il ressent une honte de son état quand il se compare ou autre qui sont mènent des carrières épanouies.

Ali nous confirme que sa famille souffrait de sa consommation et de son état, il déclare « je ne parle avec personne, je préfère rester seul sans aucun dérangement ».

Ali manifeste des signes de dépression parce qu'il avait une douleur liée à la rupture avec sa famille. Une rupture qu'il a choisie car il ne voulait pas infliger de souffrance a ses parents.

Ali s'est alors plongé dans un épisode dépressif qui a nécessité une hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie.

4-3-Présentation des résultats de l'échèle de beck

Tableau 09 : Présentation des résultats de l'échèle de beck (Mr Ali)

Numéro des thèmes	Item	Conditions	Expression
1	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable.
2	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et il ne peut qu'empirer.
3	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
4	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps.

6	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
7	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout
8	Attitude critique envers soi	3	Je ne me reproche tout les malheurs qui arrivent.
9	Penser au désir de suicide	3	Je me suiciderai si l'occasion se présentait.
10	Pleurs	3	Je voudrai pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	agitation	2	Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13	Indécision	2	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16	Les modifications dans les habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plutôt et

			je suis incapable de me redormir
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable
18	Modification de l'appétit	2	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentré	3	J'ai de mal à me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe		J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score	55	Dépression sévère	

4-4-Analyse de l'échelle de Beck

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BDI-II, Mr Ali a mis beaucoup de temps pour le remplir. En se référant aux résultats obtenus par l'échelle, Ali manifeste une dépression sévère selon le manuel BDI-II de Beck, d'un score de 55 selon les notes de seuil de BI-II de Beck qui sont entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck BDI-II révèle que Ali a (1) réponse de degré (1) dans les items suivants : Dévalorisation, et une réponse (1) de degré (1b) de l'item Modification de l'appétit.

Comme elle a obtenu (3) réponses de degré (2) dans les items suivants : Sentiment de culpabilité, Agitation, Difficulté à se concentrer. Enfin, pour les items qui comportent un score lus élevé, elle a obtenu (14) réponses de degré (3) dans les items suivants : Tristesse, Pessimisme, Echec dans le passé, Perte de plaisir, Sentiment d'être puni(e), Sentiment négatifs envers soi-même, Pensées ou désir de suicider, pleurs, Perte d'intérêt, perte d'énergie,

Irritabilité, fatigue, Perte d'intérêt pour le sexe. Elle aussi obtenue (1) réponse de degré (3b) dans l'item de Modification dans habitudes de sommeil.

4-5-Présentation de l'échelle de CAST

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé du cannabis ?

NON

OUI

Tableau 10 : Présentation de l'échelle de CAST (Mr Ali)

Au cours des dernier 12 mois de l'année	Jamais	Rarement	de temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1-avez-vous fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2 X	3	4
2-avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul	0	1	2	3 X	4
3-avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0 X	1	2	3	4
4-des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation ?	0	1	2	3 X	4
5-Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	0	1	2	3	4
6-avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation du cannabis ?	0	1	2 X	3	4 X

4-6-Analyse de questionnaire de CAST

Pour le cas de Ali il a obtenu un score de (16 points), les résultats obtenus démontrent l'existence d'un risque élevé de dépendance au cannabis.

Ali a répondu à tous les items ; comme il a obtenu 4 point (très souvent) dans réponse une, et 4points (très souvent) dans la réponse 2, et 0 points dans la 3^e réponses, et 3 points dans la 4^e, et 0 points dans la 5^e, et 1 point dans la dernière réponse qui es la 6^e.

Les réponses démontrent une consommation exagérée au cannabis avec des soucis significatifs associés à cette consommation comme des difficultés sociales. Cela suggère qu'une intervention ou un traitement spécialisé pouvaient être requis.

4-6-Synthèse de cas

D'après l'analyse de contenu de Ali nous avons constaté qu'il a développé une dépression engendrée par la consommation du cannabis. Cette dernière a rendu sa vie plus compliquée et qu'il vit dans des difficultés immenses, ainsi que les résultats de l'échelle Beck montre qu'il souffre d'une dépression sévère présentée par les symptômes suivants : la tristesse, la fatigue, perte de plaisir, l'insomnie et aussi un trouble sexuel. Et suite à l'évaluation par l'échelle de Cast cela révèle un niveau élevé de consommation du cannabis.

Cela indique qu'il y a un lien entre la dépression et l'addiction, c'est un sujet qui a des antécédents de dépression comme la perte du goût pour la vie, et l'isolement par rapport à sa famille et à la société.

Un suivi régulier et un soutien continu seront nécessaires pour accompagner le patient en particulier un soutien familiale solide est essentiel pour soutenir le patient dans son rétablissement.

5- Le cinquième cas « Mr Adem »

5-1-Présentation du cas

Adam est un homme âgé de 28 ans, célibataire, il est l'aîné d'une fratrie de 3, (1) frère et, une sœur. Il a travaillé comme coiffeur pendant 4 ans. Il vit avec sa mère qui est femme au foyer, et son père travail comme enseignant. Il a quitté la maison à causes des problèmes avec sa famille. Il a commencé à prendre le cannabis à l'âge de 17 ans après la séparation de ses parents.

5-2-Analyse de L'entretien

L'entretien avec Mr Adam, s'est déroulé dans le bureau de psychologue, tout s'est bien passé il était très généreux, et il a accepté directement l'entretien sans aucune hésitation, comme il a affirmé : « sans aucun problème je suis à votre disposition à tout moment ».

On a remarqué qu'il était motivé à nous parler et il a répondu à toutes nos questions.

C'est sa mère qui a appelé l'hôpital pour demander de l'aide à son fils, par ce qu'il était dans un état épouvantable. La première fois, il était hospitalisé à l'hôpital de Frantz fanon

pendant quelque jour et puis il est transféré à l'hôpital psychiatriques Oued Ghir pour y être soigné.

Mr Adam a confié : « udmezgagh ara dvava segmi ikhyeja a chaque fois atwaligh nettnagh », qui signifié : « Je ne m'entends pas bien avec mon père depuis qu'il a quitté la maison il y a 4 ans. Chaque fois que je le vois, nous nous disputons ». Ce qui a poussé Adem à détester son père c'est lorsqu'il a quitté sa mère et la maison. Mais malgré le fait que son père a quitté la maison il continue cependant à le surveiller de loin.

Son père, lui reproche régulièrement sa consommation de cannabis et son abandon des études. En revanche, il entretient une relation étroite avec sa mère, affirmant avec un large sourire : « J'aime beaucoup ma mère. Elle s'est dévouée pour nous. Mon petit frère est très adorable. Il fait tout ce que je lui demande ». Il exprime son désir d'arrêter de fumer pour donner l'exemple à son frère, se sentant responsable de lui.

Depuis qu'il a commencé à fumer, son comportement a changé. Il passe beaucoup de temps à l'extérieur avec ses amis, fumeurs et rentre souvent tard à la maison, parfois même jusqu'à 4 heures du matin. Sa famille s'est inquiétée de ce nouveau comportement, et de ses fréquentations, sachant que ses seuls amis sont des fumeurs. Il s'est consacré à son travail comme coiffeur, pour trouver des moyens pour obtenir de l'argent, afin d'acheter du cannabis.

Le sujet a partagé : « J'ai un bon contact avec les gens, même avec ceux que je ne connais pas, mais je me sens inférieur, tout le monde semble meilleur que moi, Mes parents sont divorcés, je me livre à des comportements autodestructeurs. Comment pourrais-je me sentir bien ? » Ce sentiment d'infériorité le pousse à s'isoler du monde.

Mr Adem a commencé à prendre du cannabis à l'Age de 17 ans, pour fuir un quotidien morne et sans perspective.

Il s'est enfoncé encore plus dans la consommation du cannabis et autres substances psychoactives lorsqu'il s'est trouvé dans une situation où il doit subvenir aux besoins de sa famille, (sa Mère et 2 frères), dont le père les a abandonnés.

Tout cela à engendrer chez Adem un effondrement psychologique qui s'est caractérisé par une tristesse intense, manque de volonté, trouble de sommeil, idées suicidaires qui ont nécessité une hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier

Mr déclare : « Je me suis retrouvé pris au piège dans un cercle vicieux, oscillant entre le désir de m'échapper et la volonté de reprendre le contrôle de ma vie. Chaque jour était un combat intérieur, une lutte entre la tentation et la raison, entre le besoin de réconfort et le désir de liberté ».

« Je savais que la véritable liberté ne pouvait pas être trouvée dans un nuage de fumée. C'était dans la capacité à affronter la réalité avec courage et détermination, à briser les chaînes de la dépendance et à retrouver le contrôle de ma propre destinée »

Aujourd'hui, « je suis en chemin vers la guérison, vers une vie débarrassée des entraves de la dépendance. Le chemin est long et semé d'embûches, mais je sais que chaque pas me rapproche un peu plus de la lumière au bout du tunnel. Et peut-être qu'un jour, je pourrai regarder en arrière et voir le cannabis non pas comme un fardeau, mais comme une étape sur le chemin de ma propre transformation ». On constate que Mr Adem malgré les circonstances qu'il a vécu il a une vision vers l'avenir. On constate ici qu'il a une amélioration vers la guérison. Le sujet a fortement pris connaissance de ses actes et de l'ampleur de la substance qu'a la sur lui, il a eu un déclic révélateur que en s'abstenant de cette substance qu'il va tout droit dans son chemin éclairé. Il a une volonté profonde de transformation de soi vers le mieux ce qui est un point positif pour le cheminement qu'il avait.

5-3- Présentation des résultats de l'échèle de beck

Nous avons passé à Adam l'échelle de dépression de Beck afin d'évaluer le degré de sévérité de la dépression chez lui :

Tableau 11 Présentation des résultats de l'échèle de Beck (Mr Adam)

Numéro d'item	Items	Conditions	Expression
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	1	Je me sens plus découragé qu'avant face à mon avenir
3	Échec dans le passé	1	J'ai échouer plus souvent que je n'aurais dû
4	Perte de plaisir	0	J'ai preuve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
6	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni
7	Sentiment négatif envers soi-même	2	Je suis déçu par moi-même

8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critiqué envers moi-même que je ne l'étais
9	Penser au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable
11	Agitation	2	Je suis si agitée tendu que j'ai du mal à rester tranquille
12	Perte de plaisir	2	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus du mal qu'avant à prendre des décisions
14	Dévalorisation.	2	Je me sens moins valable que les autres
15	Perte d'énergie.	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1b	J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins que avant
Score	27	Degré de la dépression	Modéré

5-4. Analyse de l'échelle de Beck

L'analyse de l'échelle révèle plusieurs items présentant des scores significatifs. Parmi ceux-ci, les éléments tel que perte d'énergie, pleurs (3), tandis que des signes de sentiments de culpabiliser, sentiment négatif envers soi-même, agitation, perte de plaisir, indécision, dévalorisation. Les scores de (2)

Enfin, des signes moins prononcés de dépression sont observés avec un score de (1), incluant tristesse, pessimisme, échec dans le passé, attitude critique envers soi, irritabilité, difficulté à se concentrer, perte d'intérêt pour le sexe, ainsi que modification de l'appétit et modification dans les habitudes de sommeil (1b).

5-4-Présentation de l'échelle de CAST

Tableau 12 : Présentation de l'échelle de CAST (Mr Adam)

Au cours des dernier 12 mois de l'année	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1-avez-vous fumez du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4 X
2-avez-vous fumez du cannabis lorsque vous étiez seul ?	0	1	2 X	3	4
3-avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0	1	2	3 X	4
4-des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation ?	0	1	2	3	4 X
5-des amis au des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation ?	0	1	2 X	3	4
6-avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation du cannabis ?	0	1	2	3	4 X

5-5-Analyse de questionnaire de caste

Lors de passation de questionnaire de CAST, Mr Adam a mis 5 minutes pour le remplir en se référant au résultat obtenu avec un score de 19. Cela montre que le sujet manifeste un risque élevé de dépendance au cannabis un score de 19 sur le test de CAST chez le patient consommateur du cannabis, indique une consommation problématique ou potentiellement adjectif, l'analyse des réponses fournies par le patient aux différentes items de test peut révéler des schémas de comportements liés à la consommation du cannabis et à la difficulté à contrôler ou à réduire l'usage ainsi que les conséquences négatives sur la vie quotidienne et les relations familiales, un score élevé comme celui-ci suggère que Monsieur Adam peut présenter des signes de dépendance ou de problèmes de santé mental associé à sa consommation de cannabis

5-6-Synthèse du cas

A La lumière de l'évaluation de l'échelle de Beck, un résultat modéré, indique la présence notable de symptômes dépressifs chez la personne qui consomme du cannabis.

Ces résultats soulignent les effets préoccupants de la consommation du cannabis sur sa santé mentale. Il est impératif de mettre en œuvre des mesures d'interventions appropriées pour aborder à la fois la dépendance au cannabis et les symptômes dépressifs. Et suite à l'évaluation du Test de CAST chez M. Adam révèle un niveau élevé de consommation problématique de cannabis. Ses réponses aux items du questionnaire soulignent la nécessité d'une intervention immédiate pour aborder sa consommation excessive. Cela indique qu'il y a un lien entre les deux échelles ce qui montre le degré élevé de la dépression et la dépendance au cannabis. Qui était causé par les problèmes familiaux et les mauvaises fréquentations.

L'enquête qui s'est déroulé avec les filles de la résidence universitaire de Bejaïa :

Suite à notre enquête de terrain sur la consommation du Cannabis, nous avons constaté qu'il est plutôt difficile de se rapprocher des consommatrices, car généralement, le sujet est tabou dans notre société. Bien évidemment, les deux sexes sont touchés par ce phénomènes, mais pour ce qui est du sexe féminin, il est encore plus difficile pour une femme dans notre société d'assumer certains comportements, caractères et fléaux, car l'inégalité entre les deux sexes a réduit la femme au statut mineur.

Stigmatisée, humiliée et dominée, la femme ou la jeune fille, est la cible à abattre dans un système patriarcal très imposant. D'ailleurs beaucoup de « féminicide » ont été enregistrés ces dix dernières années, juste pour avoir agis à contre-courant de la morale sociale. Cet état des

lieux, fait partie des raisons qui empêche aujourd'hui la femme de consulter des médecins, des psychiatres et des psychologues pour trouver une prise en charge à leurs situations.

Cela étant, certaines femmes optent pour le suicide juste pour ne pas être démasquées. En effet, qu'elle soit fumeuse de joints cannabis ou autre, la femme est de fait condamné pour son appartenance du genre. C'est d'ailleurs pour cette raison en Algérie, que les statistiques restent dépourvus de données concrètes sur le terrain car la phobie des femmes de subir le dénigrement et la stigmatisation, les empêchent d'aller chercher de l'aide chez les professionnels et du coup nous constatons que l'orientation et la prise en charge médicale et psychologique de ces femmes consommatrices de Cannabis reste difficile à concrétiser.

Ces constatations vont dans le sens des observations faites durant notre enquête de terrain au niveau des résidences universitaires de Bejaia (pépinière et 17 octobre), exceptionnellement avec les consommateurs du cannabis du sexe féminin. Nous avons eu affaire à trois cas, et l'hésitation était au cœur des échanges, c'est pour cette raison que nous avons optées pour des entretiens directs avec la promesse de ne jamais divulguer le secret. La première avoue qu'elle consomme le cannabis suite à des problèmes familiaux, la deuxième est victimes d'un chantage de la part de son petit ami, car après lui avoir manifestes son souhait de mettre fin à la relation, ce dernier la menace par des photos, et des enregistrements, pour la dernière, elle est victime dès sa première année universitaire d'un groupe de filles qui consomment chaque soir dans la chambre du cannabis, mais ce qu'elles partagent comme point de vue, c'est qu'elles ne font pas confiances aux psychologues et psychiatres de peur que ces derniers divulguent leurs secrets.

En conclusion, les femmes sont victimes d'une morale sociale dominante qui les opprimes et encore, les empêche ainsi d'accéder aux soins médicaux contre la consommation excessive des drogues d'une façon générale, d'où il est vital aujourd'hui de chercher les mécanismes sociaux pour permettre à la femme de regagner sa place sociale.

II. Discussion des hypothèses

L'objectif de ce travail de recherche est de détecter la présence d'une dépression liée à la dépendance psychique et physique envers le cannabis chez les personnes adultes.

Au cours de notre entretien nous avons constaté que tous les sujets, se plaignaient de leurs états dépressifs, à travers les résultats obtenus dans l'échelle de Beck (BDI-II) et l'échelle de CAST chez les adultes, nous avons observé que tous les cas, présentent des symptômes dépressifs, et une dépendance au cannabis, par rapport au Beck on trouve : le sentiment de tristesse le sentiment de désespoir et de dévalorisation, sentiment d'échec, et le sentiment de culpabilité,

de plus nous avons remarqués chez certains d'entre eux (cas 1,2,3,4), la présence de certains symptômes physiques tels que : les difficultés de respiratoires , yeux rouge et cernés , tremblement des mains et les maux de tête. Ensuite on a constaté que tous les cas ont une dépendance élevée au cannabis après avoir appliquée le test de CAST ce qui montre qu'ils ne peuvent pas vivre sans consommer du cannabis.

Ensuite, nous sommes arrivés à confirmer notre hypothèse générale qui est « l'addiction au substances psychoactives telles que le cannabis est lié à un haut degré de dépression chez les adultes ». Ce qui indique les résultats généraux des échelles illustrés par le tableau suivant :

Tableau 13 : Les résultats des deux échelles

Cas	Âge	Score échelle de Beck	Degré	Score échelle de Cast	degré	La cause de la consommation
Ali	33	55	Dépression sévère	16	Risque élevé de dépendance	L'obsession de quitter le pays
Hicham	23	33	Dépression sévère	23	Risque très élevé de dépendance	Les mal fréquentations
Lyes	39	35	Dépression sévère	15	Risque élevé de dépendance	Le divorce avec sa femme
Mohand	45	37	Dépression sévère	18	Risque assez élevé de dépendance	Sa situation financière (son emploi)
Adem	28	27	Dépression modérée	19	Risque trop élevé de dépendance	Les problèmes familiale

L'interprétation des résultats de ce tableau montre que les 05 cas présentaient une dépendance sévère.

Quatre cas (Ali, Hicham, Lyes, Mohand), manifestant une dépression élevée « dépression sévère » « norme plus de 29 ». Et l'autre cas « Adem » à une dépression modérée avec un score de 27 ce qui signifie une dépression modérée.

Pour le deuxième test nous avons utilisés l'échelle de CAST qui démontre une dépendance aggravée chez les patients avec un score qui dépasse 7 qui signifie un risque élevé dépendance.

Les patients admis au niveau de l'EHS (établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie) et qui ont constitué notre échantillon de recherche ont tous manifestés un comportement impulsif et agressif envers les autres et aussi envers eux-mêmes (auto- agressivité, hétéro- agressivité)

La recherche sur le lien de causalité entre la dépression et la consommation du cannabis n'y faiblit pas, plusieurs études de recherches ont été établi afin de faire la lumière sur les risques qui courent les personnes consommateurs de cannabis ayant une dépression.

Lorsque nous avons entrepris l'étude sur les effets de la consommation de cannabis chez les patients souffrant de la dépression nous nous attendions à ce que la dépression soit un facteur attribuable à la consommation de cette substance ; nous avons toutefois été très surpris de constater l'ampleur des comportements suicidaires, des idées noires, car nos résultats ont montré qu'un pourcentage significatif des symptômes dépressifs sont attribuables au cannabis.

Ainsi la consommation de cannabis pourrait être dommageable pour la santé mentale, même chez les personnes qui ne présentaient pas de symptômes dépressifs avant de commencer

à consommer du cannabis, la dépression dérive de la consommation de cannabis dont la fréquence allait de quotidienne à occasionnelle.

Suite à ses observations cliniques, le model cognitif de (Beck) insiste sur le fait qu'il existe des pensées dysfonctionnelles, produites par des schémas cognitifs, provenant d'interprétation des événements extérieurs traduites dans un sens toujours négatif. Pour (Beck) la personne dépressive a tendance à devenir moins objective à évaluer l'environnement et l'avenir, de façon négative et pessimiste ainsi à la tendance à se percevoir comme inapte, incapable, indésirable ou indigne et perçoit le monde extérieur comme trop hostile exigent et plein d'obstacles et des difficultés insurmontable. Or la thérapie cognitive élaborée par (Beck) reste la proche thérapeutique la plus utilisé pour les troubles émotifs en particulier celui de la dépression et notamment qui vise à réduire fréquence et l'intensité des pensées automatiques négatives.

Après l'analyse et la discussion des résultats des entretiens cliniques semi directifs et ceux de l'échelle de Beck et l'échelle de Cast, nous sommes arrivé à confirmer notre hypothèse générale.

Les événements conduisant à une dépendance au cannabis chez les adultes varient d'un cas à l'autre, les effets de cette consommation font que la majorité des consommateurs dépendants présentent une dépression, dont l'intensité varie selon chaque individu. Chaque cas est unique.

Notre conclusion de notre étude fait ressortir l'importance des démarches de prévention, axées sur la sensibilisation des personnes aux risques liés au cannabis, tout comme l'acquisition de compétences pour résister et bien gérer la pression et les aléas de la vie quotidienne.

Conclusion Générale

Conclusion générale

Conclusion générale

En concluant notre étude sur la dépression chez les personnes adultes dépendants au cannabis a permis de mettre en lumière des liens significatifs entre l'usage de cette substance et les symptômes dépressifs. L'objectif de cette recherche était d'explorer et de comprendre comment la consommation de cannabis influence l'état psychologique des individus, en particulier en ce qui concerne la dépression.

À travers l'analyse des cas étudiés et l'utilisation de l'échelle de dépression de Beck (BDI-II) et l'échelle de dépendance au cannabis CAST, nous avons observé que tous les sujets présentaient des signes de dépression, dont la gravité variait de modérée à sévère. Ces résultats confirment l'hypothèse générale intitulée « l'addiction au substance psychoactive telle que le cannabis est associé à un haut degré de la dépression chez les personnes adultes » Pour certains, on trouve une dépendance qui donnerait lieu à une symptomatologie dépressive (modérée ou sévère) avec une dépendance (très élevé ou élevé) Est confirmer pour Lyes, Mouhend Hichem, Ali, Adem qui ont un mauvais vécu psychologique exprimé par une symptomatologie dépressif explicite.

Nous avons adopté une approche descriptive basée sur la méthode clinique cette méthode repose sur une étude approfondie et détaillée des sujets en utilisant 3 outils de recherche l'entretien de recherche semi directif, l'échelle de beck et l'échelle de cast, l'utilisation de ses outils d'investigation nous a permis de confirmer notre hypothèse initiale et d'obtenir une compréhension approfondie vécu d'État dépressif chez les personnes adultes dépendant au cannabis.

Notre évaluation a révélé que l'addiction au cannabis entraîne non seulement une dépendance psychologique et physique, mais aussi des symptômes physiques et psychologiques graves. Parmi les symptômes physiques, nous avons identifiées des difficultés respiratoires, des tremblements et des maux de tête. Ces symptômes, combinés aux effets psychologiques de la dépression tels que l'irritabilité, les troubles du sommeil et les difficultés de concentration, soulignent la nécessité d'une prise en charge intégrée et personnalisée pour chaque individu.

Il est essentiel de reconnaître que la consommation du cannabis, souvent perçue comme une forme d'évasion ou de gestion du stress, peut en réalité exacerber les problèmes de santé mentale. Notre avis sur les résultats met en évidence l'importance d'une intervention précoce et d'un accompagnement continu pour aider les patients à réduire leur consommation de cannabis et à améliorer leur bien-être général. Les programmes de traitement doivent inclure des

Conclusion générale

stratégies pour gérer la dépression et les autres troubles psychologiques associés. Un soutien psychologique et une thérapie comportementale cognitive peuvent être particulièrement efficaces dans ce contexte.

Notre recherche souligne également l'urgence d'aborder la consommation de cannabis non seulement comme un problème de toxicomanie, mais aussi comme un facteur contributif majeur à la dépression. Les résultats obtenus appellent à une collaboration étroite entre les professionnels de la santé mentale et ceux spécialisés dans le traitement des addictions. Il est essentiel de développer des stratégies de traitement efficaces et holistiques qui prennent en compte tous les aspects de la santé des patients.

Pour aller plus loin, il serait pertinent de mener des études longitudinales pour mieux comprendre l'évolution de la dépression chez les personnes dépendantes au cannabis et les effets à long terme des différentes interventions thérapeutiques. De plus, des recherches supplémentaires pourraient explorer les mécanismes biologiques et psychosociaux sous-jacents à la corrélation de la dépression et de l'addiction au cannabis.

En ce qui concerne notre avis sur le cannabis, il est clair que bien que certains plaident pour ses effets thérapeutiques, il est crucial de reconnaître et de prendre en compte ses effets néfastes potentiels, surtout chez les personnes vulnérables à la dépression. Une approche équilibrée et informée est nécessaire pour comprendre les risques et les bénéfices potentiels du cannabis, tout en mettant en œuvre des stratégies de prévention et de traitement pour ceux qui en souffrent.

Des lors, nous avons constaté que les événements conduisant à une dépendance au cannabis chez les adultes varient d'un cas à l'autre, les effets de cette consommation font que la majorité de consommateurs dépendants présentent une dépression. Dans l'intensité varie selon chaque individu. Chaque cas est unique.

Cependant, nous avons souligné que l'ensemble des résultats montrent qu'il faut un soutien continu nécessaires pour accompagner les patients en particulier un soutien familiales solide est essentiel pour soutenir les patients dans leur établissement.

Ainsi, il est impératif de continuer à sensibiliser le public et les professionnels sur les risques liés à la consommation de cannabis et sur les moyens de prévenir et de traiter ses effets néfastes sur la santé mentale. En œuvrant ensemble, nous pouvons espérer offrir un avenir plus sain et équilibré aux personnes touchées par ces problématiques complexes. La lutte contre la dépression et l'addiction au cannabis nécessite une approche multidisciplinaire et coordonnée,

Conclusion générale

impliquant la communauté, les services de santé et les politiques publiques pour créer un environnement de soutien et de réhabilitation efficace.

Pour conclure cette étude a mis en lumière l'expérience de la dépression chez les personnes adultes dépendants au cannabis. Elle a ainsi ouvert la porte à des futures recherches sur cette population, jusqu'à présent peu étudiée mais qui mérite une attention particulière. Par conséquent, nous incitons les étudiants et les chercheurs à approfondir ce sujet sous divers aspects. Voici les thèmes que nous jugeons essentiels d'explorer à l'avenir :

-l'impact de la dépression sur la qualité de vie des adultes dépendant au cannabis.

-les effets à long terme de la dépression chez les adultes dépendants au cannabis.

Bibliographie

La Liste bibliographie

Article :

1. Aktouf, O. (1987). Méthodologie des sciences et approches quantitative presses de l'université de Montréal.https://www.researchgate.net/publication/242456854_methodologie_des_sciences_sociales_etdes_et_approche_quantitative_des_organisations.
2. Didier ACIER, 2eme édition (p 35) www.deboek_supérieur.com
3. Office National de lutte contre la drogue et la toxicomanie. www.oncltdt.mjustice.dz

Ouvrage :

1. Acier, D (2016) les addiction paris, France, bock supérieur (P17)
2. Addiction chez les enfants et adolescents paris, G, Picherot, C, Stheneur, (2014) Editions john libbey eurotext.
3. Besançon G, et al, (2005), « *Manuel de psychologie* », Paris, Dunot.
4. Beck, A. Rush, A et Al « La thérapie cognitive de la dépression », Guilford Press, New York, 1979.
5. Beck A, (1998), « *Manuel de l'inventaire de dépression* », Paris, 2eme édition centre de psychologie appliquée.
6. B, (1999), « *L'entretien en clinique* », paris, Dunod.
7. BENONY.H, CHAHRAOUI. KH, (2003), « *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique* », paris, Dunod.
8. Bénony, H, Chahraoui, K. (2005). L'entretien clinique. Paris, France : DOUND.
9. Cottraux, J. Les thérapies comportementales et cognitives Paris. Masson 2006.
10. Dayan, J. (2008). Les dépressions périnatales : évaluer et traiter, Paris : Elsevier Masson
11. François –Rabelais, (2017) « *référentiel de la psychiatrie et Addictologie psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. Addictologie.* », France, collection l'officiel ECN.2016.
12. Obradovic.I, (2002). Le cannabis. (P 28,p 33).
13. Keuassay.S, (2003), « *Mémoire de recherche* », Paris, Vuibert.
14. Lejoyeux.M. (2001), « *addictologie* » 3eme édition : Elsevar. Masson.
15. Laoudj.M, (2022), « *les maladie dépressive* »3eme édition :Elmoudjadid

16. Lowentein Sanchez, m (2023). Addiction aux opiacés et traitement de substitution évaluation des pratique médicale paris, édition, John Libbey eurotext
17. Pedrinielli J-L et Amel B, (2005) « *les états dépressifs* », paris, Armand colin.
18. Peretti, C. (2013). « *Comprendre et soigner la dépression* ». Rome, Italie : Elsevier Masson.
19. Palazzolo, J, « *Dépression et anxiété* », Ed Masson , 2007.
20. Pedinielli.J-L, et Bernoussi. A, Les états dépressifs, Ed Armand Colin, Nathan/Sejer, 2005
21. Poudat, F. « *Approche cognitivo- comportementale des addictions* ». In Venisse JL.,Bailly, D. addiction : quel soins. Paris, Masson, 1987.
22. Reynoud, M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : M Reynaud. Traité d'Addictologie. Paris, Flammarion, 2005, (p20.)
23. Reynaud, M (2005) addiction et psychiatrie Paris. France (P 20)
24. Reynaud M, (2005) addictions et psychiatrie Paris, éditions Masson, Paris
25. Velea,D.(2005) toxicomanie et conduites addictives Paris – édition heurs de France
26. Varsescon, I. (2005). Psychologie des conduites addictive, Ed belin, Paris.
27. Yasmina,S. (2003) , les drogue (p96)
28. Yves, P. et Guy, T. (1972). La drogue. Que-sais-je ? Edition PUE

Manuel :

1. CIM-10. « *Classification internationale des maladies* ».10ème éd. Paris, Masson, 1993
2. DSM-IV. « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ». 4ème éd.Trad. Paris, Masson, 1996 ».
3. Mini DSM-5. (2015). « *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux* ».1174 pages, Paris : Elsevier Masson.

Dictionnaire :

- 1.BLOCH, H et all. (2011). Grand Dictionnaire de la psychologie, Paris : Didier Casalis.
2. SILLA.N. (1999), Dictionnaire de psychologie, Paris, Larousse

Thèse :

1. Djiroun, F. (2022). Cannabis et dépendance : place du pharmacien d'officine. Science pharmaceutique.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr>: dumas-03794577

Site web :

1. Addiction, Inserm 2024. <http://www.inserm.fr/dossier/addiction>.
2. Boudarene, M, 2010 en Algérie, la maladie est de plus en plus draportiquée, midi-libre, Alger
3. Bergeret,1995- toxicomanie et personnalité preuve universitaire. France
4. Croisile, B, (2009) tout sur la mémoire paris, France Odile Jacob
5. Didier Acier, 2^e Edition. P,35. https://www_De Boeck
6. Derguini,M et Habibi,A.2008, Modalité de prise en danger des toxicomanies(ONLDT). Alger
7. Etienne Quertement, sylvie Blairy, Marc Anseau(2010) « Effets du cannabis sur la santé psychologique », Regarde croisé sur le cannabis. p 105.
8. Groupement Romand d'Etude des Addiction (G.R.E.A). 2022, trouble psychiatrique et soin palliatif lauwine. <https://www.grea.ch>
9. Haddad, H. 2008. Concepts et définition de la toxicomanie et la prise en charge des toxicomanie, Algérie. (P. 03)
10. Jeamet, P-H & Lamas, C, Reynaud, M (2006), Traité d'addictologie Flammarion médecine science.
11. Keuassay,S. (2003), « *Mémoire de recherche* », Paris, Vuibert.
- 12.Renaud, A. (2002). Dépression, inconscient et vie psychique : pas si mêlant que ça. [https://www.psychanalyse.com/pdf/DEPRESSION%20INCONSCIENT%20ET%20VIE%20PSYCHIQUE%20\(47%20Pages%20-%20233%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/DEPRESSION%20INCONSCIENT%20ET%20VIE%20PSYCHIQUE%20(47%20Pages%20-%20233%20Ko).pdf)
13. Stanislas Spilka, Eric Janssen (OFDT) et Stéphane Legley (INDE) Note n°2013-01, Saint-Denis, 2013. <https://www.ofdt.fr>
14. Pascal-Henri-Keller, 2023. Explique les dépressions. Carin. Info. France
15. Sylvie. Le Poulichet,1987. Toxicomanies et psychanalyse, preuve universitaire. France.

16. OMS-2023, principaux repères sur la dépression. Genève-Suisse.

Annexe

BDI-II :

L'échelle de Beck :

Consigne :

Ce questionnaire comporte 21 groupes I _énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti (e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe, n° 16 (modification dans l'habitude de sommeil) et le groupe n° 18 (modification de l'appétit).

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
1. je me sens très souvent triste
2. je suis tout le temps triste
3. je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable

2. pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir
1. je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer

3. Échec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. je n'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû

2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec 3. j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.

1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.

2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement.

3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement.

5. sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.

2. Je me sens coupable la plupart du temps.

3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être puni(e)

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).

1. Je sens que je pourrais être puni(e).

2. Je m'attends à puni(e).

3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude

1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais

2. je me rapproche tous mes défauts

3. Je me rapproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitudes critiques envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude

1. Je suis plus critique envers soi-même que j'étais

2. Je me rapproche tous mes défauts
3. je me rapproche tous les malheurs qui arrivent

9. Pensée ou désir de suicide :

0. Je ne pense pas du tout au suicide
1. Il m'arrive de penser à me suicider
2. J'aimerais me suicider
3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait

10. Pleurs

: 0. je ne pleure pas plus qu'avant

1. Je pleure plus qu'avant
2. je voulais pleurer mais j'en suis pas capable

11. agitations :

0. je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude

1. je me sens plus agité(e) que d'habitude
2. je suis si agité (e) que j'ai du mal à rester tranquille
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit

12. Perte d'intérêt :

0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités

1. je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
2. je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit

13. Indécision :

0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant

1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions

2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre qu'elle décision.

14. dévalorisation :

0. Je pense être quelqu'un de valable

1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant

2. je me sens moins valable que les autres

3. J'ai du mal à prendre n'importe décision

15 Perte d'énergie

0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.

1 J'ai moins d'énergie qu'avant.

2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.

3 J'ai trop d'énergie pour faire quoi que ce soit.

3.B. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir 1

6 Modification dans les habitudes de sommeil :

0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.

1a Je dors un peu plus que d'habitude.

1b Je dors un peu moins que d'habitude.

2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.

2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

3a Je dors presque tout la journée.

3b Je me Réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me Rendormir.

17 Irritabilité :

0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.

1 Je suis plus irritable que d'habitude.

2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.

3 Je suis constamment irritable.

18 Modification de l'appétit

0 Mon appétit n'a pas changé.

1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.

1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.

2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

3a Je n'ai pas d'appétit du tout. 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.

1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude

2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.

1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.

2 Je suis fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.

3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.

1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.

2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.

3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Questionnaire CAST (acronyme de Cannabis abuse screening test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? OUI NON

2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?

OUI

NON

3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis ?

OUI

NON

4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de cannabis ?

OUI

NON

5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver

OUI

NON

6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crises d'angoisse, mauvais résultats scolaires...) ?

OUI

NON

Deux réponses positives au test doivent vous amener à vous interroger sur les conséquences de votre consommation. Trois réponses positives ou plus doivent vous amener à demander de l'aide.

Guide d'entretien clinique semi-directif :

-Non :

-Prénom :

-Age :

-Niveau d'instruction :

-Situation professionnelle :

-Situation Familiale :

- vous-êtes ici à l'hôpital depuis quand ?

- combien de fois étiez-vous hospitalisé ?

-Pourquoi êtes-vous hospitalisé ?

- Vous sentez comment actuellement ?

AXE 01 : Les antécédents personnelle et familiaux :

-Est-ce que vous avez des bonnes relations avec vos parents ?

- Avez-vous des membres dans votre famille qui ont des maladies psychiatriques ?

- Avez-vous des membres de votre famille qui ont des addictions ?

- Est-ce que vous avez des amis voisins de votre Age qui consommant ces substances ?

-Est-ce que vous vivez dans un quartier ou il y a du trafic de drogue ?

AXE 02 : Information sur la consommation de cannabis et sa dépression envers le patient :

- Consommez-vous des substances psychoactives, cannabis, drogue, psychotropes, etc. ?

- quand est-ce qu'avez-vous commencé votre consommation de cannabis ?

- Pourquoi consommez-vous ces substances (cannabis) ?

- à quelle fréquence et quelle quantité ?
- Quelles sont les sensations que vous éprouvez quand vous ne pouvez pas consommer la substance en question ?
- Quelle sont les comportements que vous faites ?
- Quelles sont les sensations que vous éprouvez après votre consommation de la substance en question ? et combien ça dure ?
- Dans votre vie quotidienne, est-ce que vous vous sentez dégoûté ou déprimé ?
- Est-ce que vous avez un manque d'appétit
- Avez-vous des troubles de sommeil ?
- Est-ce que vous avez eu dans le passé ou actuellement des idées noires suicides ?
- Est-ce que vous avez déjà passé à l'acte ? Quand et comment ?
- Votre maladie se manifeste comment ?
- Avez- vous déjà demandé de l'aide face à votre problème de drogue ?
- Avez-vous ressenti un « manque » des maux de tête, des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?
- Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans consommée ?
- Vous avez perdu ou pris du poids sans aucun programme de régime ?
- avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?
- Ya-il une personne qui essaye de vous aider pour s'abstenir de votre consommation du cannabis ? De quelle manière ?
- Est-ce que vous avez des difficultés dans votre relation intimes avec votre conjoint ?

AXE 03 : Son avenir

- Comment vous voyez vous dans 10 ans 20 ans à peu près ?
- Quels sont vos projets ?
- est-ce-que vous sentez que consommer de cannabis est vraiment nécessaire ?
- Comptez-vous privilégier votre vie personnelle ou votre vie professionnelle ?

-Que voulez-vous faire plus tard ? Avez-vous un objectif de carrière ?

-Quelle sont vous conseille pour les consommateurs ?

-Comment envisagez-vous de gérer votre consommation de cannabis à l'avenir tout en luttant contre la dépression ?

-Quels sont vos objectifs à long terme pour améliorer votre dépendance au cannabis ?

-Quel changement pensez-vous devoir apporter à votre mode de vie pour favoriser votre rétablissement de la dépression et de la dépendance au cannabis ?

-Avez-vous envisagé des activités alternatives ou des thérapies pour remplacer l'usage du cannabis et amélioré votre bien-être mental ?

Table des matières

Introduction générale.....	1
Chapitre I : Cadre Générale De La Recherche	4
1. Préambule :	4
2. La Problématique :.....	4
3. Les objectifs de notre recherche et raison de choix du thème	8
3.1 Les objectifs de notre recherche :	8
3.2La justification de choix de thème.....	8
4-1- La dépression	8
4-2-Addiction.....	9
4-3-Cannabis.....	9
Chapitre II : La Dépression	10
I. Préambule	10
1- L’histoire de la Dépression	10
2- Définition de la dépression en général :.....	11
3- Épidémiologie	12
4. Les symptômes de la dépression	12
4.1. Les symptômes spécifiques	12
4.2. Les symptômes non spécifiques (les symptômes physiques).....	13
4.2.1 Le syndrome somatique	13
5. Les types de la dépression.....	14
5.1. La dépression mélancolique	14
5.2. La dépression typique, dépression atypique	14
5.3. La dépression saisonnière	15
5.4. La dépression avec symptômes psychotiques	15
5.5 La dépression masquée.....	15
5.6 La dépression unipolaire.....	15
5.7 La dépression bipolaire.....	15
5.8 La dysthymie	16
6. Les causes de la dépression.....	16
6.1 Les causes biologiques	16
6.2 Les causes psychologiques	16
6.3 Les causes sociales et les événements de vie	17
7. les facteurs de risque de la dépression	17
7.1 Facteurs déclenchants	17

7.2 Facteurs prédisposants	17
7.3 Le suicides	18
8. Le point de vue cognitive-comportementale sur la dépression	18
9. Critère Diagnostique de la dépression.....	19
9.1 Diagnostique selon le DSM 5	19
9.2 Diagnostique selon J. PALAZZOLO	19
10.Le traitement de la dépression.....	20
10.1 Le traitement psychologique	20
10.2 Les traitements médicamenteux	20
Synthèse	21
Chapitre III : Addiction Et Cannabis.....	22
I. Préambule	22
II. Addiction	22
1.Définition de l’addiction	22
2.Addiction et dépendance	23
2.1. Dépendance elle caractérise par les maux suivants :.....	23
3. Facteurs de vulnérabilité de l’addiction	24
3.1 Facteurs individuels.....	25
3.2 Facteurs environnementaux.....	25
3.3. Facteurs liés aux substances	25
4. Les conséquences multiple de l’addiction.....	26
4.1 Les conséquences sur la vie quotidienne.....	26
4.2Des complications à longue terme.....	26
5- Les stades de développement d’une dépendance.....	27
5-1-Phase d’essai.....	27
5-2-Phase d’abus.....	27
5-3-Phase d’accoutumance	27
5-4-Dépendance psychique.....	27
5-5-Dépendance aux substances psychoactives	27
6. La classification des dépendances selon le DSM5 ET CIM-10.....	28
7.Critères diagnostique de dépendance selon CIM-10.....	29
8. Les principales approches psychopathologique des addictions	30
8.1 L’approche systémique.....	30
8.2 L’approche cognitivo- comportementaliste.....	30
8.3 L’approche psychosociale	31

8.4 L'approche psychanalytique.....	32
Synthés	33
III. Cannabis	33
1-Histoire du cannabis.....	33
2-La définition du cannabis.....	33
3-Donnée Epidémiologie.....	34
4-Les formes de cannabis.....	34
4-1-L'herbe.....	34
4-2-La résine.....	35
4-3-L'huile	35
5-Risque d'usage du cannabis	36
6-Les effets de cannabis	37
7-Facteurs étiologique de la consommation de cannabis	38
7.1-Facteurs biologique	38
7-2- Facteurs psychologiques	38
7-3-Facteurs sociaux.....	39
8-Traitement du cannabis	39
9-Prise en charge psychothérapeutique	40
9-1-Thérapies cognitive-comportementales	40
9-2-Entretien motivationnel.....	40
9-3-Thérapies familiales	40
9-4-Thérapies d'inspiration analytique	41
Synthèse	41
Chapitre IV : Méthodologie De La Recherche.....	42
I. Préambule	42
1- la présentation de lieu de stage	42
2-Déroulement du stage	43
2-1-Les taches effectuées.....	43
2-2-Les observations.....	44
3-La méthode de la recherche	44
3-1-La pré-enquête	44
3-2-La méthode clinique.....	45
3-3-Etude de cas	46
4-La population d'étude et les caractéristiques de recherche.....	46
5-Les techniques et les outils de recherche	47

5-1- L'entretien clinique	47
5-1-1- L'entretien semi-directif	48
5.1.2 Guide d'entretien	48
5-2- L'échelle de dépression de Beck.....	49
5-3 Echelle de CAST	51
6-La méthode d'analyse dans la présentation des cas	52
Chapitre V : Présentation et analyse des résultats et discussion de l'hypothèse.....	54
Introduction	54
I-Présentation et analyse des résultats	54
1-Le premier cas Mr « Hicham »	54
1-1-présentation de cas	54
1-2-Analyse de l'entretien	54
1-3 : Présentation des résultats de l'échelle.....	57
1-4-Analyse de l'échelle	58
1-5-Présentation des résultats de l'échelle de CAST.....	59
1-6-Analyse du questionnaire de caste	60
1-7-Synthèse de cas Mr Hichem.....	60
2-Le deuxième cas (Mr Lyes)	61
2-1-Présentation de cas	61
2-2-Analyse de l'entretien	61
2-3-présentation de résultat de l'échelle.....	63
2-4-Analyse de l'échelle de Beck.....	66
2-5-Présentation de résultats de l'échelle de CAST	66
2-6-Analyse de l'échelle de CAST	67
2-7-Synthèse du deuxième cas	67
3-Le troisième cas (Mr Mohand)	68
3-1-Présentation du cas.....	68
3-2-Analyse de l'entretien	68
3-3-présentation des résultats de l'échelle de Beck	70
3-4-Analyse de l'échelle de beck.....	72
3-5-présentation des résultats de test cast.....	72
3-6-Analyse de questionnaire de caste	73
3-7-Synthèse du cas de M Mohand :	73
4- Le quatrième cas (Mr Ali).....	74
4-1-Présentation du cas.....	74

4-2-Analyse de l'entretien	74
4-3-Présentation des résultats de l'échèle de beck	76
4-4-Analyse de l'échelle de Beck	78
4-5-Présentation de l'échelle de CAST	79
4-6-Analyse de questionnaire de CAST	79
4-6-Synthèse de cas	80
5- Le cinquième cas « Mr Adem »	80
5-1-Présentation du cas.....	80
5-2-Analyse de L'entretien	80
5-3- Présentation des résultats de l'échèle de beck	82
5-4. Analyse de l'échelle de Beck	84
5-4-Présentation de l'échelle de CAST	84
5-5-Analyse de questionnaire de caste	85
5-6-Synthèse du cas	85
II. Discussion des hypothèses.....	86
Conclusion générale	90
Bibliographie	
Annexes	

Résumé :

La dépression chez les personnes adultes dépendants au cannabis, est une étude en cours de prise en charge psychologique. Et une exploration réalisée à l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir Bejaia.

L'objectif de cette étude est de mesurer l'intensité de la dépression chez les adultes dépendants au cannabis, notamment pour ceux qui sont dépendant à cette substance. Cette recherche est faite avec cinq (5) cas adultes âgées entre 20 et 45ans.

La vérification de notre hypothèse, s'est référée à :

-un entretien semi directif

-aux deux échelles l'échelle de la dépression de Beck (BDI-II) et l'échelle Cast de cannabis.

Les résultats mettent en évidence la confirmation de notre hypothèse qui confirme l'addiction au psychoactive telle que le cannabis est associé un haut degré de dépression chez les jeunes adultes.

Les mots clés : dépression, dépendant, cannabis

Abstract:

Depression in adult's dependent persons consumers on cannabis is a study during treatment. It's an exploration carried out in the Oued Ghir psychiatric hospital.

The aim of this study is to measure the intensity of depression in cannabis dependent adult's persons, particularly those who are addicted on this substance. This research is done with 5 cases adults aged between 20 and 45 years old.

The verification of hypothesis refers to:

-A semi-directive interview, with the beck depression scales and the cast cannabis scale.

The results highlighting the confirmation of our hypothesis which confirms addiction to psychoactive drugs such as cannabis is linked to a high degree of depression in young adults.

Keywords : dépression, addict, cannabis

ملخص:

الاكتئاب لدى البالغين الذين يعتمدون على الحشيش هو دراسة مستمرة للعلاج النفسي. كما تم إجراء بحث بمستشفى الطب النفسي بوادي غير بجاية.

الهدف من هذه الدراسة هو قياس شدة الاكتئاب لدى البالغين الذين يعتمدون على الحشيش، وخاصة بالنسبة لأولئك الذين يعتمدون على هذه المادة. تم إجراء هذا البحث على خمس (5) حالات بالغين تتراوح أعمارهم بين 20 و45 عامًا. يشير التحقق من فرضيتنا إلى:

- مقابلة شبه توجيهية

- كلا المقياسين، مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) ومقياس القنب المصبوب.

وتسلط النتائج الضوء على تأكيد فرضيتنا التي تؤكد أن الإدمان على المواد ذات التأثير النفسي مثل الحشيش يرتبط بدرجة عالية من الاكتئاب لدى الشباب.

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب، المدمن، الحشيش