



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

Thèse N° 205/20

LA RELIGIOSITÉ ET LA CONSOMMATION DU CANNABIS CHEZ LES JEUNES : ETUDE OBSERVATIONNELLE CAS-TÉMOIN

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/12/2020

PAR

Mme. Meryem Himafi

Née le 17 Avril 1996 à Casablanca

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Religiosité-Cannabis-Dépendance-Etude cas-témoïn

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN	PRESIDENT
Professeur d'urologie	
M. RAMMOUZ ISMAIL	RAPPORTEUR
Professeur de psychiatrie	
M. AALOUANE RACHID	} JUGES
Professeur agrégé de psychiatrie	
M. BOUJRAF SAID	
Professeur de biophysique	
Mme. EL FAKIR SAMIRA	
Professeur d'Epidémiologie clinique	

Dédicaces

A mes parents,

A vos encouragements et vos prières qui m'ont toujours soutenu et guidés.

A mon mari,

Qui m'a tant soutenu de ses encouragements positifs et de son indéfectible amour.

A mes frères,

Je vous dédie ce travail comme modeste témoignage de mon profond amour et de mon respect illimité

A ma famille,

A mes amies.

Remerciements

A mon maître et rapporteur de thèse:

Professeur Ismail RAMMOUZ

Professeur de psychiatrie. Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer mon travail. J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction. Vos conseils et recommandations, votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur, et votre attention ont vastement contribué à la réalisation de cette thèse et ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect. Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude.

A mon maître et président de thèse

Professeur FARJH MOULAY HASSAN :

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de présider notre jury de thèse. Veuillez accepter ce travail maître, en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance. Veuillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.

A mon maître et juge de thèse

Professeur AALOUANE Rachid:

Je vous suis très reconnaissant professeur, pour avoir accepté, avec gentillesse et bienveillance, d'examiner ce travail, et pour l'honneur que vous m'avez fait de bien vouloir participer à ce jury. Que ce travail soit, cher maître, le témoignage de mon grand respect et ma haute considération.

A mon maitre et juge de thèse,

Professeur El FAKIR Samira :

Je vous suis très reconnaissant professeur, pour votre générosité dans votre enseignement et pour votre bienveillance et gentillesse d'avoir acceptée de siéger parmi le jury de ma soutenance de thèse. Il m'est particulièrement agréable de vous exprimer ma profonde gratitude et ma grande estime.

A mon maître et juge de thèse

Professeur BOUJRAF SAID :

Veillez accepter professeur, mes vives remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Veillez trouver ici, chère Maître, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

A docteur SAMIR ELGNAOUI

Centre d'addictologie de Fès :

Nous tenons à vous exprimer toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail. Que votre compétence, votre sérieux, votre rigueur au travail, votre sens critique et vos nobles qualités humaines soient pour nous le meilleur exemple à suivre. Veuillez trouver ici, l'expression de nos vifs remerciements et de notre estime.

A docteur FOUZIA ADABI

Centre d'addictologie d'Agadir :

Nous vous portons une grande considération tant pour vos qualités humaines que votre compétence et conscience professionnelles. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profonde gratitude.

Table des matières

PARTIE THEORIQUE	19
Chapitre I : Le cannabis	20
I.1 Historique	20
I.2 Constituants du cannabis.....	21
I.3. Pharmacocinétique du cannabis	22
I.4 Troubles liés à l'usage du cannabis selon DSM V	25
I.5. Epidémiologie des troubles liés au cannabis.....	26
Chapitre II : Etiopathogénie de l'usage de cannabis.....	31
II.1 Facteurs neurobiologiques	31
II.2 Facteurs héréditaires	33
II.3 Facteurs psychopathologiques	34
II.4 Facteurs socioculturels et environnementales	36
Chapitre III : Cannabis et adolescence.....	40
Chapitre IV : La religiosité et la spiritualité.....	42
IV .1 Définition et concepts	42
IV.2 Attitudes des religions vis-à-vis des drogues	44
IV.3 Point de vue de l'islam :	45
Chapitre V: Revue de littérature des études sur le lien entre la religiosité et usage de drogues et alcool.....	48
Chapitre VI : Par quel mécanisme la religiosité pourrait être préventive de l'usage du cannabis	51
VI.1 Les valeurs positives	51
VI.2 La quête du sens.....	51
VI.3 Réduction de l'anxiété et du stress par des rituels et de la méditation.....	52
VI.4 La religiosité réduit de nombreux troubles psychiatriques	52
VI.5 La religiosité améliore la motivation	53
VI.6 Interdiction des comportements de dépendance.....	53
VI.7 la religiosité encourage le soutien social et soutient les liens familiaux	53
VI.8 L'attitude des parents (par exemple, le contrôle parental ou la permissivité...)	54

VI.9 Amélioration de l'observance du traitement et des programmes de réhabilitation.....	54
PARTIE PRATIQUE	55
I Introduction	56
METHODOLOGIE.....	57
Type de l'étude.....	57
Lieu de l'étude :	57
Objectifs de l'étude :	57
Population étudiée:	58
Critères d'inclusion :	58
Critères d'exclusion :	58
Instruments de mesure :	59
Questionnaire sociodémographique.....	59
Evaluation de la dépendance au cannabis	59
Evaluation de La religiosité	59
Déroulement de l'étude :.....	60
Etude statistique.....	60
Ethique	61
RESULTATS.....	62
I. Résultats descriptifs de la population malade.....	63
1. Résultats sociodémographiques.....	63
1.1 L'âge.....	63
1.2 Sexe.....	63
1.3 Niveau scolaire.....	64
1.4 Echec scolaire.....	64
1.5 Milieu de vie.....	65
1.6 Statut marital.....	65
1.7 Statut marital des parents :	66

1.8	Ressources financières	66
1.9	Niveau socioéconomique.....	67
1.10	Statut professionnel	68
2.	Les caractéristiques liées à l'usage des substances psychoactives :.....	69
2.1	Nombre de joints par jour :.....	69
2.2	Consultation volontaire de sevrage :	69
2.3	Antécédents familiaux d'usage de cannabis :	70
2.4	Antécédents familiaux d'usage d'alcool :	70
2.5	Avoir un ami THC :	71
3.	Score CAGE.....	71
3.1	Besoin de réduire la consommation du cannabis :	71
3.2	Ennui quand les gens leurs disent d'arrêter de fumer :	72
3.3	Le vécu d'être coupable de fumer :	73
3.4	Le fait de fumer juste après le réveil :.....	73
3.5	Score total de CAGE.....	74
II.	Résultats descriptifs de la population témoin :.....	75
1.	Résultats sociodémographiques :.....	75
1.1	L'âge :.....	75
1.2	Le sexe :.....	75
1.3	Niveau scolaire :	76
1.4	Echec scolaire :	76
1.5	Milieu de vie :	77
1.6	Statut marital :	77
1.7	Statut marital des parents :	78
1.8	Ressources financières :	79
1.9	Niveau socioéconomique :	80
1.10	Statut professionnel :.....	80
	Résultats analytiques	81

1. Corrélation entre le groupe malade et le groupe témoin concernant les caractéristiques socio-économiques :.....	81
2. Corrélation entre le groupe témoin et le groupe malade concernant le score de BIAC.....	83
3. Corrélation entre le score CAGE et degré de religiosité	84
II. Discussion	86
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	90
RESUMES	93
Résumé	94
ANNEXES.....	101
REFERENCES.....	107

Liste des figures

Figure 1 : Répartition par sexe	63
Figure 2 : Répartition par niveau scolaire.....	64
Figure 3: Taux des redoublants	64
Figure 4: Milieu de vie.....	65
Figure 5 : Statut marital.....	65
Figure 6 : Statut marital des parents	66
Figure 7 : Ressources financières.....	66
Figure 8: Niveau socioéconomique	67
Figure 9: Statut professionnel.....	68
Figure 10: Nombre de joints par jour.....	69
Figure 11: Consultation de sevrage par parents ou eux même	69
Figure 12: Antécédents familiaux de THC	70
Figure 13: Antécédents familiaux d'OH.....	70
Figure 14: Entourage d'amis consommant du cannabis.....	71
Figure 15: Besoin de réduire la consommation du cannabis	72
Figure 16 : Ennui quand les gens leur disent d'arrêter de fumer.....	72
Figure 17: Ressenti d'être coupable de fumer	73
Figure 18: Fumer juste après le réveil	73
Figure 19: Score total de CAGE.....	74
Figure 20: Répartition par sexe	75
Figure 21: Répartition par niveau scolaire	76
Figure 22: Taux des redoublants	76
Figure 23: Milieu de vie	77
Figure 24: Statut marital.....	77

Figure 25: Statut marital des parents	78
Figure 26: Ressources financières.....	79
Figure 27: Niveau socioéconomique	80

Liste des tableaux

Tableau 1: Évolution des prévalences de la consommation des différentes substances psychoactives dans le milieu des lycéens au Maroc selon les enquêtes MedSPAD entre 2006 et 2017.....	29
Tableau 2: Répartition des articles sélectionnés par auteur, année, pays, objectifs, approche méthodologique et principaux résultats	49
Tableau 3:: Caractéristiques sociodémographiques chez la population malade et population témoin	82
Tableau 4: Résultats analytiques de BIAC entre les patients et témoins	83
Tableau 5: Relation entre la sévérité de la dépendance au cannabis et le score BIAC	85

Liste des abréviations

THC	: tétrahydrocannabinol
CBD	: cannabidiol
Vd	: volumes de distribution
11-OH-THC	: 11-hydroxyTHC
11-COOH-THC	: 11-carboxy-THC
ONU	: Organisation des nations Unies
ONUDC	: Office des Nations unies contre la drogue et le crime
ENSPM	: École nationale supérieure du pétrole et des moteurs de l'Institut français du pétrole
MedSPAD	: Mediterranean School Project on Alcohol and other Drugs
ESPAD	: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
CPF	: Compte personnel de formation
NESARC	: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
CAGE	: Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener
ANOVA	: analysis of variance
BIAC	: L'échelle Belief into Action
SCE	: système cannabinoïde endogène
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Le cannabis

I.1 Historique

Selon le chroniqueur islamique al-Maqrizi (1364-1442) en 1155 après JC, le fondateur de la secte perse soufi Hyderi, Haydar, est sorti se promener. Découvrant une plante sans se soucier du soleil flamboyant, il devint curieux et se demanda comment elle résistait à la chaleur desséchante, alors il coupa quelques feuilles et les mâchait au fur et à mesure de son chemin. Il est habituellement un homme taciturne, il revenait dans un cadre inconstant de l'esprit, avec un sourire sur son visage. Ce qu'il avait prétendument découvert était un médicament provenant d'une plante commune. La plante était **du cannabis**.

La plante a reçu sa nomenclature botanique complète de Carolus Linnaeus, le « père de la botanique » suédois, qui l'a nommée *Cannabis sativa* en 1753. Ce dernier nom spécifique dérivé du latin signifiant « cultivé ». (1)

Le moyen le plus probable de diffusion du cannabis en Europe et Le bassin méditerranéen est traversé par les Scythes ou les proto - Scythes, passant de l'Asie centrale à la Russie il y a environ 3500 ans.

En ce qui concerne l'Afrique, le cannabis est arrivé dans les pays arabes très tôt, probablement grâce aux voyageurs arabes et aux commerçants maritimes qui achetaient directement de l'Inde, comme également documenté dans les textes médicaux d'Avicenne (980-1037 CE), un polymathe persan et médecin qui a vécu pendant l'âge d'or islamique, vers 1000 CE. Dans le « Canon de médecine, » il suggère le cannabis pour le traitement des maux de tête, maladie dégénérative des os et des articulations, ophtalmie, œdème général, goutte, blessures et douleurs utérines (2)

Au Maroc, le cannabis a été cultivé et utilisé durant des siècles. L'introduction du cannabis remonte à une période située entre le VIIe et le XVe siècle, à la suite des

conquêtes arabes successives en Afrique du Nord. Au XVIII^e siècle, les montagnes isolées du Rif, au nord du Maroc, deviennent la principale zone de culture. Traditionnellement, l'herbe de cannabis hachée et mélangée à du tabac haché, un mélange connu sous le nom de kif – signifiant « bonheur suprême » – est fumée dans une pipe avec un petit bol en argile ou en cuivre appelé sebsi. Le cannabis était aussi traditionnellement utilisé dans les sucreries (maajoon) et le thé, et dans une moindre mesure pour des usages médico-légaux et religieux. (3)

De nos jours, le cannabis est une plante répandue dans le monde entier, où il est principalement consommé à titre récréatif pour ses effets psychotropes. Il est en effet considéré comme une source de bonheur, capable de susciter des sentiments de joie et de liberté, et il était couramment utilisé dans de nombreux rituels religieux (4)

1.2 Constituants du cannabis

Le cannabis est un terme qui regroupe plusieurs préparations psychoactives de la plante *Cannabis sativa* : marijuana (feuilles et fleurs séchées et moulues), haschich (résine de fleurs) et extraits de cannabis (huiles et concentrés).

Le cannabis contient plus de 400 produits chimiques et plus de 140 cannabinoïdes : le tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD) sont les deux cannabinoïdes les plus fréquemment utilisés.

Le THC est responsable des principaux effets psychoactifs ou « highs » (euphorie, calme, perception et mémoire déformées, effets variables sur l'humeur et altération du jugement).

Le CBD n'a pas d'effets psychoactifs et tend à être utilisé pour un éventail restreint d'usages médicaux approuvés (spasmes en sclérose en plaques, nausée provoquée par la chimiothérapie, douleur neuropathique chronique). Le CBD peut offrir une certaine protection contre les effets psychoactifs du THC. On doit noter que

nos inquiétudes sont principalement reliées aux constituants psychoactifs du cannabis, notamment le THC. (5)

I.3. Pharmacocinétique du cannabis

La pharmacocinétique et les effets observés avec le cannabis dépendent de la formulation et de la voie d'administration.

Absorption :

Les cannabinoïdes administrés par inhalation présentent des pharmacocinétiques similaires à ceux administrés par voie intraveineuse. Après inhalation, les concentrations plasmatiques maximales des THC et CBD sont atteints rapidement (en 3 à 10 min), et les concentrations maximales sont plus élevées par rapport aux ingestions. La biodisponibilité du THC après inhalation serait comprise entre 10% et 35%, attribuable à la variabilité de l'inhalation caractéristiques (nombre, durée et intervalle des bouffées, temps de maintien de la respiration, volume d'inhalation), dispositif d'inhalation, taille des particules inhalées et site de dépôt dans le système respiratoire.

Le CBD inhalé a une biodisponibilité systémique moyenne de 31%, et un profil concentration plasmatique-temps similaire à celle du THC.

Le THC et le CBD sont tous deux hautement lipophiles et ont une faible biodisponibilité orale (estimée à 6% seulement).

Les formulations orales de THC présentent une absorption variable et subissent un métabolisme hépatique de premier passage important, la concentration plasmatique de THC maximale inférieure à celle de l'inhalation et un délai plus long (~ 120 min) pour atteindre la concentration maximale. Après administration orale de CBD, un profil de concentration plasmatique-temps similaire à celui de

Le THC a été observé. Sur la base de ce profil, les formulations orales peuvent

être utiles pour les patients nécessitant soulagements sur une période plus longue.

(6)

Distribution :

Les cannabinoïdes se distribuent rapidement dans les organes bien vascularisés (par ex. Poumon, cœur, cerveau, foie), avec équilibrage ultérieur dans des tissus moins vascularisés.

La distribution peut être affectée par la taille et la composition corporelle, et les états pathologiques influençant la perméabilité des barrières sanguines et tissulaires.

Avec une utilisation chronique, les cannabinoïdes peuvent s'accumuler dans les tissus adipeux. Publication et redistribution ultérieures

(Par exemple dans le contexte d'une perte de poids) peut entraîner la persistance de l'activité des cannabinoïdes pendant plusieurs semaines après l'administration.

Les volumes de distribution (Vd) de CBD et THC sont élevés [respectivement, $Vd\beta \sim 32 \text{ l kg}^{-1}$ (calculé après administration intraveineuse) et $Vd_{ss} 3,4 \text{ l kg}^{-1}$ (calculé après administration par inhalation)]. (6)

Métabolisme :

Le métabolisme du THC est principalement hépatique, via les isozymes du cytochrome P450 (CYP 450) CYP2C9, CYP2C1 et CYP3A4. Le THC est principalement métabolisé en 11-hydroxyTHC (11-OH-THC) et 11-carboxy-THC (11-COOH-THC), qui subit une glucuronidation et est ensuite excrété dans les fèces et l'urine. Le métabolisme se produit également dans les tissus extra-hépatiques qui expriment le CYP450, y compris l'intestin grêle et le cerveau. Le métabolite 11-OH-THC aurait une activité psychoactive.

Surtout, le THC lipophile est capable de traverser le placenta et est excrété

dans le lait maternel humain.

Le CBD est également métabolisé hépatiquement, principalement par les isozymes CYP2C19 et CYP3A4 et en plus, CYP1A1, CYP1A2, CYP2C9 et CYP2D6. Après hydroxylation à 7-hydroxy cannabidiol (7-OH-CBD), il y a en outre un métabolisme hépatique et fécal subséquent, et, dans une moindre mesure, urinaire, et l'excrétion de ces métabolites. (6)

Elimination :

Les estimations de la demi-vie d'élimination du THC varient. Le modèle pharmacocinétique de la population a décrit une demi-vie initiale (environ 6 min) et longue demi-vie terminale (22 h), cette dernière étant influencée par l'équilibration entre les compartiments de stockage des lipides et le sang.

Une demi-vie d'élimination relativement plus longue est observée chez les gros utilisateurs, attribuable à la lenteur de la redistribution depuis des compartiments tels que les tissus adipeux. Par conséquent, les concentrations de THC > 1 µg l⁻¹ peuvent être mesurables dans le sang de gros consommateurs plus de 24 h après la dernière consommation de cannabis.

Il a également été rapporté que le CBD avait une longue demi-vie d'élimination terminale, la demi-vie moyenne après administration intraveineuse étant de 24 ± 6 h et post-inhalation à 31 ± 4 h. Une enquête sur les tests oraux quotidiens répétés a montré que l'administration de CBD a provoqué une demi-vie d'élimination allant de 2 à 5 jours. (6)

I.4 Troubles liés à l'usage du cannabis selon DSM V

Critères diagnostiques

A. Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, durant une période de 12 mois :

1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du cannabis.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer des effets du cannabis.
4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
5. Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage de cannabis qui continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
8. Usage répété du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible

d'avoir été cause ou exacerbe par le cannabis.

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

- a. Besoin de quantités notablement plus fortes du cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
- b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de cannabis.

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

- a. Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis (cf. les critères A et B du sevrage du cannabis, p. 675).
- b. Le cannabis (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

I.5. Epidémiologie des troubles liés au cannabis

Dans le monde :

La drogue la plus largement utilisée dans le monde reste le cannabis, avec une estimation de 188 millions de consommateurs en 2017 (7).

En 2014, 183 millions de personnes ont consommé du cannabis dans le monde, ce qui en fait la drogue la plus consommée devant les amphétamines.

Selon le Rapport mondial de l'ONU sur les drogues, le cannabis reste la drogue de prédilection à l'échelle mondiale.

Au niveau mondial, le cannabis reste de loin la substance illicite la plus largement produite et la plus fréquemment consommée, même si les données à ce sujet sont limitées. En 2009, entre 2,8 % et 4,5 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans – soit entre 125 millions et 203 millions de personnes – avaient consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 mois précédents. La prévalence de la consommation de haschisch dans le monde était de 3,8 % en 2014.

D'après une étude des Nations unies, le « Word drug report » 2015, les 10 pays où on consomme le plus de cannabis dans le monde sont dans l'ordre décroissant : Islande, Zambie, États-Unis, Italie, Nouvelle-Zélande, Nigéria, Canada, Bermudes, Espagne, Australie (8).

Au Maroc :

Selon le Rapport mondial sur les drogues de 2016, publié par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) sur la base des rapports des États membres durant la période 2009–2014, le Maroc reste le premier producteur mondial de résine de cannabis (haschisch), suivi par l'Afghanistan et, dans une moindre mesure, le Liban, l'Inde et le Pakistan (3).

Au Maroc, la prévalence de l'usage des drogues au cours des douze derniers mois dans la population générale (15 ans et plus), est de 4.1%. Cet usage est dominé par le cannabis, à raison de 3,93%, suivi par les sédatifs. (ENPSM–2005)

Dans la majorité des pays selon l'ONUDC, la prévalence annuelle de la consommation de cannabis chez la population âgée de 15 à 64 ans est supérieure à 2% (UNODC, 2011).

Les seuls chiffres de la prévalence d'usage de drogues et d'alcool en population générale proviennent des résultats de l'enquête nationale du Ministère de la santé, réalisée en 2003 sur un échantillon de 6 000 personnes âgées de 15 ans et plus, et qui a révélé une prévalence sur vie entière d'usage de substances psychoactives de 4,1 %, l'abus de substances étant de 3,3 %, alors que la dépendance à une substance est de 2,8 %.

La culture cannabis au Maroc est illégale, ainsi que sa consommation depuis l'indépendance en 1956, et cela a été réaffirmé par une autre interdiction en 1974, mais il est partiellement toléré dans le nord du pays, où il a été cultivé pendant des

siècles. Selon l'Office des nations unies contre la drogue et le crime (UNODC), le Maroc était le premier producteur et exportateur de haschich au monde. La récolte marocaine de cannabis aurait été faite, selon l'UNODC, sur 134 000 hectares en 2003, c'est-à-dire sur 1,48 % des terres cultivables du pays. Quelque 3 070 tonnes de haschich aurait été produites cette année-là à partir de la récolte de cannabis. Mais, depuis, les cultures de cannabis ont baissé : 72 500 hectares en 2005 (1 066 tonnes de haschich), après éradication de 15 160 hectares par les autorités marocaines, puis par la suite la superficie a baissé jusqu'à 37 000 hectares en 2016, et le Maroc est passé au deuxième rang des pays producteurs après l'Afghanistan.

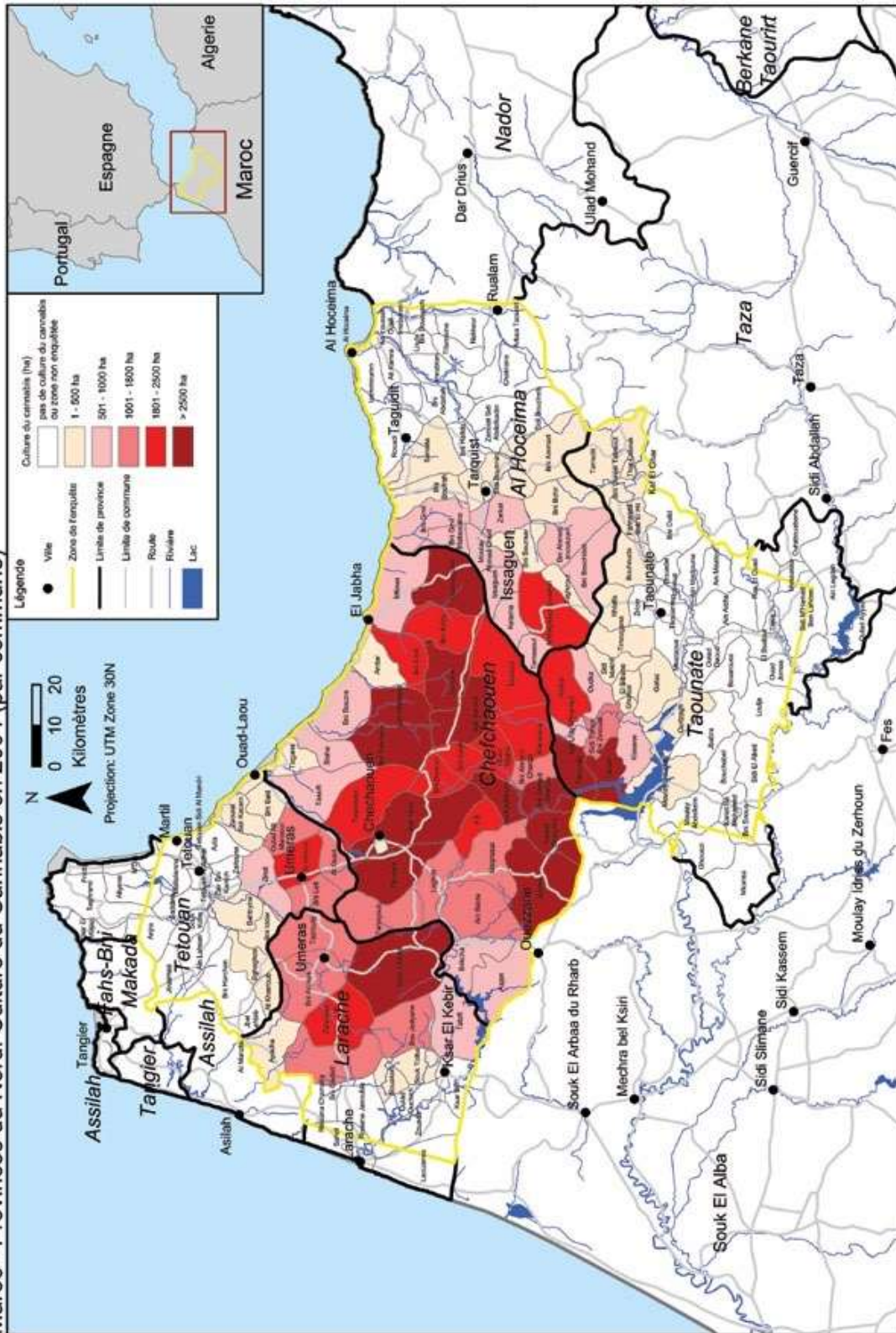
La consommation de drogues et les dépendances concernent, de plus en plus, des populations jeunes. Il existe plusieurs enquêtes au sein des populations en milieu scolaire. L'enquête épidémiologique la plus importante est celle de MedSPAD (Mediterranean School Project on Alcohol and other Drugs), une adaptation marocaine de l'enquête européenne ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) et qui objective la surveillance de l'évolution de la consommation des drogues chez les jeunes.

À travers les résultats de MedSPAD (tableau), la prévalence augmente avec l'âge, les garçons sont plus touchés que les filles, et les premiers usages commencent vers 11 ans, alors que la tranche d'âge des 15-17 ans constitue l'âge charnière entre un usage expérimental et régulier. Pour la même tranche d'âge, une légère augmentation des chiffres de prévalence est observée entre l'enquête MedSPAD 2013 et MedSPAD 2017, pour le tabac, l'alcool, le cannabis et les somnifères. Les chiffres de prévalence concernant les psychotropes paraissent augmentés par rapport à ceux trouvés en 2009, principalement pour les filles (9).

Tableau 1: Évolution des prévalences de la consommation des différentes substances psychoactives dans le milieu des lycéens au Maroc selon les enquêtes MedSPAD entre 2006 et 2017

Produit /prévalence	2006	2009	2013	2017
	N = 2 139	N = 6 314	N = 5 707	N = 7 055
Cannabis / un an	9,2 % G 0,7 % F	8,5 % G 1,3 % F	6,4 % G 0,7 % F	12,0 % G 1,2 % F
Cannabis / vie entière	12,5 % G 1,5 % F	12,9 % G 2,5 % F	9,5 % G 2,1 % F	17,6 % G 1,9 % F
G : garçons. F : filles.				

Maroc - Provinces du Nord: Culture du Cannabis en 2004 (par commune)



APDN (Maroc) - ONUDC/ICMP Enquête sur le Cannabis 2004
 Les frontières et les noms indiqués et les désignations employées sur cette carte n' impliquent pas reconnaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies.

Chapitre II : Etiopathogénie de l'usage de cannabis

II.1 Facteurs neurobiologiques

Sur le plan chronologique, les nombreuses modifications neurobiologiques qui accompagnent l'installation de l'addiction vont d'abord affecter le circuit de la récompense, contribuant au développement d'un état dysphorique et d'une moindre motivation à l'apprentissage de nouveaux comportements.

Le système de récompense peut être sujet à un dysfonctionnement à trois niveaux différents : le premier est lié aux dysfonctions cognitives, par exemple troubles de l'attention et de la concentration. Le second niveau consiste en une altération directe de la voie mésolimbique. Le troisième niveau consiste en des changements de la fonction de l'hippocampe, impliquée dans les processus de mémoire. Ces trois domaines sont vulnérables à l'influence du cannabis en raison d'une substance psychotrope, le tétrahydrocannabinol, qui a un effet aigu fortement stimulant sur les voies mésolimbiques dopaminergiques (10). Initialement l'intoxication au cannabis déclenche un sentiment d'euphorie pouvant se transformer en un état de dysphorie et d'anxiété avec des attaques de panique. En cas de dosage plus élevé des symptômes psychotiques peuvent apparaître. Les idées délirantes de persécution avec des troubles de la perception sont des symptômes typiques d'une telle phase. Une intoxication aiguë, dans la règle s'accompagne de troubles cognitifs, spécialement de l'attention et de la capacité de différencier les stimuli importants des moins importants (11), en altérant les processus inhibiteurs nécessaires à la hiérarchisation de l'information. Les autres effets à court terme sont résumés dans le tableau 1.

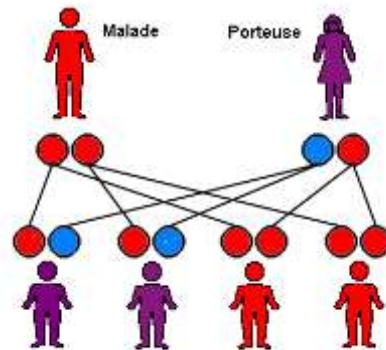
Neurobiologie	Symptômes
Augmentation de la dopamine <i>(voies mésolimbiques et mésocorticales)</i>	Euphorie, dysphorie Anxiété, attaques de panique Idées délirantes Troubles de la perception Hallucinations Troubles de l'attention
Inhibition GABA et glutamate	Réduction de la motricité
Blocage de l'acétylcholine <i>(Hippocampe)</i>	Troubles de la mémoire

Tableau 1. Effets à court terme du Cannabis.

Il s'y associe secondairement, notamment au niveau de l'amygdale étendue, de nombreuses perturbations qui favorisent le développement d'un état de stress chronique, et d'une dérégulation des émotions et de l'humeur qui affectent les choix et les décisions. Face à cette dérégulation affectivo-émotionnelle du système limbique, le CPF devenu hypoactif ne peut plus assurer son contrôle inhibiteur. En ce qui concerne les cognitions chaudes, le déséquilibre de la balance préfrontolimbique favorise l'impulsivité, une labilité émotionnelle, des réponses inappropriées et exagérées au stress, ainsi que des consommations compulsives. La modalité compulsive est aussi liée à l'automatisation des comportements au niveau du striatum et est associée à un sentiment de culpabilité.

II.2 Facteurs héréditaires

Génétiquement, on ne serait pas tous égaux face aux conséquences néfastes du cannabis. C'est le cas des porteurs de deux copies VAL158 du gène codant pour la COMT, une enzyme qui règle les niveaux de dopamine dans certaines régions du cerveau.



Selon Kennedy (2003), les gènes auraient un impact sur le risque de troubles psychotiques ultérieurs chez des adolescents consommateurs de cannabis : les porteurs de deux copies de la variante VAL158 du gène COMT présentent un risque significativement accru de souffrir de ces troubles, par rapport aux porteurs d'une seule copie, et aux porteurs de la variante MET158. Les porteurs de cette "vulnérabilité" sont présents en proportion significative dans la population générale (12).

Marie-Odile Krebs du CNR (2014 et 2019) révèle certaines variantes génétiques du récepteur aux endocannabinoïdes CNR1, récepteur sur lequel agit le THC (Tétrahydrocannabinol, principal composant du cannabis). "L'haplotype AAA du gène, présent chez environ 30 % des sujets, semble moins souvent associé aux effets psychotiques que les autres haplotypes. Cela suggère l'existence de facteurs génétiques qui prédisposent à ce type de symptômes, indépendamment des habitudes de consommation", explique Marie-Odile Krebs*, responsable de cette

étude. Dans un cerveau en pleine maturation, les cannabinoïdes peuvent perturber le développement du système limbique qui est déterminant dans le fonctionnement, le comportement, et l'émergence de troubles psychiatriques (13).

Ces deux études confirment que la consommation de cannabinoïdes chez les adolescents et les jeunes adultes a un impact négatif à long terme sur le développement cérébral, qui peut être majoré en cas de troubles psychiatriques préexistants.

II.3 Facteurs psychopathologiques

Une question majeure concernant l'impact du cannabis chez les adolescents et son rôle dans les troubles affectifs négatifs, comme les troubles dépressifs majeurs, qui sont de plus en plus pesants dans le monde (14).

Bien qu'il soit généralement classé parmi les perturbateurs du système nerveux central, en raison des altérations de la conscience qu'il induit, le cannabis produit d'autres effets, stimulants et dépresseurs, qui compliquent sa classification comme substance psychoactive. Ces effets aigus du cannabis sont modulés par la personnalité du consommateur ainsi que par les circonstances de consommation, mais ils se manifestent généralement en deux phases successives (Ben Amar et Léonard, 2002). Au cours de la première phase, celle de la stimulation, le consommateur ressent une euphorie modérée, sa pensée se fragmente, il se sent sociable, pouvant être enclin à des éclats de rire. Il a aussi l'impression d'une plus grande acuité sensorielle. Les sons et les couleurs, aussi ordinaires soient-ils, deviennent attrayants à ses yeux. Sa libido et ses sensations sexuelles peuvent, quant à elles, être amplifiées. Pendant la seconde phase, la phase de torpeur, on observe chez le consommateur un ralentissement psychomoteur significatif. C'est à cette seconde phase que sont habituellement associées les atteintes cognitives produites

par le cannabis, comme les problèmes de concentration. Selon notre expérience clinique, le caractère agréable de cette seconde phase pourrait provenir de l'état de détachement induit chez le consommateur, un état de dissociation par rapport aux tracas quotidiens et aux souvenirs aversifs. Outre ses effets stimulants et dépresseurs, la consommation de cannabis s'accompagne d'altérations de la perception du temps et de l'espace. De plus, le cannabis stimule l'appétit (« munchies ») et possède des propriétés anxiolytiques, analgésiques et antiémétiques (Martin et collaborateurs, 2002). De tous ces effets, la fragmentation de la pensée, les atteintes cognitives de même que les altérations perceptuelles sont les manifestations du cannabis qui rappellent le plus étroitement la complexe symptomatologie schizophrénique

La consommation précoce de cannabis chez les adolescents est également associée à une augmentation des idées suicidaires et des tentatives au début de l'âge adulte (15).

Expression symptomatique de la dépression dans cette population fréquemment comportementale :

- Irritabilité [STAR-D: Davis et al. 2006]
- Conduites de risques [Havard et al. 2006]
- Comportements agressifs
- Conduites suicidaires [STAR-D: Davis et al. 2006]
- Intoxications massives
- Réveil de l'appétence pour les substance (16).

Etude NESARC [Conway et al. 2006] :

- 48,5% des sujets dépendants au cannabis ont présenté des troubles anxieux sur la vie entière:

- 22,5% attaques de panique
- 21% phobies sociales – 21% des troubles anxieux généralisés)
- NESARC Study:
 - 23% des sujets dépendants au cannabis ont présenté un épisode maniaque au cours de leur vie.
 - 10% un épisode hypomaniaque [Conway et al. 2006]
 - Associé avec troubles maniaques [Baethge et al. 2001, Strakowski et al. 2000]
 - Fréquence de la dépendance au cannabis chez les patients bipolaires (n=471) : 29% [Agrawal et al. 2011]

Les troubles de la personnalité et les troubles liés à l'usage de substances sont très comorbides et fréquents chez les jeunes adultes (17)

Les troubles de personnalité antisociales sont plus fréquents chez les sujets dépendants au cannabis que chez les non consommateurs [Hasin et al. 2011]

Sujets consommateurs de cannabis avaient une symptomatologie psychotique aggravée par rapport aux sujets non consommateurs, en particulier symptômes positifs et de désorganisation [Foti et al. 2010]

II.4 Facteurs socioculturels et environnementales

Les pairs sont reconnus comme une importante source de socialisation à l'adolescence. Les connaissances scientifiques leur attribuent un rôle prépondérant dans les comportements déviants et de prise de risque incluant la consommation de substances psychoactives. L'influence des pairs s'exercerait de plusieurs façons : pressions directes et indirectes, modelage, renforcements, culture et normes. Néanmoins, certains adolescents semblent plus vulnérables à cette influence. Il est probable que l'influence des amis dépende entre autre des caractéristiques de ces

amis et de celles des adolescents. Les études récentes sur l'influence des amis se sont centrées sur des caractéristiques telles que l'orientation vers les pairs ou le conformisme, mais très peu d'études se sont attardées à l'importance de la popularité relative des jeunes par rapport à celle de leurs amis (18).

Le phénomène de rupture scolaire est très souvent accompagné d'une rupture dans la continuité des liens avec la famille et les pairs (19, 20, 21). Ces adolescents rencontrent des difficultés à avoir une « vie de famille », à être et à se sentir encadrés par leurs parents. Leurs familles sont souvent touchées par des séparations, des divorces et sont marquées par la violence ou la présence de pathologies psychiques. La fonction de la famille au cours des premières années de développement n'a pu être efficace et les liens de l'adolescent avec ses parents et sa fratrie sont souvent précaires. Des nombreux travaux ont montré l'impact des expériences au sein de la famille sur le développement de troubles psychologiques. Le contrôle et le support parental exercé durant l'enfance ont été mis en lien par exemple, avec l'apparition de conduites déviantes et avec le développement de conduites à risques incluant notamment la consommation de substance psychoactives (22). Une expérience de vie au sein d'une famille ayant des relations précaires sur le plan affectif (ou lorsqu'il y a un véritable éclatement des liens) est considérée comme un facteur de risque important de dépendance à des substances (23, 24, 25). L'association entre le fonctionnement familial pendant l'enfance et l'ajustement social à l'adolescence a aussi été démontrée, notamment en ce qui concerne les troubles des 50 comportements (26). Dans une recherche réalisée auprès d'adolescents de milieux défavorisés, le fonctionnement familial (aptitudes parentales dans les soins, présence de conflits au sein de la famille) est associé au bien-être psychologique de l'adolescent, à la satisfaction en relation à la vie, à l'estime de soi ainsi qu'à la capacité

à s'ajuster à la vie scolaire (27). La composition familiale est également signalée comme étant un élément important en lien avec le développement et avec la consommation de substances psychoactives, notamment le cannabis (Hoffmann, 1995). Selon Kuntsche et Rainer (2004), il existe des évidences pour affirmer que des adolescents issus de familles monoparentales montrent un degré de consommation de drogues significativement plus élevé que ceux vivant avec les deux parents. Une autre étude réalisée auprès d'adolescents âgés de 13 à 15 ans en Angleterre et en France montre l'impact de la structure familiale sur la consommation de substances. Le fait de vivre seul avec l'un des parents ou d'appartenir à une famille recomposée est signalé comme un facteur de risque de consommation de substances psychoactives dont le cannabis (Ledoux et al., 2002). Le divorce précoce des parents a été signalé également comme ayant une influence sur la santé mentale des adolescents, notamment sur la consommation de substances psychoactives (ibid.). De même, les antécédents de consommation de substances dans la famille semblent jouer un rôle important dans le fait que les adolescents consomment et ne se représentent pas cette consommation comme étant problématique (28). Parallèlement, des études s'intéressant au stress chez l'adolescent montrent que le stress causé par les relations familiales difficiles (conflits, séparations) a un impact sur la consommation de cannabis (29–30). Une autre étude réalisée auprès d'un échantillon de 559 adolescents français âgés de 13 à 18 ans, montre que l'attitude des parents envers la consommation de substances joue également un rôle important. Une attitude laxiste des parents peut contribuer à une aggravation de ce phénomène (31). La famille constitue également une source de facteurs de protection contre les troubles psychologiques chez l'enfant et l'adolescent car elle est à la base du processus de socialisation. Une étude réalisée auprès de plus de 3000 adolescents

suisses confirme l'effet protecteur d'une attitude éducative soudée de la part des parents (32). La sécurité affective au sein de la famille ainsi qu'une bonne communication, sont signalées comme des facteurs de protection contre la consommation de substances, ceci en dépit d'une éventuelle mauvaise influence du groupe de pairs (33).

Chapitre III : Cannabis et adolescence

La période de l'adolescence est définie comme la période de transition, la période allant de l'enfance à l'âge adulte, qui correspond approximativement à l'âge de 10 à 19 ans, bien que la tranche d'âge précise de l'adolescence soit mal définie. Il est accompagné d'un certain nombre de changements comportementaux et sociaux, tels qu'une augmentation des interactions sociales dirigées par les pairs et une plus grande prise de risques, qui aident les adolescents à devenir indépendants de la cellule familiale. Le début de consommation de cannabis pendant cette période peut être symptomatique de cette exploration accrue et la recherche de la nouveauté. En effet, plus de la moitié de la consommation de cannabis commence à l'adolescence.

Il est inquiétant de constater que la période de l'adolescence est également considérée comme la période de la plus grande vulnérabilité aux problèmes liés à la consommation de substances.

les consommateurs de cannabis (c'est-à-dire ceux qui ont commencé avant l'âge de 15 ans) sont également plus susceptibles de persister dans l'utilisation et l'expérience des problèmes plus importants liés à la consommation plus tard dans la vie, par rapport aux utilisateurs tardifs (34). Une majorité des admissions aux établissements de traitement des problèmes liés à la consommation de cannabis (près de 30 %) se produisent également entre 12 et 17 ans, mettre en évidence le danger potentiel d'une consommation précoce de cannabis (35).

La période de l'adolescence est également accompagnée d'importants événements neuro-développementaux qui conduisent aux changements de comportement et la maturation cognitive (Brenhouse & Andersen, 2011).

Les changements neuro-maturationnels survenus au cours de l'adolescence sont en grande partie liés à l'augmentation de la spécialisation fonctionnelle, par laquelle

les synapses qui sont surproduit dans le cerveau pendant la période prénatale et au début des périodes postnatales sont supprimées pendant la transition à l'âge adulte (Selemon, 2013). Cette synapse massive (appelé "élagage synaptique") et la réduction de la connectivité et la densité synaptiques se produisent dans de vastes régions corticales et sous-corticales qui guident les fonctions cérébrales complexes, notamment la planification des objectifs, le raisonnement et le contrôle des impulsions (36, 37, 38). Il est proposé que la maturation à travers les réseaux corticolimbiques, en particulier l'augmentation des connexions inhibitrices à travers les régions limbiques, qui se caractérisent par des comportements plus impulsifs, comme l'adolescence, un comportement plus réglementé (39). Il est inquiétant de constater que les insultes extérieures telles que l'exposition à des substances d'abus (par exemple, le cannabis) pendant cette période critique de développement neurologique peut interférer avec des événements normaux de maturation, présentant un risque élevé de problèmes cognitifs plus tard dans la vie (40, 41, 42).

La vulnérabilité particulière du cerveau de l'adolescent à l'exposition au cannabis peut être partiellement liée à la tendance du développement du système cannabinoïde endogène (SCE) dans le cerveau. Le système cannabinoïde endogène comprend les récepteurs cannabinoïdes qui non seulement dirigent l'effet du cannabis dans le cerveau, mais sont impliqués de manière cruciale dans le développement neural pendant la période postnatale et l'adolescence (44).

Chapitre IV : La religiosité et la spiritualité

IV .1 Définition et concepts

- La religion est définie comme un système organisé de valeurs et de croyances qui servent de guides moraux et sociaux. De nombreuses cultures ont développé leurs propres systèmes religieux. La plupart des religions peuvent avoir développé des concepts traitant des origines de la vie, du bon et du mauvais comportement moral, ainsi que des hypothèses sur l'au-delà (45).
- La religion est l'un des phénomènes humains les plus distinctifs qui peuvent être source de croissance individuelle et communautaire, de force, de solidarité sociale et de résilience (46).
- Le mot latin spiritus est à l'origine du mot spirituel, ce qui signifie souffler ou respirer, et signifie ce qui donne vie à l'âme (47)
- La spiritualité transcende en effet la vision purement scientifique du mesurable, ainsi que le monde de nos pensées et de nos idées, pour inscrire l'humain dans un au-delà de lui-même qui le porte et lui donne consistance, en même temps qu'il lui confère son identité profonde (48)
- La religiosité fait référence à « une évaluation des aspects positifs, personnels et conséquences sociales de la pratique religieuse, ainsi que la croyance en l'existence d'un être suprême » (49, 50, 51).
- La religiosité est la compréhension, et l'obéissance d'une personne à croire en une religion en pratiquant ses valeurs, ses règles et ses obligations pour l'encourager à se comporter et à agir selon les enseignements de la religion dans la vie quotidienne, y compris au travail (52) .

Le concept de religiosité est désormais une force sociale commune qui influence le comportement humain. La religion fait référence à la valeur et à l'attitude des gens dans l'exercice de leurs activités basé sur leur concept de religion (5).

Le concept de religiosité a été défini par plusieurs auteurs. Mokhlis (2006: 64) définit la religion comme le degré auquel certaines valeurs et croyances à certains idéaux sont tenu, pratiqué et devenu comme une marque d'identité. Selon Patel (2010), le concept de religiosité est défini comme le degré auquel un individu est attaché à un groupe religieux particulier. La définition que Delener (1990) donne au concept de religiosité rejoint celui de Patel (2010). Bonewell (2008) définit la religiosité suivant la même perspective que celle d'Allport et Ross (1967: 141) en montrant que la religiosité est un terme utilisé pour mentionner le fait qu'un individu est religieux; cela signifie que la religiosité est définie comme degré de croyance d'un individu ou l'engagement d'un individu, ou le degré de foi ou le système de croyance d'un individu; cependant, contrairement à d'autres auteurs, Bonewell (2008) va plus loin dans leurs définitions en distinguant deux types de religiosité qui composent le concept de religiosité: l'extrinsèque et l'intrinsèque religiosité; selon ces auteurs, la religiosité extrinsèque peut être défini comme l'acte de se référer à l'utilisation de la religion ou l'utilisation de la foi religieuse pour apporter du réconfort ou améliorer son statut, alors que la religiosité intrinsèque consiste à intégrer la religion ou la foi religieuse dans sa propre vie et en faire une valeur religieuse

Barber (2019) explique que la spiritualité est un voyage, une recherche de la vérité. Dans son étude descriptive, une analyse de 265 livres publiés et articles, Cook (2004) a constaté que le concept de spiritualité avait 13 composantes conceptuelles; parmi ces 13 composantes, la transcendance et la relation étaient les composantes conceptuelles les plus référencées de la spiritualité. L'analyse en huit étapes de ces

concepts était réalisée par (54) incluant à l'immatérialité comme l'un des termes liés à la spiritualité. La littérature a révélé différents synonymes de ce concept tels que la signification personnelle, l'objectif, les valeurs, les croyances et la connectivité (Cook, 2004; Florczak, 2010; Lavorato Neto et al., 2018; McEwan, 2004; O'Brien, 2011; Paul et al., 2010; Yeşilçınar et al., 2018) et a en outre des significations interdépendantes de détresse spirituelle, de besoin spirituel et de bien-être spirituel (Lavorato Neto et al., 2018; Paul et al., 2010; White, Peters et Schim, 2011).

La spiritualité est abstraite et subjective, avec de nombreuses hypothèses. C'est une interconnexion de quelque chose au-delà de nous-mêmes et connecte quelque chose à l'intérieur de nous-mêmes (55 et 56), et les gens interprètent et expérimentent leur spiritualité de différentes manières à travers la pratique d'une certaine religion (57) ou en dehors d'un système religieux organisé ou avec un mélange de différentes traditions religieuses et philosophiques (58 et 59). Par exemple, des groupes de discussion parmi les étudiants en sciences infirmières amérindiennes révèlent que Les Amérindiens expriment leur spiritualité à travers cinq attributs : (a) relation, (b) unité, (c) honneur, (d) équilibre et (e) guérison (60 et 61).

IV.2 Attitudes des religions vis-à-vis des drogues

Il a été largement rapporté que la religion influence, atténue et améliore la résilience face aux comportements nocifs, favorisant ainsi une bonne santé et un bien-être général des adolescents, des jeunes et des adultes(62).

Dans le judéo-christianisme : il n'y a pas de condamnation de l'alcool. Au contraire, le vin est considéré comme faisant partie de la vie ordinaire et même recommandé dans certaines cérémonies. « The central sacramental observances » aussi bien dans le judaïsme que dans le christianisme incluent la consommation de vin. Les enseignements judéo-chrétiens approuvent la consommation modérée de

l'alcool.

Toutefois, il existe des textes bibliques qui interdisent la consommation d'alcool vu qu'il engendre du mal, des dégâts, du handicap (63). Ça serait l'utilisation excessive et l'abus qui sont dénoncés par les enseignements religieux, comme pêchés. L'utilisation des substances psychoactives, l'ivresse et l'utilisation de l'alcool de manière à causer des dégâts ou des handicaps est considérée comme un pêché vu le risque pour soi et pour autrui.

La consommation d'alcool et de certaines drogues est strictement prohibée, et considéré comme injonction religieuse pour les religions suivantes : islam, pentecôtistes, mormons, les adventistes du 7ème jour et certains bouddhistes (64). Dans certaines religions, la consommation de substances hallucinogènes permet la transcendance et le contact avec la force divine (religions hawaïennes et polynésiennes) (65).

IV.3 Point de vue de l'islam :

Le point de vue islamique sur les drogues est très clair. Les drogues sont des substances qui affectent l'esprit, qui est l'un des éléments à protéger pour maintenir la condition appropriée pour le souvenir de Dieu, Allah et pour les prières. Allah, Dieu le Tout-Puissant, notre créateur a envoyé la révélation suivante mentionnée dans le Saint Coran comme suit :

Ils t'interrogent au sujet du vin et des jeux de hasard. Dis: "Dans les deux il y a un grand pêché et quelques avantages pour les gens; mais dans les deux, le pêché est plus grand que l'utilité". Et ils t'interrogent: "Que doit-on dépenser (pour Allah)?" Dis: "L'excédent de vos biens." Ainsi, Allah vous explique Ses versets afin que vous méditez (afin que vous réfléchissiez).

AlBaqarah (2:219)

Ô les croyants! N'approchez pas de la Prière (Salat) alors que vous êtes ivres jusqu'à ce que vous compreniez ce que vous dites, et aussi quand vous êtes en état d'impureté à moins que vous ne soyez en voyage – jusqu'à ce que vous ayez pris un bain rituel. Si vous êtes malades ou en voyage, ou si l'un de vous revient du lieu où il a fait ses besoins, ou si vous avez touché à des femmes et que vous ne trouviez pas d'eau, alors recourez à une terre pure, et passez-vous-en sur vos visages et sur vos mains. Allah, en vérité, est Indulgent et Pardonneur

Al-Nisa (4:43)

Ce n'est pas un péché pour ceux qui ont la foi et font de bonnes œuvres en ce qu'ils ont consommé (du vin et des gains des jeux de hasard avant leur prohibition) pourvu qu'ils soient pieux (en évitant les choses interdites après en avoir eu connaissance) et qu'ils croient (en acceptant leur prohibition) et qu'ils fassent de bonnes œuvres; puis qui (continuent) d'être pieux et de croire et qui (demeurent) pieux et bienfaisants. Car Allah aime les bienfaisants.

Maidah (5:93)

Ces versets sont tirés du Saint Coran, parmi d'autres ont spécifiquement souligné l'interdiction de la consommation d'alcool, de drogues et d'autres intoxicants, et que non seulement on nous a demandé de se distancier de l'usage, mais aussi la production, la croissance, la culture, la transformation, le stockage, le transport, la vente, le commerce et tous autres activités commerciales et non commerciales lié à la substance

Ibn 'Umar a rapporté que le Messenger d'Allah (ﷺ) a dit : « Tout produit enivrant est khamr (vin) et tout khamr est interdit (haram). Quiconque boit du vin dans ce monde et meurt sans s'être repenti n'en boira pas dans l'autre monde (au Paradis). » (Mousslim)

Djâbir a rapporté que le Messenger d'Allah (ﷺ) a dit : « Tout ce qui rend ivre en grande quantité est interdit en petite quantité. » (Al-Tirmidhî, Abou Dawoud et Ibn Mâdja)

Le Prophète (ﷺ) a dit : « Celui qui désobéit à ses parents, s'adonne aux paris, rappelle aux autres ses actes de charités envers eux ou a l'habitude d'être ivre ne rentrera pas au Paradis. » (Al-Dârimî).

Ibn 'Abbâs a rapporté que le Messenger d'Allah (ﷺ) a dit : « Si un alcoolique chronique décède, il rencontrera Allah comme celui qui adore les idoles. » (Ahmed et Ibn Mâdja).

Pourquoi l'islam s'oppose à la drogue et à l'intoxication ? C'est parce que les drogues et les substances intoxicantes contiennent des produits chimiques qui n'ont aucun avantage direct pour l'état physique, mental et spirituel de l'homme.

Les substances chimiques présentes dans ces substances psychoactives provoquent l'ivresse de l'utilisateur, perdant ainsi conscience et contrôle sur leur physique et état mental. Cela pourrait conduire à une surabondance de comportements non sollicités et non moralistes (66)

Chapitre V: Revue de littérature des études sur le lien entre la religiosité et usage de drogues et alcool

Des études ont montré que la relation entre spiritualité, religiosité et abus d'alcool et d'autres drogues font l'objet de débats depuis de nombreuses années, mais le nombre d'études publiées montre que son influence est encore relativement peu analysée par rapport aux enquêtes qui ne traitent ces facteurs que comme de simples données sociodémographiques.

Comme observé dans les études décrites dans le tableau, l'usage de drogues, principalement de l'alcool, a été décrit dans la littérature comme un aspect influencé par la religion professée et par la pratique religieuse de l'individu, agissant comme un facteur de protection de la population vis-à-vis de l'usage de substances (67)

Tableau 2: Répartition des articles sélectionnés par auteur, année, pays, objectifs, approche méthodologique et principaux résultats

Auteur, Année, Pays	Objectives	Approche méthodologique	Principaux résultats
Miller; Saunders, 2011 (United States)(10)	Évaluer les problèmes de fonctionnement spirituels et religieux liés à l'alcool et les symptômes psychiatriques.	Approche quantitative	Les pratiques spirituelles et religieuses prédisaient des changements dans les problèmes liés à l'alcool
Rocha; Guimarães; Cunha, 2012 (Brazil)(11)	Comprendre le processus de rétablissement de l'abus de drogues vécu par les croyants dans les églises pentecôtistes de l'Assemblée de Dieu.	Approche qualitative	Les motivations des utilisateurs à rechercher l'église ont été démontrées, indiquant que le processus de récupération implique des éléments totalisants et individuels.
Brown; Tonigan; Pavlik; Kosten; Volk, 2013 (United States)(12)	Décrire la consommation de substances dans la population, les antécédents de traitement, l'auto-efficacité, la spiritualité et les données démographiques; et comparer la spiritualité rapportée.	Approche quantitative	Les interventions entraînant de modestes changements dans les croyances spirituelles peuvent conduire à une plus grande efficacité personnelle et contribuer à un rétablissement réussi.
Palamar; Kiang; Halkitis, 2014(United States)(13)	Examiner comment les différents aspects religieux ainsi que le niveau d'exposition des utilisateurs prédisent l'utilisation de drogues émergentes.	Approche quantitative	Le niveau d'assiduité religieuse était un facteur de protection contre la marijuana et l'usage de cocaïne.

Gonçalves; Santos; Pillon, 2014 (Brazil)(14)	Évaluer les aspects de la spiritualité et de la religiosité chez les consommateurs d'alcool et / ou de drogue.	Approche quantitative	Les consommateurs d'alcool étaient catholiques (63,1%) et non religieux (50,8%), et les toxicomanes étaient évangéliques (43,1%) et pratiquaient une religion (72,2%).
Al-Omari; Hamed; Tariah, 2015 (Jordan)(15)	Comprendre le rôle de la religion dans le rétablissement de la consommation d'alcool et de toxicomanie chez les adultes jordaniens.	Approche qualitative	La religion se manifeste comme une tranquillité d'esprit, comme un nouveau départ, comme une protection et comme une incitation et une augmentation de la motivation.
Ghani et al, 2015 (Malaysia)(16)	Explorer les perspectives et la satisfaction des patients à l'égard du traitement et des services du nouveau centre de guérison et de soins.	Approche qualitative	Les patients ont identifié l'instruction religieuse comme un facteur important contribuant au succès du traitement.
Giordano et al, 2015 (United States)(17)	Enquêter sur l'adaptation religieuse et la spiritualité concernant la consommation dangereuse d'alcool, l'usage de marijuana et l'usage de drogues psychostimulantes.	Approche quantitative	L'adaptation religieuse positive et la spiritualité protègent contre l'usage dangereux de l'alcool et de la marijuana.

Cependant, quel que soit le pays, la spiritualité apporte équilibre et stabilité à la vie, et facilite ainsi le maintien de l'abstinence, qui a un impact sur les relations interpersonnelles / familiales

Chapitre VI : Par quel mécanisme la religiosité pourrait être préventive de l'usage du cannabis

VI.1 Les valeurs positives

Premièrement, la spiritualité promeut des valeurs positives telles que : l'amour, l'honnêteté, la paix, la patience, la générosité, le pardon, la bonté, la sincérité, la compassion et d'autres valeurs positives concernant la famille et les relations ces valeurs seraient un biais important et fondamental comme une prévention des addictions.

VI.2 La quête du sens

La religiosité est souvent représentée par la dévotion aux croyances et pratiques de la religion établie et organisée ; tandis que la spiritualité est un terme plus large qui désigne les croyances, expériences et pratiques qui impliquent la relation d'un individu avec un être supérieur ou l'univers (68). La spiritualité est une composante essentielle de la vie de chaque individu (69) et "est une dimension humaine universelle"(70).

Bien que les résultats suggèrent que les stratégies d'adaptation spirituelle efficaces aident les individus à trouver un sens et un but à leur maladie, les individus pouvaient avoir utilisé les mêmes stratégies avant de tomber malades (71).

Les activités spirituelles permettent de se libérer des peurs et des soucis, de trouver un sens et un but, et de se concentrer sur les petites joies de la vie quotidienne (Benson, 1997). Bien que certains individus expriment leur spiritualité à travers la religion, d'autres ne le font pas.

VI.3 Réduction de l'anxiété et du stress par des rituels et de la méditation

Ce mécanisme peut relier la consommation de substances et la spiritualité grâce à une meilleure santé mentale, notamment par une meilleure gestion du stress.

Assister à des cérémonies religieuses, accomplir des rituels en privé ou en groupe comme la prière, s'apparente à des techniques de méditation comme le yoga, la pleine conscience, permettent de se détacher de la pression de la vie quotidienne.

La prière et les rituels pratiqués en privé ou en groupe, comme la prière, sont similaires aux techniques de méditation.

La croyance au destin et à la volonté de Dieu rendrait l'acceptation plus facile et l'impression de contrôle et d'adaptation au stress.

Des moyens efficaces de gestion du stress (3). En général, les croyances fortes (qu'elles soient spirituelles ou non, positives ou négatives) peuvent avoir des effets puissants sur le corps et l'esprit et peuvent apporter un sentiment de confort.

Dans une étude sur la relation entre la spiritualité et l'adaptation émotionnelle et physique au stress quotidien, (4) a constaté que la spiritualité modérait les effets du stress, quelle que soit l'appartenance religieuse. Il existe de plus en plus de preuves empiriques pour soutenir l'association entre la spiritualité et la gestion du stress.

VI.4 La religiosité réduit de nombreux troubles psychiatriques

Il existe un certain nombre d'études qui soutiennent les effets bénéfiques de la spiritualité et de la religion sur la santé. Ces avantages pour la santé comprennent le bien-être physique et mental

L'engagement religieux, la force de la foi et la prière ont souvent été associés à une meilleure récupération et à la guérison de maladies graves. Les personnes qui ont eu recours à la religion pour faire face à la situation ont connu un effet positif et une

croissance spirituelle plus importants et moins de dépression, d'anxiété et de détresse que les personnes qui n'ont pas utilisé la religion comme stratégie d'adaptation (6).

VI.5 La religiosité améliore la motivation

Le lien avec une force supérieure augmente le sentiment d'efficacité personnelle, puis de la motivation

Selon la théorie de Maslow, il hiérarchie cinq types de besoins dits conatifs (motivationnels). S'étagent, dans cet ordre, les besoins : 1/physiologiques, 2/sécuritaires, 3/d'amour et d'appartenance, 4/d'estime de soi et 5/d'actualisation de soi. Baston et Stocks défendent la thèse suivante : la religion, dans ses formes variées, peut répondre à chacun des besoins soulevés par Maslow (72).

VI.6 Interdiction des comportements de dépendance

Les recommandations de nombreuses religions impliquent la modération ou l'abstinence, et encouragent un mode de vie sain.

Il a été largement rapporté que la religion influence, atténue et améliore la résilience face aux comportements nocifs, favorisant ainsi une bonne santé et un bien-être général des adolescents, des jeunes et des adultes (73).

VI.7 la religiosité encourage le soutien social et soutient les liens familiaux

Ce mécanisme qui a reçu moins d'attention est l'attachement familial et l'attitude des parents, surtout à notre époque numérique. Par exemple, on sait que la surveillance ou la permissivité parentale a un impact important sur la consommation de substances chez les adolescents et les jeunes adultes

La spiritualité encourage le lien social. En fait, un niveau élevé de religiosité serait lié à un niveau élevé de liens sociaux et à un faible niveau de problèmes de comportement.

En outre, la religiosité sociale favorise l'adhésion et le respect des programmes de traitement, ainsi que la stabilité des couples et des relations interpersonnelles moins destructrices.

Les chercheurs rapportent que la religiosité sociale réduit l'isolement du patient grâce à des activités religieuses collectives telles que les prières, les visites familiales, les discussions religieuses, le travail bénévole

VI.8 L'attitude des parents (par exemple, le contrôle parental ou la permissivité.

Des études ont constamment montré qu'une parentalité autoritaire est bénéfique au développement de l'enfant. Les jeunes dont les parents sont autoritaires ont tendance à être plus compétents sur le plan social et d'empathie, d'adopter des comportements plus sains et d'être à réduction du risque de divers comportements répréhensibles (74) En outre, lorsque les parents apportent leur soutien, les adolescents ont tendance à développer les liens avec leurs parents, qui peuvent contribuer à les contraindre de la consommation de drogues. La réponse de l'enfant à la surveillance est susceptible d'être plus conformes si un lien entre le parent et l'enfant existe, ce qui diminue également le risque de consommation excessive de drogues (75)

VI.9 Amélioration de l'observance du traitement et des programmes de réhabilitation

En améliorant l'observance, on améliore l'efficacité du traitement et dès lors, on peut aussi aboutir à une grande stabilité des couples, de la famille, il encouragerait ainsi à aller vers les autres et d'avoir des relations interpersonnelles, et ainsi réduire l'isolement des patients.

PARTIE PRATIQUE

I Introduction

La problématique des addictions reste élevée dans la plupart des pays du Monde, et le challenge d'affronter ce fléau reste encore difficile, tant sur le plan de la prise en charge ou sur le plan de la prévention.

Sur le plan de prévention, plusieurs pistes de travail ont été adoptés, en commençant par la réduction des risques, la promotion de la santé mentale des jeunes, les efforts déployés pour une meilleure scolarité, les règles d'hygiène de vie, et bien d'autres moyens.

La prévalence de l'usage de cannabis chez les jeunes est assez importante et avoisine 12% de la population estudiantine selon l'enquête Medspad en 2016, alors que la dépendance au cannabis en population générale est de l'ordre de 2,3% de la population générale selon l'étude du ministère de la santé en 2005 (76).

Les facteurs impliqués sont nombreux, on pourra citer des facteurs de risque des facteurs de risque individuels de vulnérabilité tels le rôle du stress, traits de personnalité ou des troubles psychiatriques sous-jacents, des facteurs de risque environnementaux tels le rôle des pairs, des facteurs socio-culturels,... et enfin des facteurs de risque liés au produit tels sa disponibilité et le statut social du produit lui-même.

La problématique de la mesure du poids de chaque facteur de risque reste toujours discutée entre les sociologues, les psychiatres et les anthropologues, alors que chaque discipline met en évidence de l'importance d'un facteur de risque sur un autre.

Mais, en voyant cette problématique sous un autre angle, on parle beaucoup plus des facteurs protecteurs et on en cite un élément souvent présent dans la société marocaine ; intitulé dans le degré d'attachement aux valeurs religieuses. On retrouve

de plus en plus dans la littérature scientifique des travaux dans ce sens, et qui corroborent pour confirmer cette hypothèse, à savoir le rôle protecteur de la religiosité et/ou de la spiritualité. Ces travaux ont été cités dans la partie théorique de notre travail

Dans notre travail, nous essayons d'aborder ces deux éléments en adoptant une méthodologie de travail, et en se basant sur les travaux antérieurs et en visant un objectif principal : examiner l'association entre le degré de religiosité et l'abus de cannabis chez les jeunes

Nous sommes partis de l'hypothèse stipulant que la religiosité serait un moyen de protection contre l'usage du cannabis chez les jeunes, et notre objectif dans cette étude était essentiellement de vérifier ce lien dans une population marocaine

METHODOLOGIE

Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique cas témoin.

Lieu de l'étude :

Le groupe patients a été recruté dans deux centres des addictions ; Centre d'addictologie de Fès et le centre d'addictologie d'Agadir. Alors que le groupe témoin, il a été recruté parmi les étudiants universitaires de l'université Ibn Zohr à Agadir

Objectifs de l'étude :

Ils sont résumés en deux points essentiels :

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques et addictologiques d'un échantillon de patients consommateurs de cannabis
2. Vérifier le lien d'association entre le degré de spiritualité/religiosité et le comportement de consommation du cannabis

Population étudiée:

La Population malade est constituée totalement de jeunes venant pour une consultation d'arrêt de la consommation du cannabis et ayant une dépendance au cannabis

Pour la population témoin, il s'agit de sujets appariés à l'âge et au sexe, en bonne santé, recrutés au sein des étudiants *de l'université Ibn Zohr d'Agadir*

Critères d'inclusion :

Pour la population malade :

- Patients informés et volontaires
- Age entre 17 ans et 40 ans
- Consultant pour une aide au sevrage de cannabis

Pour le groupe témoin:

- Personne volontaire et consentant
- Age entre 17 ans et 40 ans
- Sans aucun antécédent de consommation de cannabis

Critères d'exclusion :

Pour la population malade

- Le refus de consentement pour l'étude.
- Patients non coopérants.
- Patients avec une comorbidité psychotique ou neurologique ou de retard mental.
- Patients ayant une dépendance à une autre substance autre le cannabis sauf le tabac
- Age moins de 14 ans ou plus de 40 ans
- Présence de troubles cognitifs graves.

Instruments de mesure :

Questionnaire sociodémographique

Une fiche standardisée construite pour les besoins de l'étude (annexes) a permis de recueillir les informations sur les données sociodémographiques, l'usage de substances, les antécédents...

Evaluation de la dépendance au cannabis

Il s'agit de l'échelle CAGE-cannabis (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener) de son Auteur Lorraine T. Midanik de l'Université de Berkeley, Californie (Etats-Unis) publié en 1998. C'est un Type de questionnaire d'entretien structure (en 4 items), parmi les plus étudiés dans la pratique clinique.

Cette échelle permet de repérer l'abus et la dépendance de cannabis chez les adultes et les adolescents sur la vie entière.

L'interprétation du score est comme suit: Deux réponses positives évoquent une consommation nocive de cannabis, et La passation se passe en une minute.

La Version Anglais a été traduite en différentes langues ; flamand, hébreu, japonais, polonais, portugais, espagnol et français (66).

Evaluation de La religiosité

Elle a été faite à l'aide de l'échelle de BIAC (The Belief into Action Scale).

L'échelle Belief into Action (BIAC) a été conçue pour se concentrer spécifiquement sur la religiosité, y compris ses engagements cognitifs et comportementaux, les activités organisationnelles avec les autres activités privées de dévotion.

Cette échelle en 10 points cherche à convertir une simple croyance en action, où l'action est évaluée en fonction de ce que les individus disent être le plus important dans leur vie, de la façon dont ils passent leur temps et de l'utilisation qu'ils font de

leurs ressources financières" (Koenig et al. 2015a). Le BIAC a été traduit en arabe et utilisé pour évaluer une population musulmane en Arabie Saoudite. Alakhdhaira et al. (2016) ont modifié la version anglaise du BIAC pour les croyants musulmans avec des changements mineurs de formulation remplaçant Dieu par Allah, la Bible par le Coran, l'église par la mosquée, etc.

La version anglaise du BIAC pour les musulmans a ensuite été traduite en arabe et administrée à l'échantillon saoudien. Le score moyen du BIAC musulman arabe dans cette étude était de 47,6 (ET = 15,7), et le coefficient alpha de Cronbach était de 0,80 (67).

C'est la première étude à examiner les propriétés psychométriques d'une version arabo-musulmane du BIAC. Nous avons utilisé dans notre étude la version marocaine de BIAC élaboré par (68).

Le score du BIAC varie entre 10 et 100, et plus le score est haut, plus la religiosité de la personne évaluée est considérée plus importante

Déroulement de l'étude :

L'examen des malades a eu lieu juste après la première consultation addictologique, et avant le début des soins et avant toute démarche thérapeutique. L'examineur a posé des questions avec clarté en langue dialectique avec des questions fermées. La durée de la passation de tous les questionnaires était en moyenne de 20mn. L'examineur lit les questions devant les malades et note la réponse

Etude statistique

L'étude statistique a été effectuée en utilisant le logiciel SPSS (version 20.0). Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions et les variables quantitatives en termes de moyenne et écart-type.

L'association entre les différents paramètres étudiés a été recherchée. Le test Anova a été utilisé pour comparer les moyennes des scores, et la corrélation de Pearson pour la comparaison de deux variables quantitatives. Le test est considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) était inférieur à 0,05.

Ethique

Nous avons tenu à respecter l'anonymat des patients examinés et nous avons eu leur consentement verbal. Nous avons aussi expliqué aux participants les objectifs de l'étude et son déroulement et nous avons répondu à toutes les interrogations qui ont été posées

Les explications ont été fournies par le médecin psychiatre, et en délivrant des messages claires et concis sur le déroulement de toutes les étapes de l'étude. Un consentement verbal était suffisant pour inclure les malades dans l'étude.

RESULTATS

I. Résultats descriptifs de la population malade

1. Résultats sociodémographiques

1.1 L'âge

L'âge moyen de notre population malade est de 23,41 ans.

1.2 Sexe

On a noté une prédominance du sexe masculin (85,56%) par rapport au sexe féminin (14,44%). (Figure 1).

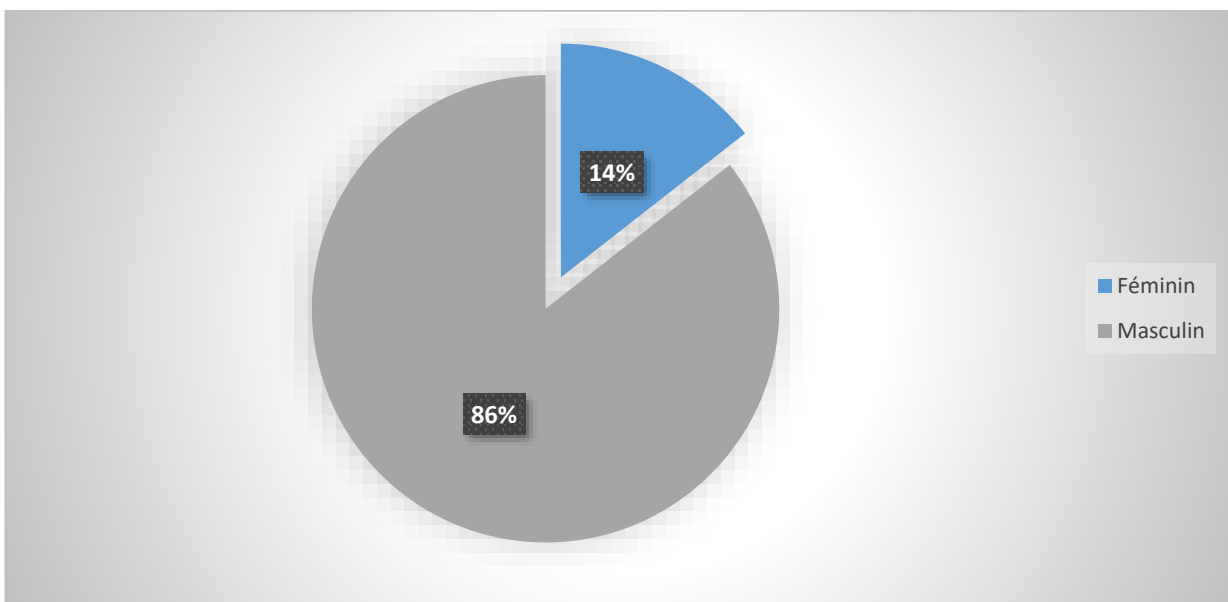


Figure 1 : Répartition par sexe

1.3 Niveau scolaire

Dans notre échantillon (20%) (18 cas) ont un niveau primaire, (37,78%) (34 cas) avec un niveau collégial, (25,56%) (23 cas) ont un niveau secondaire et les (15,56%) (14 cas) restant ont un niveau universitaire. (Figure 2)

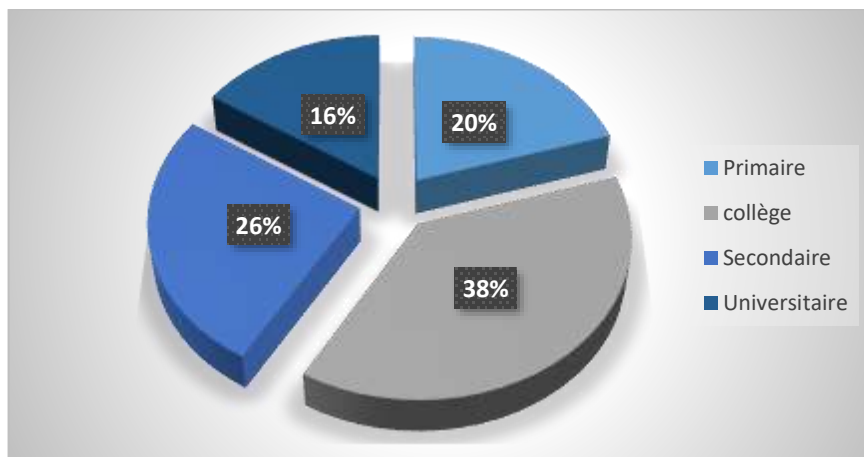


Figure 2 : Répartition par niveau scolaire

1.4 Echec scolaire

78,89% soit (71 cas) ont redoublé durant leur cursus alors que 21,11% (19 cas) n'ont jamais redoublé. (Figure 3)

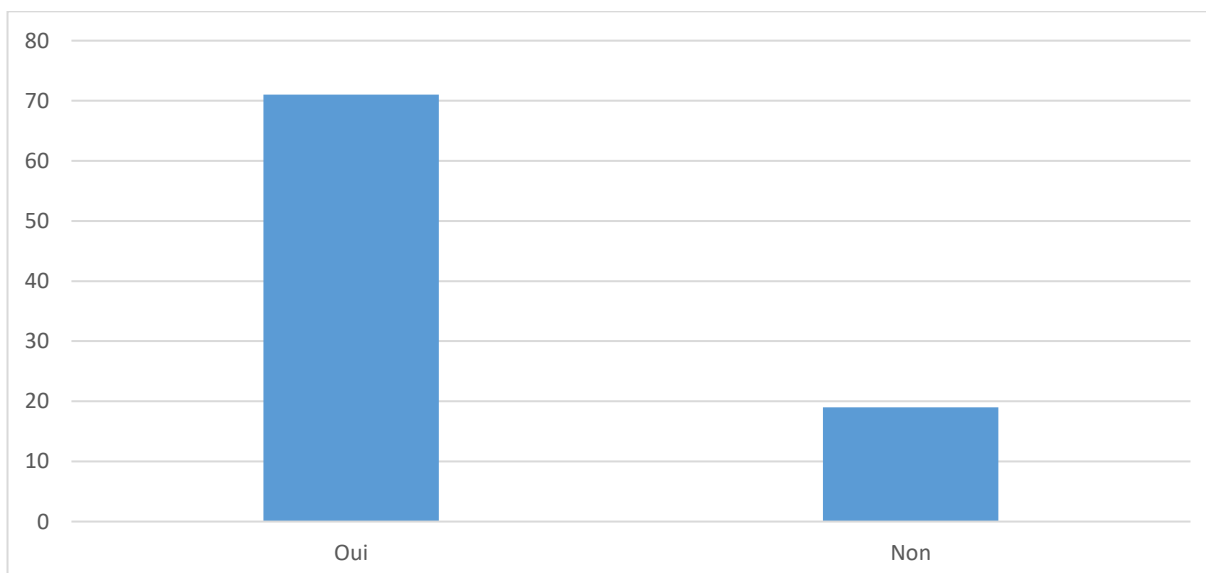


Figure 3: Taux des redoublants

1.5 Milieu de vie

3,33% (3 Cas) des patients vivent seuls, et 93,33%(84 Cas) vivent au sein de leur famille, 2,22% (2 Cas) vivent avec leurs amis et 1,11% (1 Cas) vit en cité. (Figure 4).

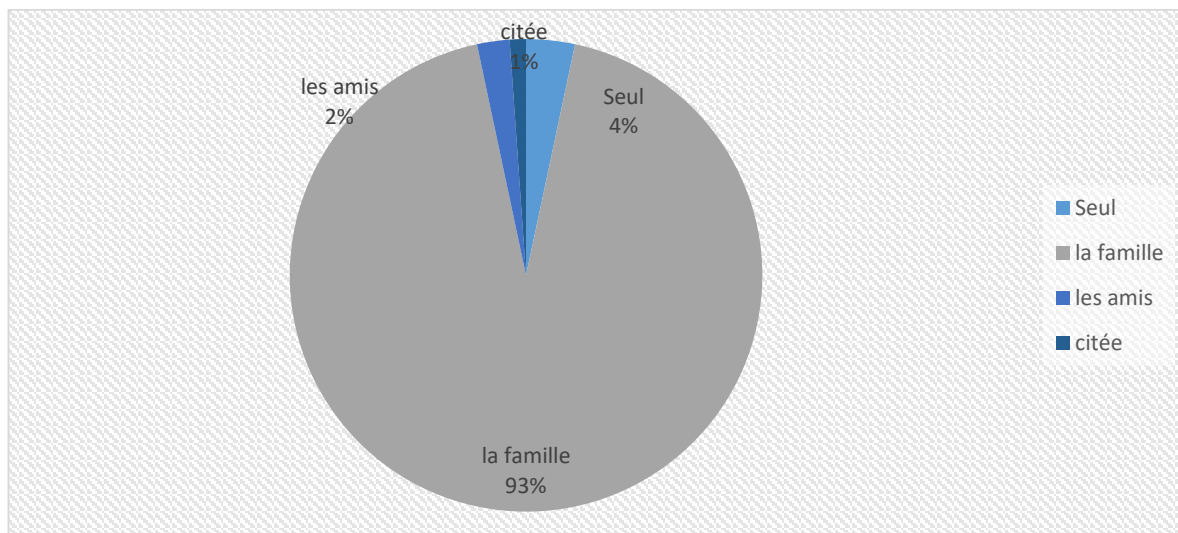


Figure 4: Milieu de vie

1.6 Statut marital

Les célibataires sont majoritaires dans notre étude (81 Cas) soit 90%, 5,56% (5 cas) sont mariés et 4,44% (4 cas) sont divorcés. (Figure 5).

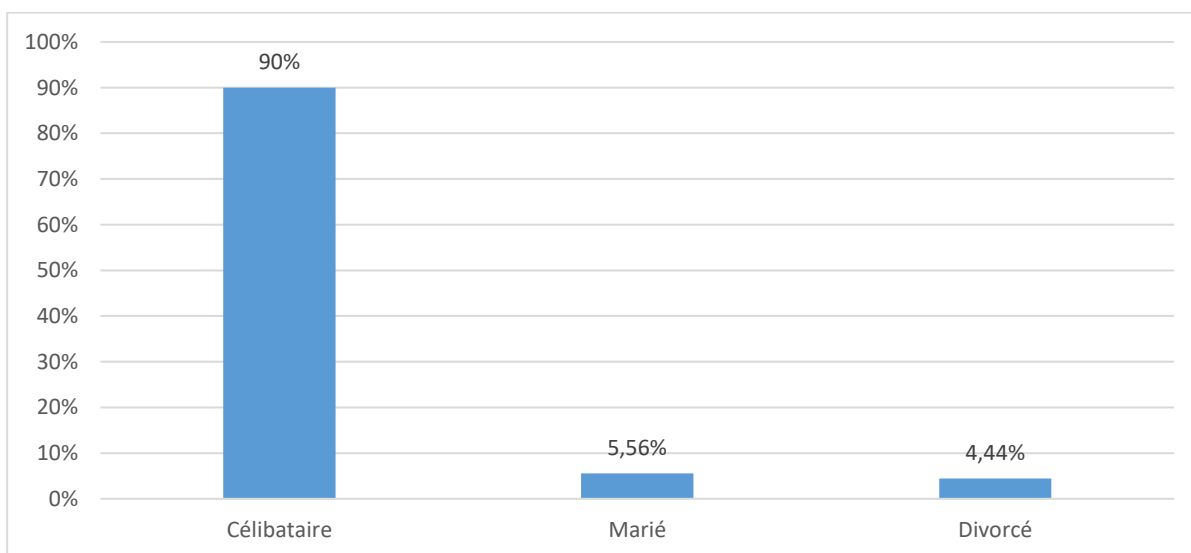


Figure 5 : Statut marital

1.7 Statut marital des parents :

66,67% (60 cas) des parents sont mariés, 7,78% (7 cas) sont divorcés et 25,56% (23 cas) sont décédés. (Figure 6).

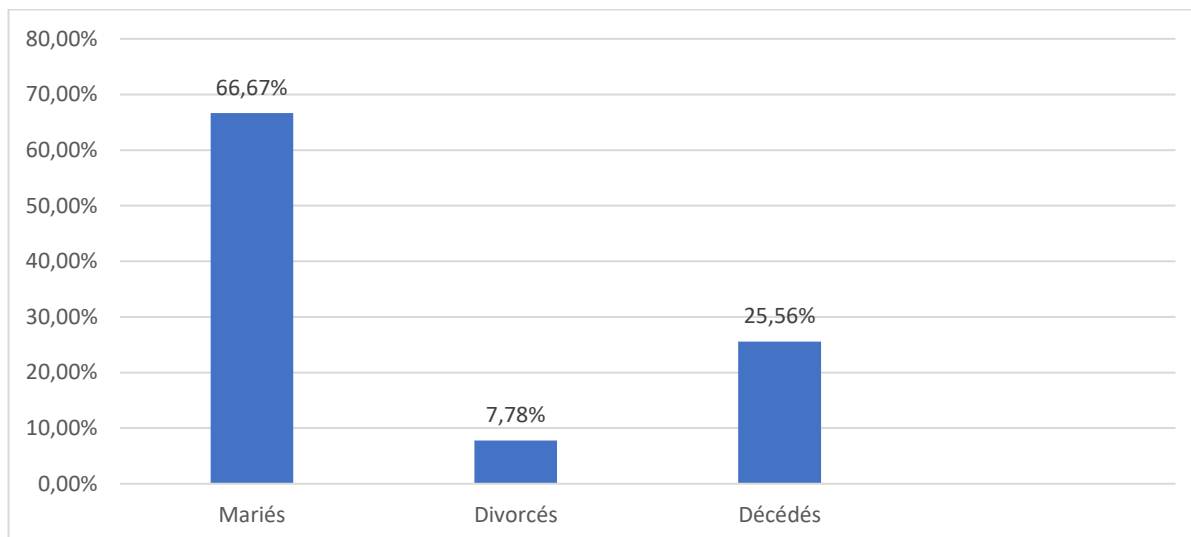


Figure 6 : Statut marital des parents

1.8 Ressources financières

Les ressources financières des cas dépendent totalement de leurs parents pour 54 cas soit 60%, partiellement pour 21,11% (19 cas) et pas du tout de leurs parents pour 18,89% (17 cas). (Figure 7).

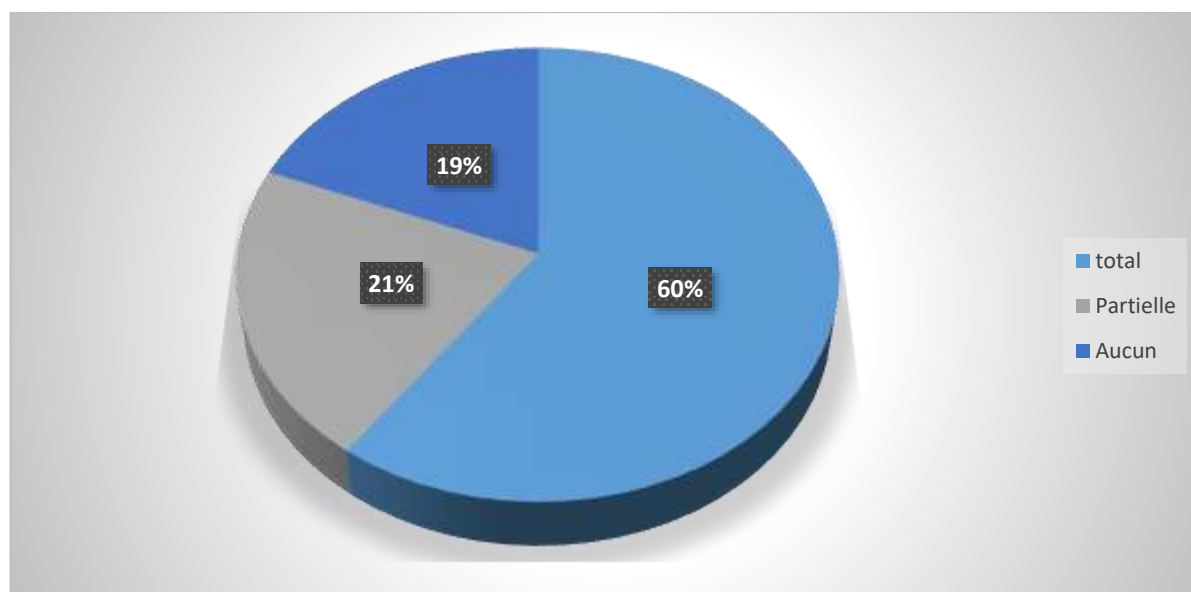


Figure 7 : Ressources financières

1.9 Niveau socioéconomique

2,22% (2 cas) ont un niveau socioéconomique haut, 8,89% (8 cas) ont un NSE plus que moyen, 63,33% (57 cas) ont un NSE moyen et 25,56% (23 cas) ont un NSE bas. (Figure 8)

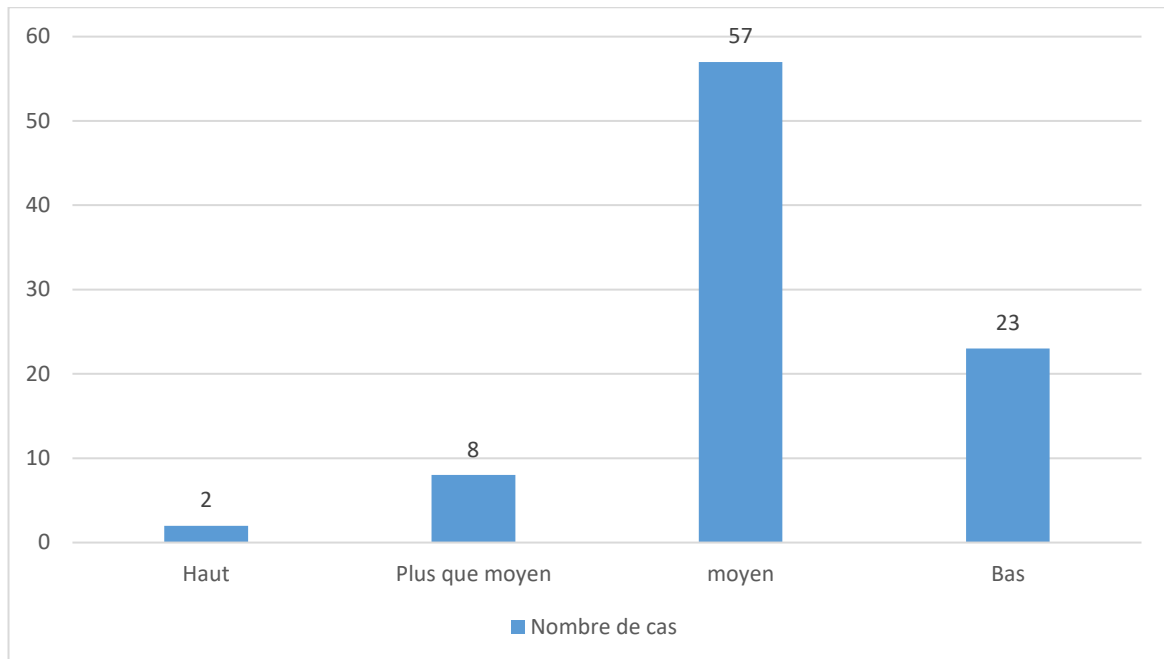


Figure 8: Niveau socioéconomique

1.10 Statut professionnel

Au terme de notre étude, on a constaté que 17,78% (16 cas) étaient des étudiants, 31,11% (28 cas) étaient des employés et 51,11% (46 cas) sont en chômage. (

Figure 9)

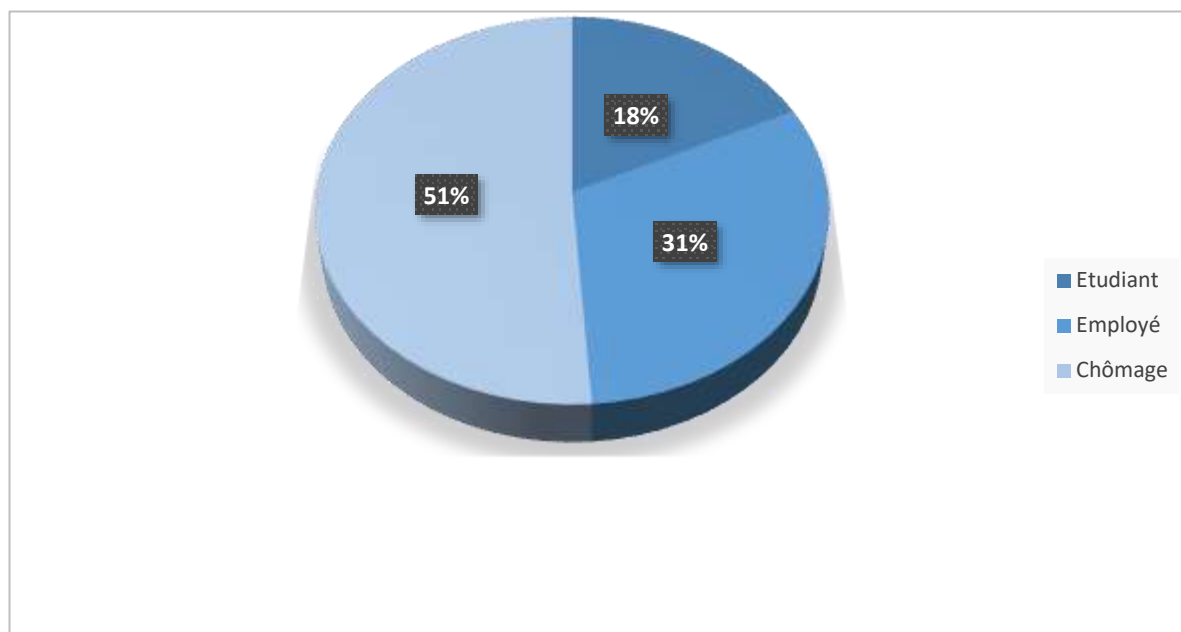


Figure 9: Statut professionnel

2. Les caractéristiques liées à l'usage des substances psychoactives :

2.1 Nombre de joints par jour :

Dans notre étude, le nombre de joints consommés par jour varie entre 1 joint pour un pourcentage de (2,22%) et 30 joints pour (1,11%). (Figure 10)

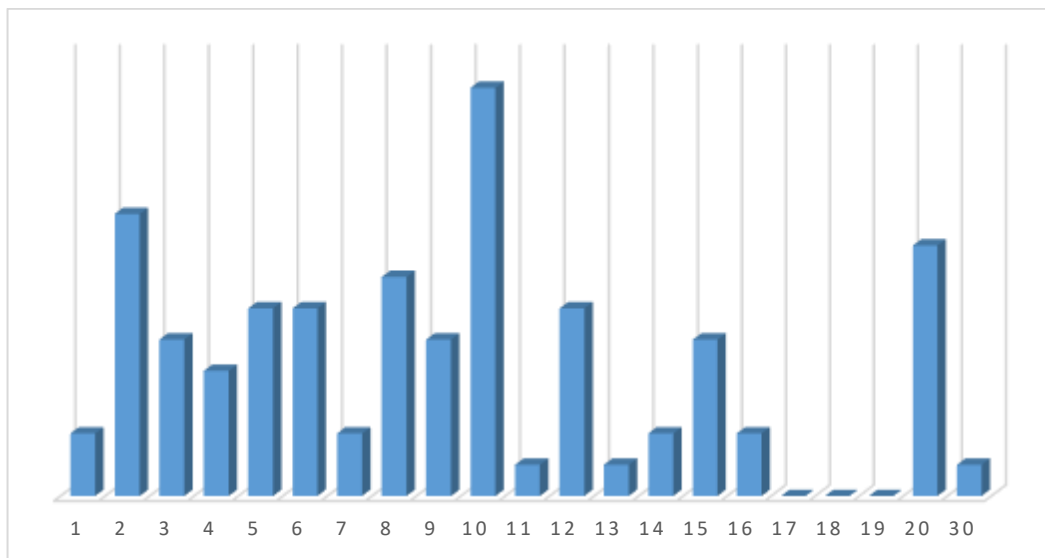


Figure 10: Nombre de joints par jour

2.2 Consultation volontaire de sevrage :

Au terme de notre étude, (56%) des consommateurs du cannabis ont consulté pour sevrage par eux-mêmes et (44%) par leurs parents/école. (Figure 11)

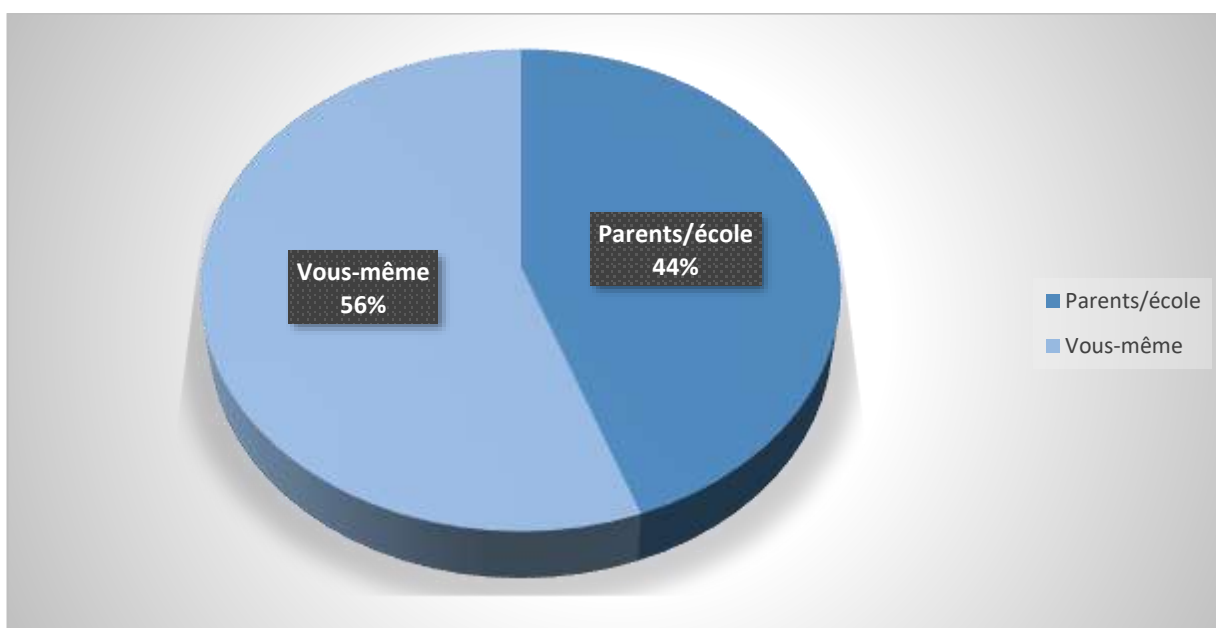


Figure 11: Consultation de sevrage par parents ou eux même

2.3 Antécédents familiaux d'usage de cannabis :

Pour la question d'existence d'antécédents familiaux de THC, le tiers des patients (32%) ont répondu oui, tandis que (68%) n'ont pas d'antécédents familiaux de THC. (Figure 12).

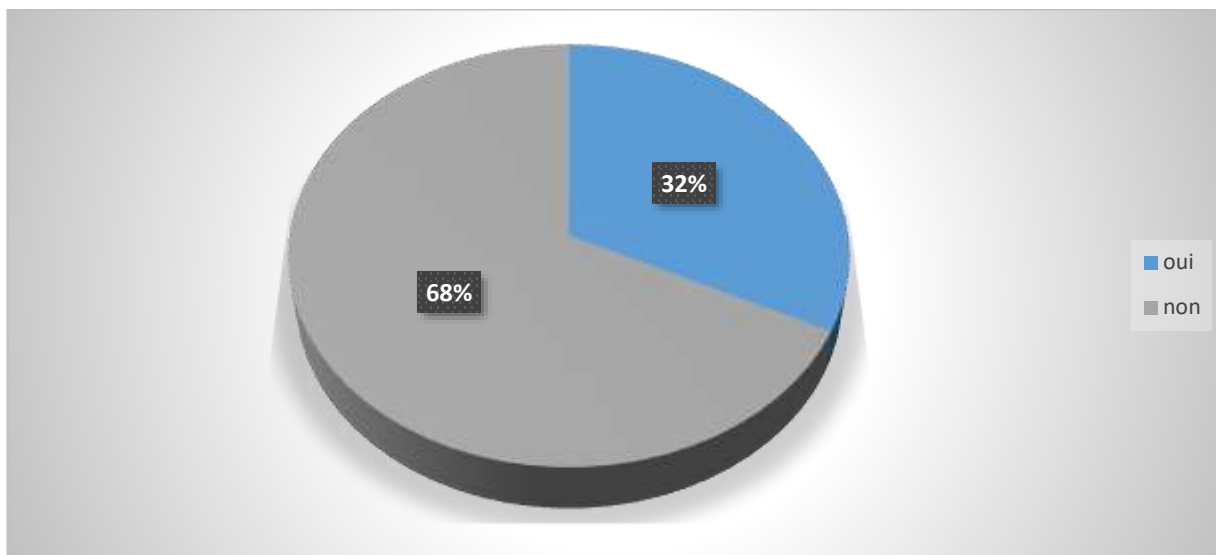


Figure 12: Antécédents familiaux de THC

2.4 Antécédents familiaux d'usage d'alcool :

Dans notre série, 16 patients (soit 18%) avaient des antécédents familiaux d'usage d'alcool. (Figure 13).

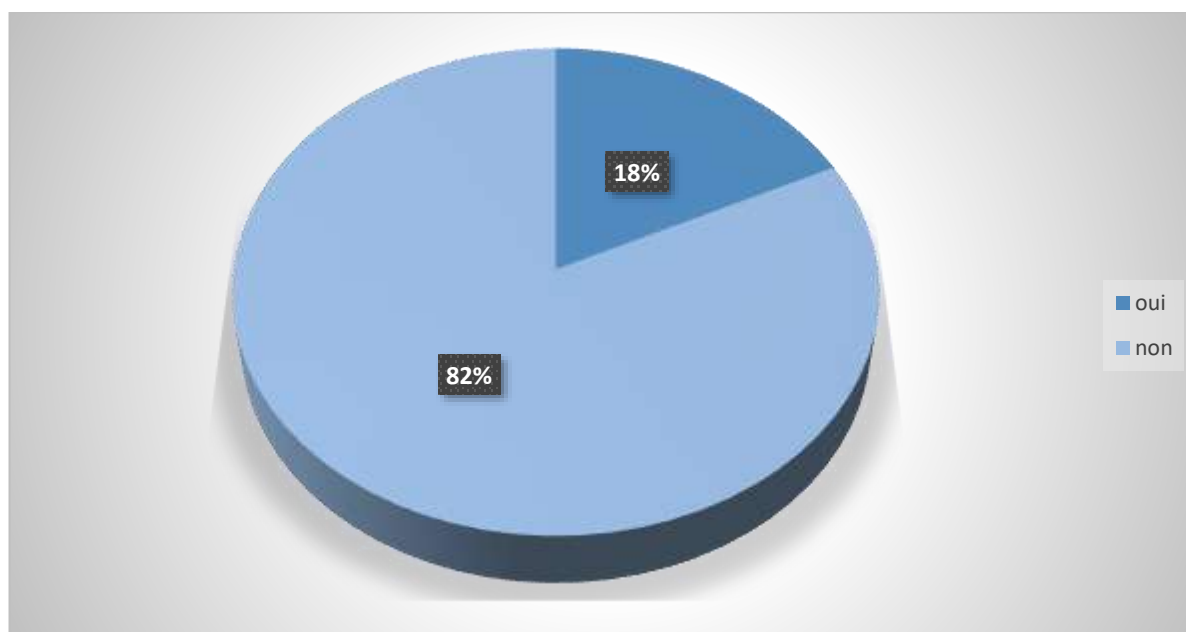


Figure 13: Antécédents familiaux d'OH

2.5 Avoir un ami THC :

Au cours de notre étude 73% des consommateurs de cannabis ont un ami proche addict au cannabis. (Figure 14).

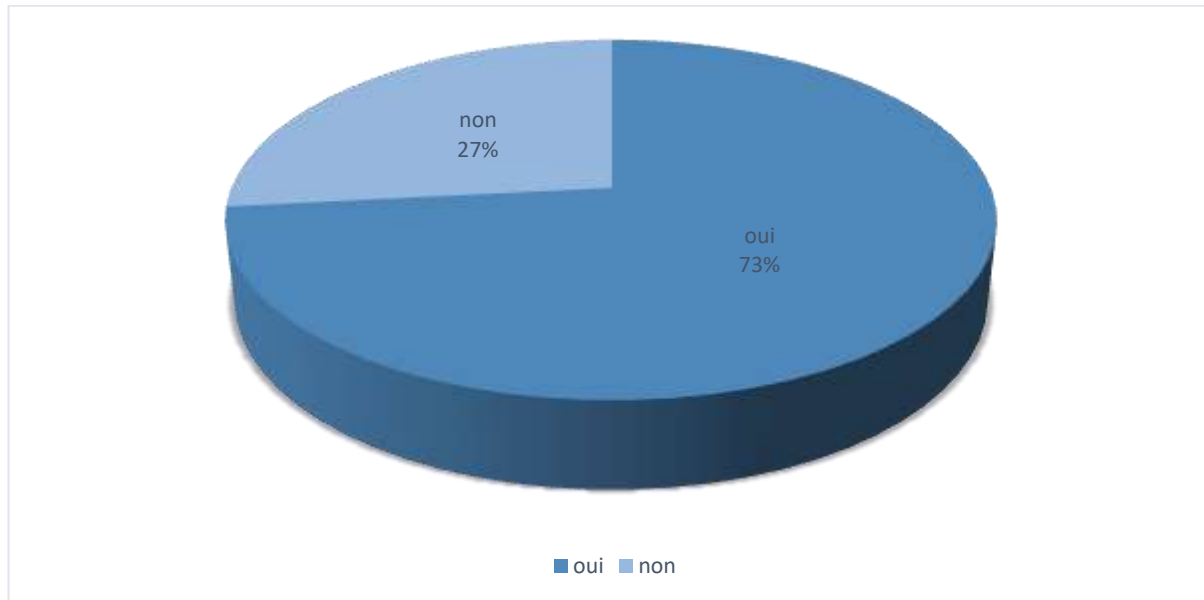


Figure 14: Entourage d'amis consommant du cannabis

3. Score CAGE

3.1 Besoin de réduire la consommation du cannabis :

Nous remarquons que 89% des usagers ont déclaré avoir ressenti le besoin de réduire la consommation du cannabis tandis que 11% ont mentionné n'avoir jamais ressenti ce besoin. (Figure 15).

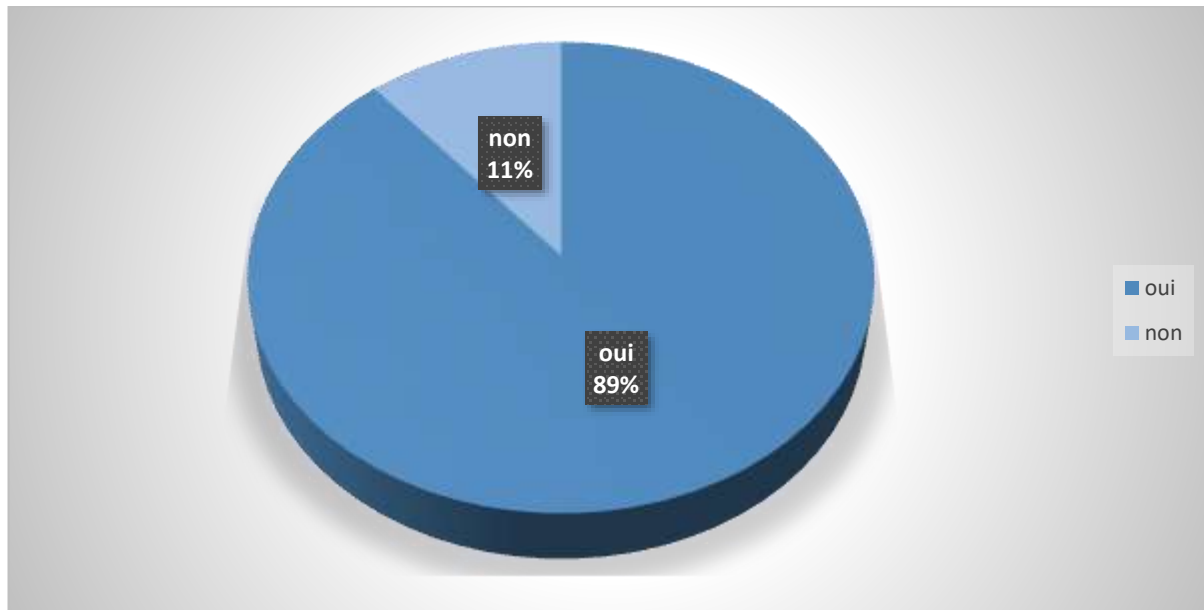


Figure 15: Besoin de réduire la consommation du cannabis

3.2 Ennui quand les gens leurs disent d'arrêter de fumer :

Un ennui quand les gens leurs disent d'arrêter de fumer a été signalé chez 62 consommateurs de cannabis de notre série. (Figure 16).

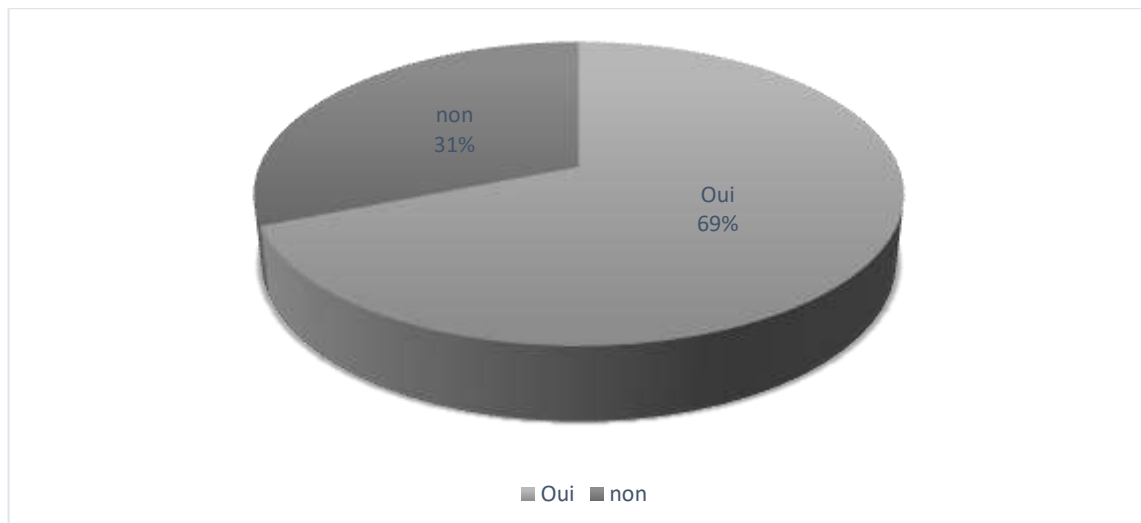


Figure 16 : Ennui quand les gens leur disent d'arrêter de fumer

3.3 Le vécu d'être coupable de fumer :

78 cas dans notre série avaient un ressenti être coupable de fumer (soit 87%).

(Figure 17).

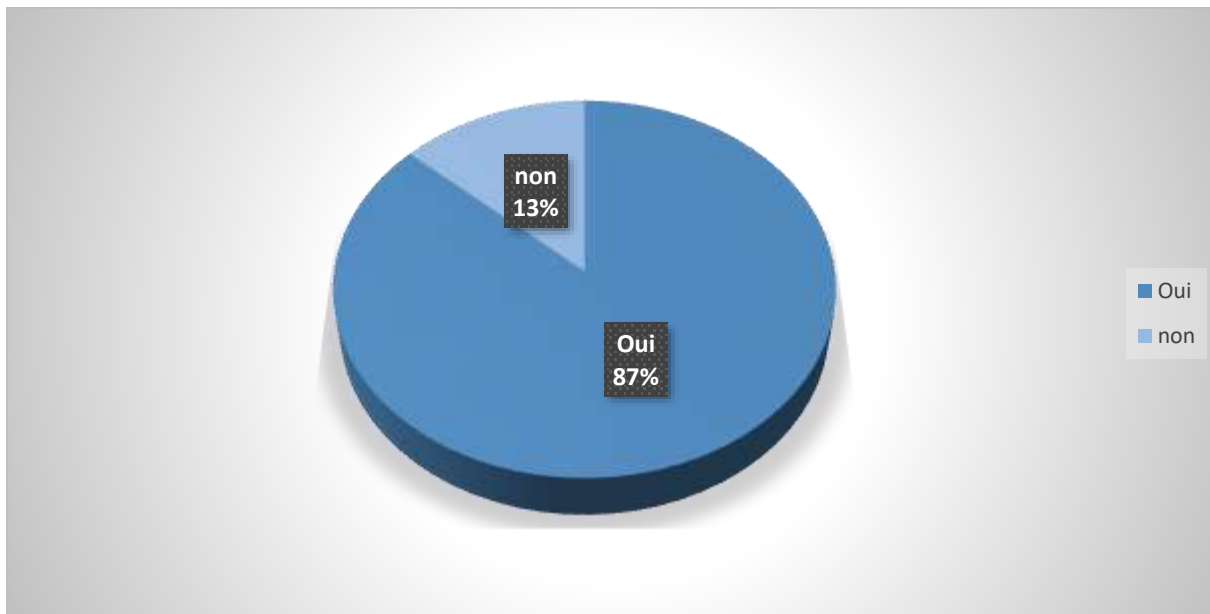


Figure 17: Ressenti d'être coupable de fumer

3.4 Le fait de fumer juste après le réveil :

70 cas (soit 78%) de notre série fument une demi-heure après leurs réveils.

(Figure 18).

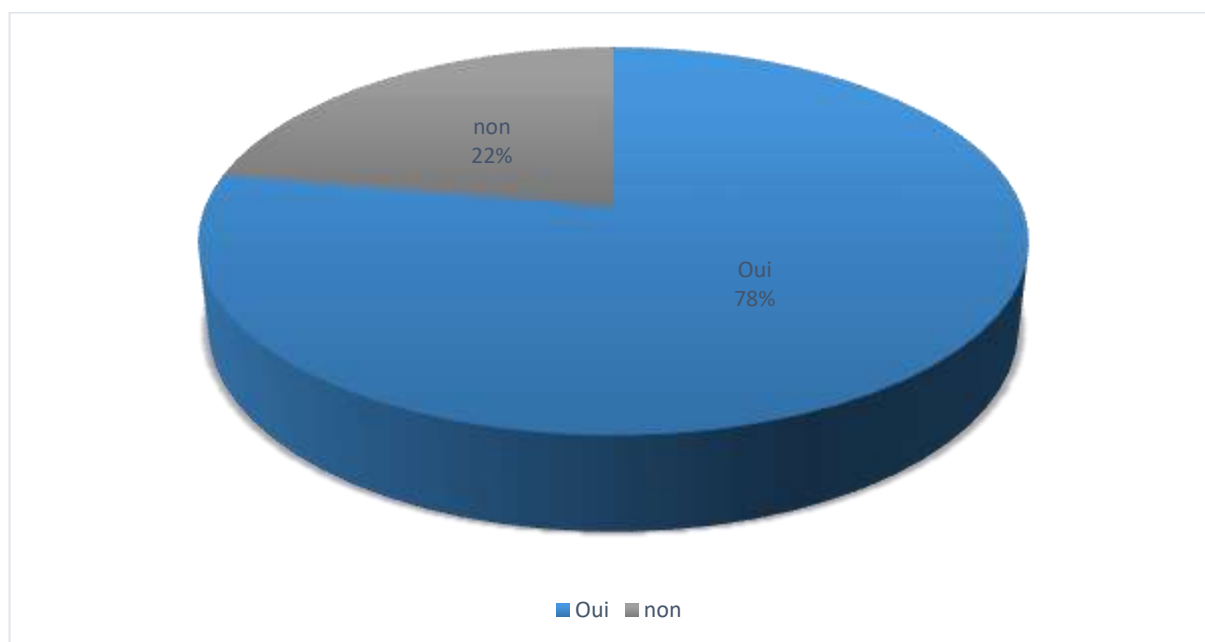


Figure 18: Fumer juste après le réveil

3.5 Score total de CAGE

Dans notre étude un seul cas (soit 1,11%) avait un score de CAGE de 1, 17 cas (soit 18,89%) avaient un score de CAGE de 2, 33 cas (soit 36,67%) avaient un score de CAGE de 3 et 39 cas (soit 43,33%) avaient un score de CAGE de 4. (Figure 19)

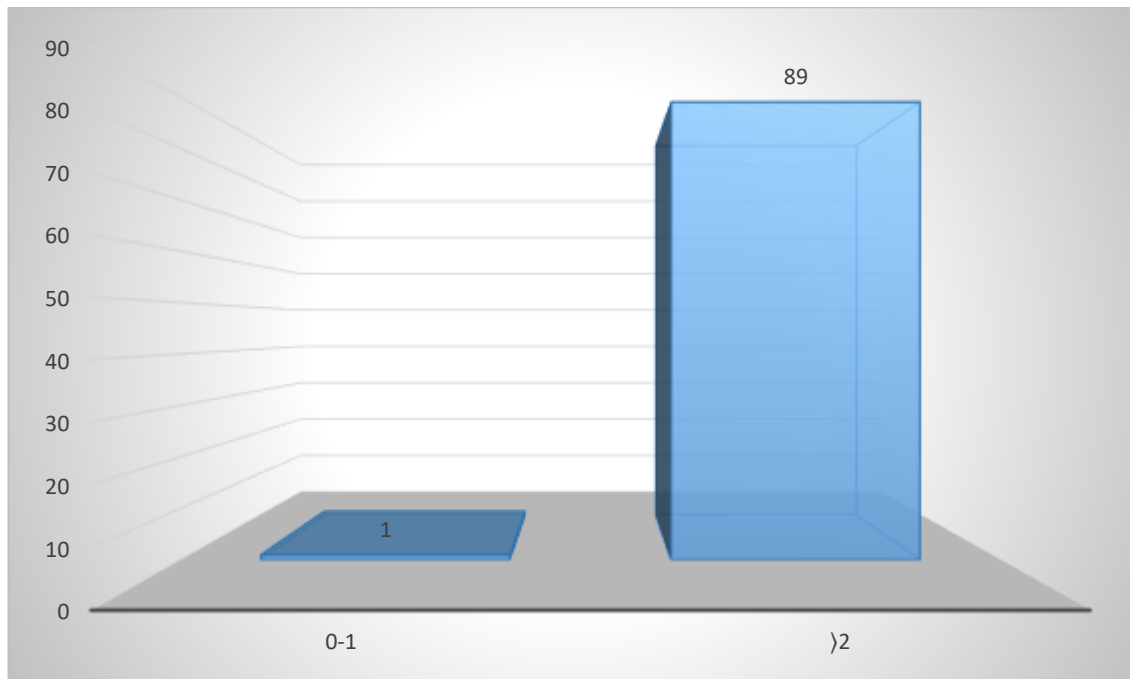


Figure 19: Score total de CAGE

II. Résultats descriptifs de la population témoin :

1. Résultats sociodémographiques :

1.1 L'âge :

L'âge moyen de notre population témoin est de 21,05 ans.

1.2 Le sexe :

On a noté une prédominance du sexe masculin (93%) par rapport au sexe féminin (7%). (Figure 20)

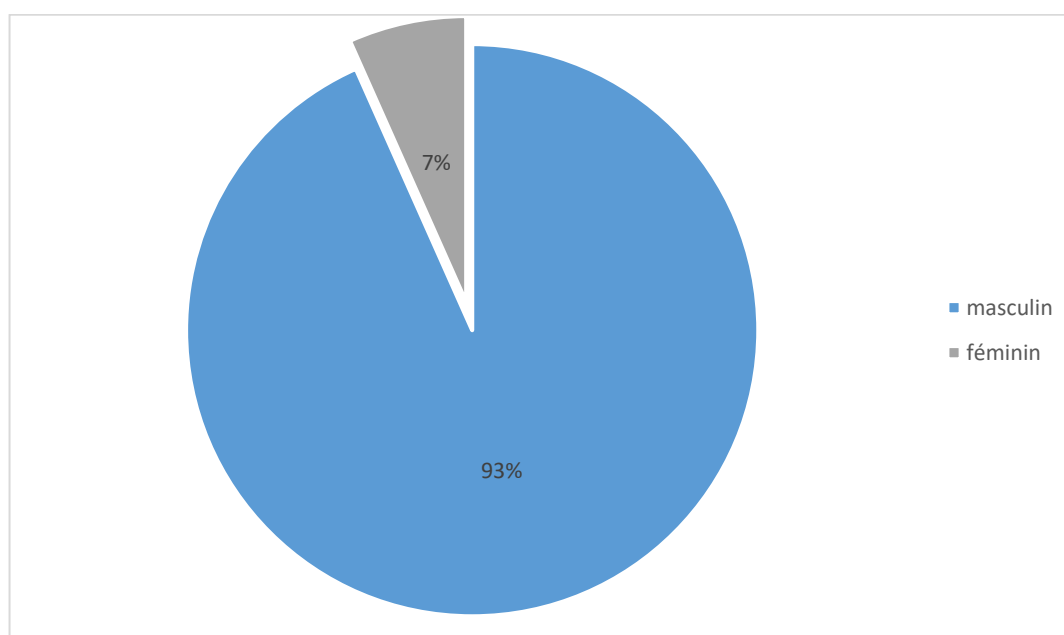


Figure 20: Répartition par sexe

1.3 Niveau scolaire :

Dans notre échantillon, tous les témoins (100%) ont un niveau universitaire.

(Figure 21)

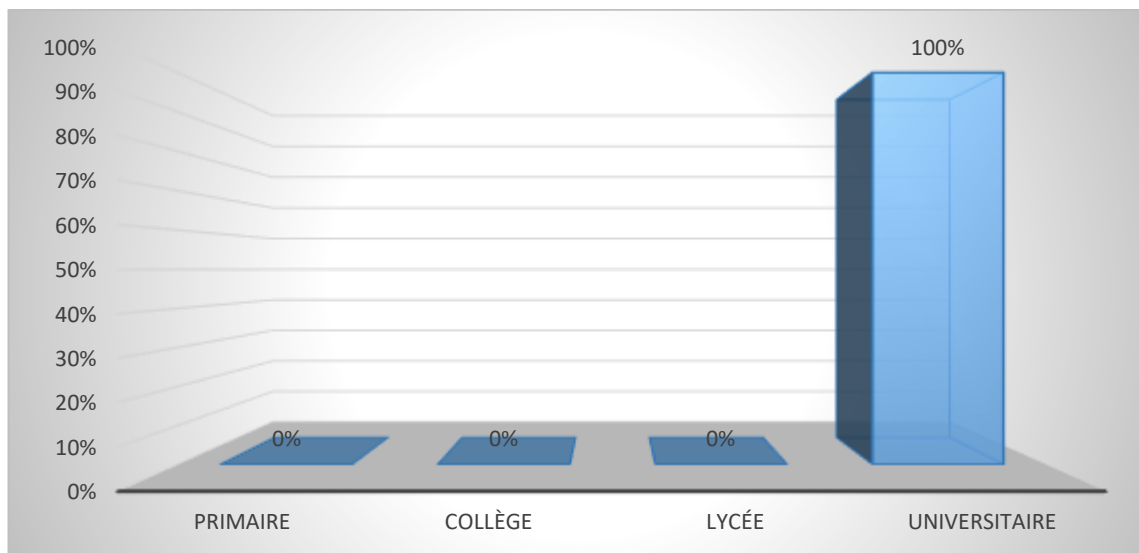


Figure 21: Répartition par niveau scolaire

1.4 Echec scolaire :

25,56% soit (23 témoins) ont redoublé durant leur cursus alors que 74,44% (67 témoins) n'ont jamais redoublé. (Figure 22)

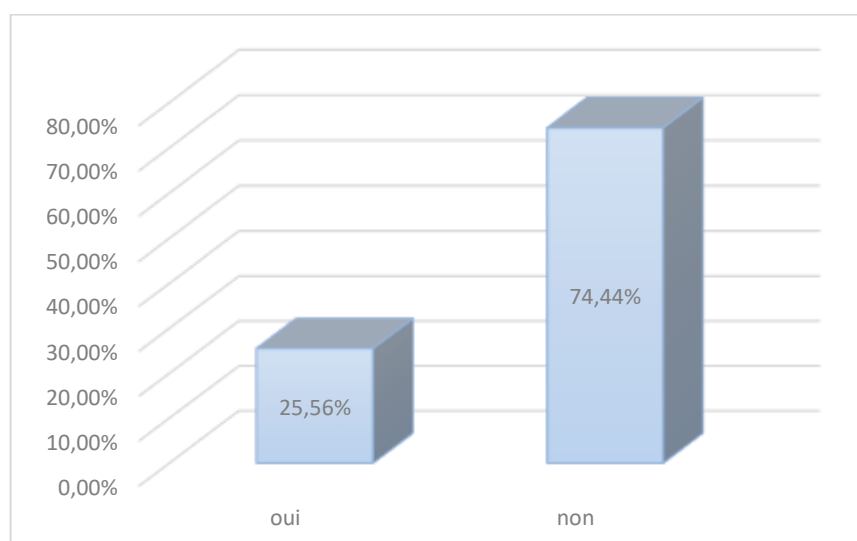


Figure 22: Taux des redoublants

1.5 Milieu de vie :

4,44% (4 témoins) vivent seuls, 43,33% (39 témoins) vivent au sein de leur famille et 52,22% (47 témoins) vivent avec leurs amis. (Figure 23)

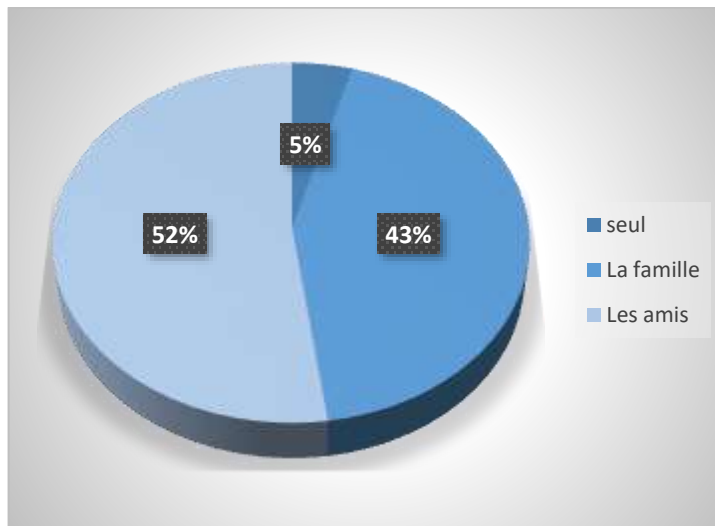


Figure 23: Milieu de vie

1.6 Statut marital :

Les célibataires sont majoritaire dans notre étude (87 témoins) soit 96,67%, 3,33% soit (3 témoins) sont mariés. (Figure 24)

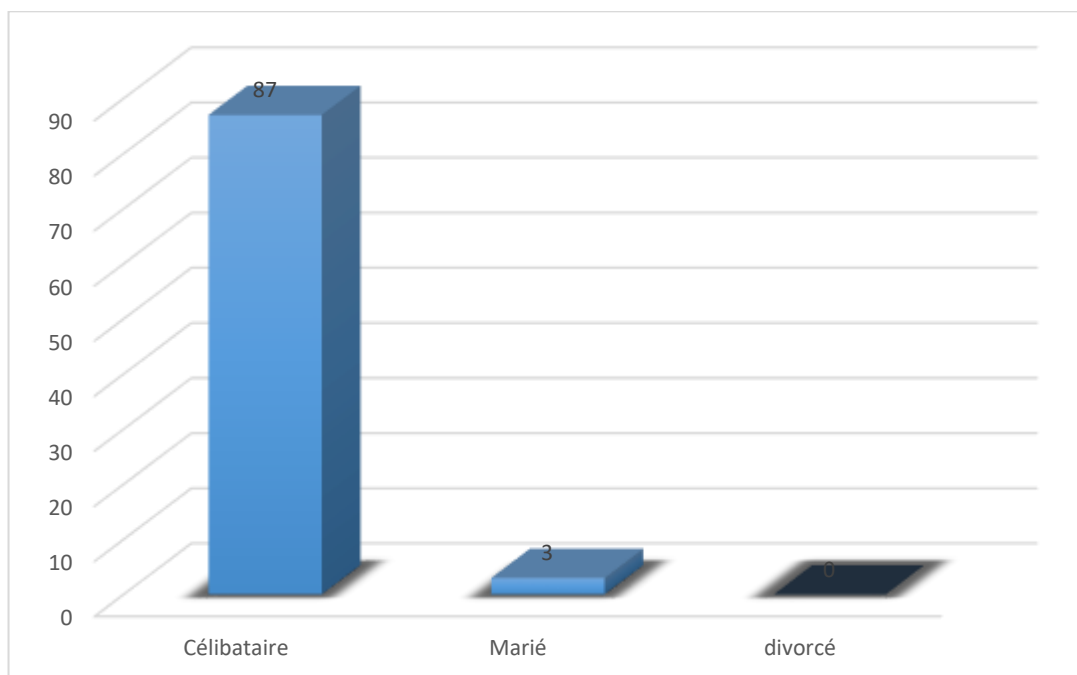


Figure 24: Statut marital

1.7 Statut marital des parents :

90% des parents sont mariés, 6,67% sont divorcés et 3,33% sont décédés.

(Figure 25)

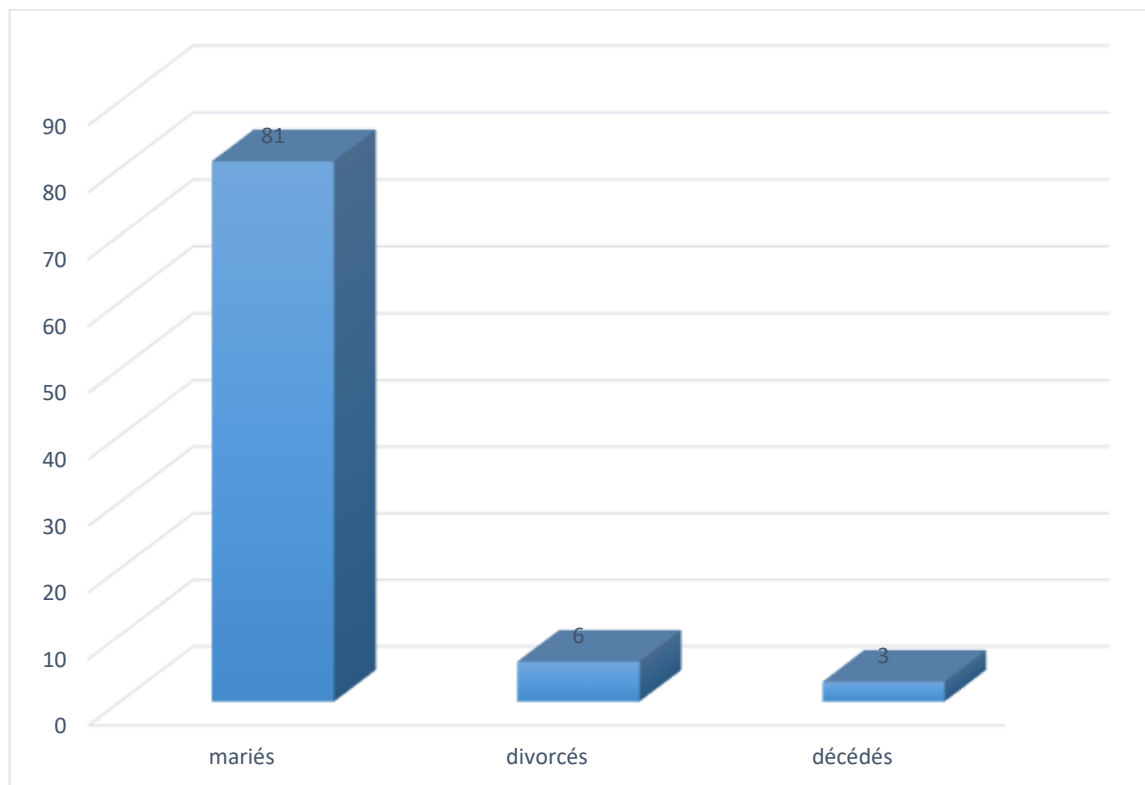


Figure 25: Statut marital des parents

1.8 Ressources financières :

Les ressources financières des témoins dépendent totalement de leurs parents pour 22 témoins soit 26%, partiellement pour 52% (44 témoins) et pas du tout de leurs parents pour 22% soit (18 témoins). (Figure26)

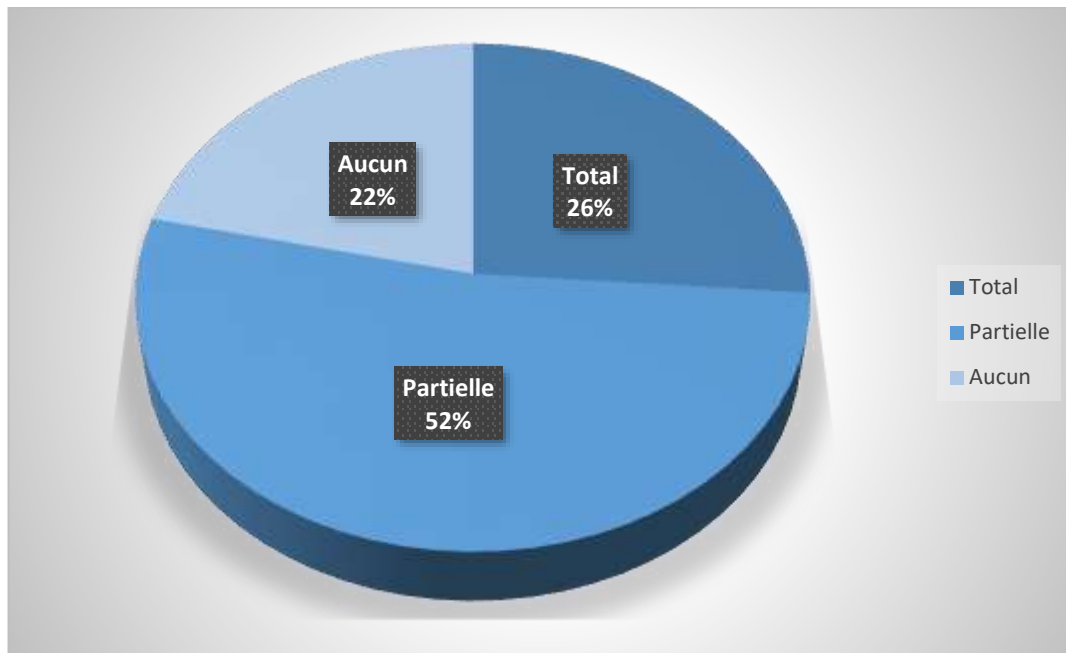


Figure 26: Ressources financières

1.9 Niveau socioéconomique :

8,89% (8 témoins) ont un niveau socioéconomique plus que moyen, 67,78% soit (61 témoins) ont un NSE moyen et 23,33% (61 témoins) ont un NSE bas. (Figure 27)

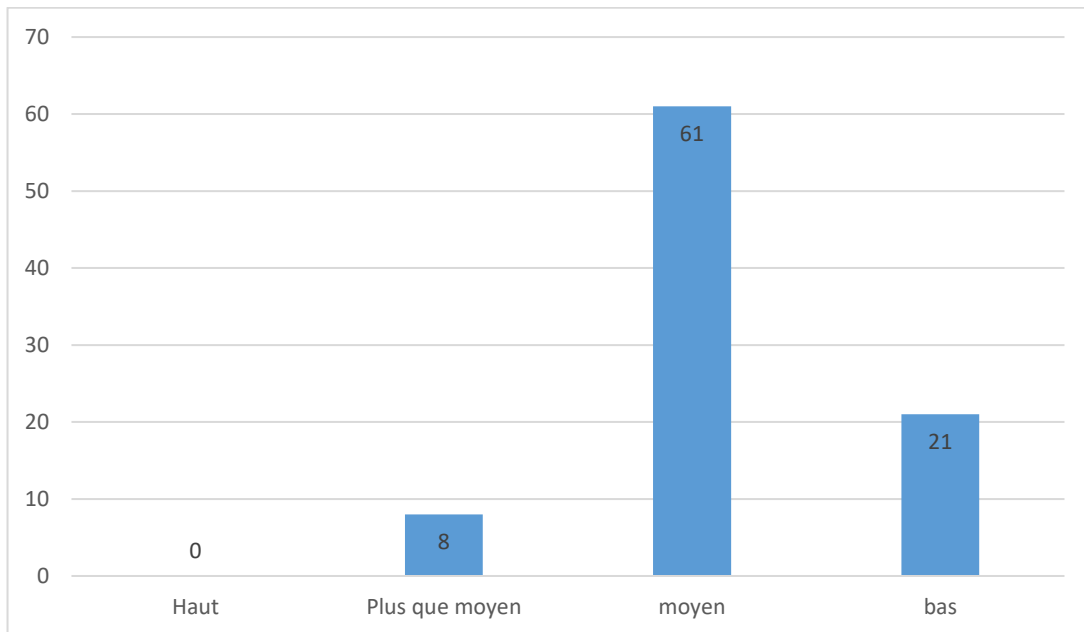


Figure 27: Niveau socioéconomique

1.10 Statut professionnel :

Au terme de notre étude, tous les témoins sont des étudiants

Résultats analytiques

On a réalisé une étude transversale afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques et addictologiques d'un échantillon de patients consommateurs de cannabis.

Les variables étudiées sont : l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, le statut matrimonial des parents, le niveau scolaire et les ressources financières.

On a aussi recherché le lien d'association entre le degré de spiritualité/religiosité et le comportement de consommation de cannabis.

1. Corrélation entre le groupe malade et le groupe témoin concernant les caractéristiques socio-économiques :

L'étude des différents facteurs socio- démographiques, susceptibles d'être prédictifs de survenue d'addiction au cannabis chez la population malade et celle des témoins, a montré que l'âge, le nombre d'années d'étude, la situation marital des parents, le statut professionnel et les ressources financières sont des facteurs de risque ($p < 0,05$).

Cependant, Il n'y avait pas de relation significative entre les autres facteurs et la survenue d'addiction au cannabis. (Tableau 3)

Tableau 3:: Caractéristiques sociodémographiques chez la population malade et population témoin

Les variables étudiées	Consommation du cannabis				P
	N	Oui	N	Non	
Age (moyenne+/- écart-type)	89	23,49(+/-5,196)	90	21,72(+/-2,157)	0,003
Sexe (N%)					0,090
Masculin	77	47,8%	84	52,2%	
Féminin	13	68,4%	6	31,6%	
Nb d'années d'études (Moyenne+/- écart-type)	90	9,23(+/-3,666)	89	89(+/-1,233)	0,000
Situation des parents					0,000
Mariés	60	42,6%	81	57,4%	
Divorcés	7	100%	0	0%	
Décédés	23	79,3%	9	20,7%	
Niveau socio-économique					0,527
Haut					
Plus que moyen	2	100%	0	0%	
Moyen	8	50%	8	50%	
Bas	57	48,3%	61	51,7%	
	23	52,3%	21	47,7%	
Statut professionnel					0,000
Etudiant	16	15,1%	90	84,9%	
Employé	28	100%	0	0%	
Chômage	46	100%	0	0%	
Ressources financières					0,000
Total	54	65,9%	28	34,1%	
Partielle	19	30,2%	44	69,8%	
Aucun	17	48,6%	18	51,4%	

2. Corrélation entre le groupe témoin et le groupe malade concernant le score de BIAC

Notre étude a démontré une association significative forte entre chaque item de BIAC et la consommation du cannabis. (Tableau 4)

Tableau 4: Résultats analytiques de BIAC entre les patients et témoins

Items	Score moyen chez Patients	Score Moyen chez Témoins	p
1. The highest priority in your life now? (most valued, prized)	2,5	5,53	0,000
2. How often do you attend religious services?	1,78	5,71	0,000
3. Other than religious services, how often do you get together with others for religious reasons (Prayer, religious discussions, volunteer work, etc.)?	1,79	4,68	0,000
4. To what extent (on a 1 to 10 scale) have you decided to place your life under God's direction?	3,67	6,84	0,000
5. What percentage of your gross annual income do you give to your religious institution or to other religious causes each year?	4,06	3,06	0,003
6. On average, how much time each day (in 24 hours) do you spend listening to religious music or radio, or watching religious TV?	1,88	3,29	0,000
7. On average, how much time each day do you	1,62	2,76	0,000

spend reading religious scriptures, books, or other religious literature?			
8. On average, how much time each day do you spend in private prayer or meditation?	2,51	3,54	0,000
9. On average, how much time each day do you spend as a volunteer in your religious community or to help others for religious reasons?	3,62	2,08	0,000
10. To what extent (on a 1 to 10 scale) have you decided to conform your life to the teachings of your religious faith?	4,19	6,62	0,000

3. Corrélation entre le score CAGE et degré de religiosité

Aucune association significative entre le score CAGE et le score total de BIAC n'a été démontrée par notre étude. (Tableau 4).

Tableau 5: Relation entre la sévérité de la dépendance au cannabis et le score BIAC

	effectif	Score moyen BIAC	P
CAGE score inf. à 2	1	21	0,902
CAGE score sup. à 2	89	27,638	
Total	90	27,611	

II. Discussion

Cette étude visait à évaluer l'impact de la religion chez des patients consommateurs et non consommateurs du cannabis.

Pour se faire des patients consommateurs de cannabis ont été recrutés dans deux centres des addictions ; Centre d'addictologie de Fès et le centre d'addictologie d'Agadir, ayant consulté pour aide au sevrage du cannabis, ils ont été évalués au niveau de leur dépendance au cannabis et leur degré de religiosité.

Alors que le groupe témoin, a été recruté parmi les étudiants universitaires de l'université Ibn Zohr n'ayant aucun antécédent de cannabis.

Des études comparatives ont montré que la consommation et l'abus de substances sont plus faibles chez les musulmans que chez les chrétiens ou les autres groupes religieux (69, 70, 71, 72)

Les scores de la religiosité étaient bien supérieurs à ceux de la population ayant un usage de cannabis, et ceci pour les 10 items, que ce soit les items des activités religieuses organisationnelles, ou les items purement de la croyance en Dieu.

Nos résultats sont conformes aux travaux précédents de la littérature indiquant que les jeunes qui participent davantage à des activités religieuses peuvent être moins exposés au risque de consommation de substances (73).

La participation régulière aux activités d'un milieu de culte peut fournir aux jeunes des ressources sociales leur permettant de réorganiser leur vie et un soutien émotionnel qui les aide à s'abstenir de consommer des substances. L'autre explication de cette relation peut être que les jeunes qui prient et assistent régulièrement aux services de la mosquée sont plus susceptibles de développer un réseau de pairs religieux qui s'abstiennent de consommer des substances illicites, y compris les

cigarettes, et qui sont intolérants à la consommation de ces substances. Selon certains auteurs, les lieux de culte peuvent fonctionner comme une atmosphère importante dans laquelle les jeunes peuvent apprendre et renforcer les attitudes contre la consommation de substances (72).

Une étude nationale menée aux États-Unis a indiqué que 9,9% des adolescents pour lesquels la religion est estimée importante pour eux ont déclaré avoir consommé des substances illicites, tandis que 21,5% des adolescents pour qui la religion n'est que peu importante ont déclaré avoir consommé des substances dans leur vie (74).

Tableau 6: Résumé des articles sélectionnés par auteur, année, pays, objectifs, approche méthodologique et principaux résultats

Ismail Rammouz, Meryem Himafi 2020 (Maroc)	Vérifier le lien d'association entre le degré de spiritualité/religiosité et le comportement de consommation du cannabis	Approche quantitative	Tous les éléments constitutifs de la religiosité tels qu'ils sont évalués par le BIAC sont prédictifs négatifs influent de la consommation de substances chez les jeunes
Miller; Saunders, 2011 (United States)	Évaluer les problèmes de fonctionnement spirituels et religieux liés à l'alcool et les symptômes psychiatriques.	Approche quantitative	Les pratiques spirituelles et religieuses prédisaient des changements dans les problèmes liés à l'alcool
Rocha; Guimarães; Cunha, 2012 (Brazil)	Comprendre le processus de rétablissement de l'abus de drogues vécu par les croyants dans les églises pentecôtistes de l'Assemblée de Dieu.	Approche qualitative	Les motivations des utilisateurs à rechercher l'église ont été démontrées, indiquant que le processus de récupération implique des éléments totalisants et individuels.
Brown; Tonigan; Pavlik; Kosten; Volk, 2013 (United States)	Décrire la consommation de substances dans la population, les antécédents de traitement, l'auto-efficacité, la spiritualité et les données démographiques; et comparer la spiritualité rapportée.	Approche quantitative	Les interventions entraînant de modestes changements dans les croyances spirituelles peuvent conduire à une plus grande efficacité personnelle et contribuer à un rétablissement réussi.
Palamar; Kiang; Halkitis, 2014 (United States)	Examiner comment les différents aspects religieux ainsi que le niveau d'exposition des utilisateurs prédisent l'utilisation de drogues émergentes.	Approche quantitative	Le niveau d'assiduité religieuse était un facteur de protection contre la marijuana et l'usage de cocaïne.
Gonçalves; Santos; Pillon, 2014 (Brazil)	Évaluer les aspects de la spiritualité et de la religiosité chez les consommateurs d'alcool et / ou de drogue.	Approche quantitative	Les consommateurs d'alcool étaient catholiques (63,1%) et non religieux (50,8%), et les toxicomanes étaient évangéliques (43,1%) et pratiquaient une religion (72,2%).
Al-Omari; Hamed; Tariah, 2015 (Jordan)	Comprendre le rôle de la religion dans le rétablissement de la consommation d'alcool et de toxicomanie chez les adultes jordaniens.	Approche qualitative	La religion se manifeste comme une tranquillité d'esprit, comme un nouveau départ, comme une protection et comme une incitation et une potentialisation de la motivation.
Ghani et al, 2015 (Malaysia)	Explorer les perspectives et la satisfaction des patients à l'égard du traitement et des services du nouveau centre de guérison et de soins.	Approche qualitative	Les patients ont identifié l'instruction religieuse comme un facteur important contribuant au succès du traitement.
Giordano et al, 2015 (United States)	Enquêter sur l'adaptation religieuse et la spiritualité concernant la consommation dangereuse d'alcool, l'usage de marijuana et l'usage de drogues psychostimulantes.	Approche quantitative	L'adaptation religieuse positive et la spiritualité protègent contre l'usage dangereux de l'alcool et de la marijuana.

Dans le tableau 6, nous illustrons les différents travaux qui ont pu mettre en évidence le rôle protecteur de la spiritualité/religiosité vis-à-vis des problèmes de la consommation. Ces auteurs ont insisté sur le rôle de la religion comme un style de coping contre le stress induit par la consommation (75) ou par ses conséquences socio familiales et professionnelles, ou comme étant un élément de plus de motivation (76), plus encore par le biais d'un changement radical du style de vie et un changement important du réseau de l'entourage amical (77).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La présente étude a des implications pour la politique de la prévention des conduites addictives la consommation de substances.

Tout d'abord, les résultats de cette étude indiquent que tous les éléments constitutifs de la religiosité tels qu'ils sont évalués par le BIAC sont prédictifs négatifs influent de la consommation de substances chez les jeunes

Les programmes de prévention de la toxicomanie peuvent donc envisager d'utiliser les ressources religieuses comme un facteur de protection qui pourrait réduire la probabilité que les jeunes s'engagent dans des pratiques à risque, ou dans un réseau d'amis consommateurs de substances.

En outre, l'effet dissuasif de la religiosité nécessite un soutien externe de l'environnement social et de la communauté pour devenir significatif.

Il est important que les services religieux de notre communauté fonctionnent comme un lieu où les jeunes peuvent participer non seulement à la prière et aux activités religieuses, mais aussi à d'autres activités extrascolaires positives, telles que le sport et les arts.

En outre, en participant à des activités religieuses, les jeunes ont la possibilité d'interagir plus étroitement avec des pairs et des modèles pro-sociaux. Les modèles de rôle et le mentorat sont un autre aspect influent des fonctions de religiosité.

En d'autres termes, les lieux de culte peuvent servir de lieu supplémentaire où les jeunes peuvent interagir positivement avec leurs pairs. Les responsables des mosquées doivent donc être formés de manière adéquate par des experts en ce qui concerne la promotion de la santé mentale et la sensibilisation autour des sujets des drogues. Le rôle et les fonctions actuels des mosquées doivent être remis en question et reconsidéré sur la base des résultats de la recherche en sciences sociales.

Cette implication est importante, car l'impact de la religiosité en tant que facteur de protection a été jusqu'à présent ignoré par les décideurs politiques et les services religieux.

De même, Les psychiatres, les psychologues, les médecins généralistes et le personnel infirmier devront être très attentifs à cette question, considérée sensible par beaucoup d'entre eux, et peuvent encourager les jeunes ayant un risque de la dépendance au cannabis et autres drogues à ne pas sous-estimer leurs ressources religieuses comme un mécanisme de défense contre l'usage de drogues.

RESUMES

RESUME

La dépendance au cannabis reste un fléau psychosocial chez les jeunes. Les moyens thérapeutiques, incluant les approches pharmacologiques, psychothérapeutiques et psychosociales restent modestes. Des études antérieures visent à cibler certains déterminants socio familiaux et psychologiques qui sont incriminés comme des facteurs de risque

Plus récemment, on cite dans la littérature le rôle protecteur de l'attachement aux valeurs religieuses. Ces travaux scientifiques ont été cités dans la partie théorique de notre travail

Dans notre travail, nous avons essayé d'aborder ce sujet en adoptant une méthodologie de travail, et en se basant sur les travaux antérieurs et en visant un objectif principal : examiner l'association entre le degré de religiosité et l'abus de cannabis chez les jeunes.

Méthodes :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique cas témoin au niveau des deux centres d'addictologie de Fès et Agadir.

Le groupe malade a été constitué de jeunes entre 18 ans et 35 ans, venant pour une consultation d'arrêt de la consommation du cannabis et ayant une dépendance au cannabis de sujets appariés à l'âge et au sexe, en bonne santé.

Un questionnaire sociodémographique et l'échelle de religiosité Belief Into Action validée en arabe dialectal marocain ont été utilisés pour les deux groupes, et une évaluation de l'addiction au cannabis CAGE Questionnaire a été utilisé pour le groupe malade

Résultats

Nous avons recruté 90 patients addicts au cannabis, dont l'âge moyen est 23,41 ans et avec une prédominance masculine de 85,56%, la majorité des patients était célibataires (90%), avec un niveau collégial (37,78%), redoublant (78,89%), vivant au sein de leur famille (93,33%), plus de la moitié de leurs parents sont mariés (66,67%), leurs ressources financières dépendent chez (60% des cas) de leurs parents, et de niveau socioéconomique moyen (63,33%), (51,11%) sont en chômage.

(56%) des patients consommateurs de cannabis ont consulté pour sevrage par eux-mêmes, (68%) n'ont pas d'antécédents de THC, (82%) de patients n'avaient pas d'antécédents d'usage d'alcool, (73%) des consommateurs de cannabis ont un ami proche addict au cannabis.

(89%) des usagers ont déclaré avoir ressenti le besoin de réduire la consommation du cannabis, Un ennui quand les gens leurs disent d'arrêter de fumer a été signalé chez (69%) consommateurs de cannabis de notre série, (87%) dans notre série avaient un ressenti être coupable de fumer, (78%) de notre série fument une demi-heure après leurs réveils, (98,89%) avaient un score de CAGE ≥ 2 .

Les résultats analytiques ont a que l'âge, le nombre d'années d'étude, la situation marital des parents, le statut professionnel et les ressources financières des parents sont des facteurs de risque ($p < 0,05$). Notre étude a montré que tous les items de religiosité étaient beaucoup plus importants dans la population témoin que la population malade. Une association significative forte a été retrouvée entre chaque item de la religiosité et la consommation du cannabis chez les jeunes

Aucune association significative entre le score de la dépendance au cannabis CAGE et le score total de religiosité BIAC n'a été démontrée par notre étude

Conclusion :

Notre présente étude montre l'intérêt de l'attachement aux valeurs religieuses chez les jeunes comme un facteur protecteur contre l'abus de drogues. Ceci nous amène à réfléchir à ne pas sous-estimer les ressources religieuses de chaque individu comme un mécanisme de défense contre l'usage de drogues.

ABSTRACT

Introduction :

Cannabis dependence remains a psychosocial scourge among young people. Therapeutic means, including pharmacological, psychotherapeutic and psychosocial approaches remain modest. Previous studies have targeted certain social, family and/or psychological determinants that are incriminated as risk factors.

More recently, the protective role of attachment to religious values has been cited in the literature. These scientific works have been cited in the theoretical part of our work

In our work, we have tried to approach this topic by adopting a working methodology, building on previous work and with one main objective: to examine the association between the degree of religiosity and cannabis abuse among young people.

Methods :

We carried out a descriptive and analytical case control cross-sectional study at the level of the two addictology centers of Fez and Agadir.

The sick group consisted of young people between 18 and 35 years old, coming for a consultation to stop cannabis use. The control group was made up of university students from Agadir matched for age and sex and who were healthy and fit.

A sociodemographic questionnaire and the Belief Into Religiosity Scale (BIAC) Action validated in Arabic Moroccan dialect were used for both groups, and a cannabis addiction assessment CAGE Questionnaire was used for the sick group.

Results

We recruited 90 cannabis-using patients with an average age of 23.41 years and a male predominance of 85.56%. The majority of the patients were single (90%),

with a college level (37.78%), repeater (78.89%), living with their family (93.33%). More than half of their parents were married (66.67%), and of average socioeconomic level (63.33%).

56% of patients using cannabis consulted for withdrawal on their own, and 98.89% had a CAGE score ≥ 2 .

Analytical results showed that age, number of years of study, marital status of parents, professional status and financial resources of parents were risk factors ($p < 0.05$). Our study showed that all religiosity items were significantly more important in the control population than in the patient population. A strong significant association was found between each item of religiosity and cannabis use among youth.

No significant association between the CAGE cannabis dependence score and the BIAC total religiosity score was demonstrated in our study.

Conclusion :

Our present study shows the value of attachment to religious values among youth as a protective factor against drug abuse. This leads us to consider not to underestimate the religious resources of each individual as a defense mechanism against drug use.

ملخص

المقدمة:

لا يزال إدمان القنب آفة نفسية بين الشباب. الوسائل العلاجية ، بما في ذلك الأساليب الدوائية والعلاج النفسي والنفسي-الاجتماعي لا تزال متواضعة. استهدفت الدراسات السابقة بعض المحددات الاجتماعية والعائلية و / أو النفسية التي تعتبر عوامل خطر.

في الآونة الأخيرة ، تم الاستشهاد بالدور الوقائي للارتباط بالقيم الدينية في الأدبيات. تم الاستشهاد بهذه الأعمال العلمية في الجزء النظري من عملنا

في عملنا ، حاولنا تناول هذا الموضوع من خلال اعتماد منهجية عمل ، والبناء على العمل السابق بهدف رئيسي واحد: دراسة العلاقة بين درجة التدخين وتعاطي القنب بين الشباب.

طرق:

قمنا بإجراء دراسة مقطعية وصفية وتحليلية لحالات التحكم على مستوى مركزي الإدمان في فاس وأكادير. وتألقت المجموعة المريضة من شباب تتراوح أعمارهم بين 18 و 35 عامًا ، يأتون لإجراء استشارة لوقف تعاطي القنب. تألفت المجموعة الضابطة من طلاب جامعيين من أكادير متطابقين من حيث العمر والجنس والذين يتمتعون بصحة جيدة ولياقة.

تم استخدام استبيان اجتماعي ديموغرافي ومقياس الإيمان في مقياس التدخين (BIAC) الذي تم التحقق من صحته في اللهجة المغربية العربية لكلا المجموعتين ، وتم استخدام استبيان CAGE لتقييم إدمان القنب للمجموعة المريضة.

النتائج

قمنا بتوظيف 90 مريضًا يتعاطون القنب بمتوسط عمر 23.41 عامًا وهيمنة الذكور 85.56٪. غالبية المرضى كانوا عازبين (90٪) ، بمستوى جامعي (37.78٪) ، مكرر (78.89٪) ، يعيشون مع عائلاتهم (93.33٪). أكثر من نصف والديهم متزوجون (66.67٪) ، ومتوسط المستوى الاجتماعي والاقتصادي (63.33٪). 56٪ من المرضى الذين يستخدمون القنب للانسحاب من تلقاء أنفسهم ، و 98.89٪ لديهم درجة $CAGE > 2$.

أظهرت النتائج التحليلية أن العمر وعدد سنوات الدراسة والحالة الاجتماعية للوالدين والحالة المهنية والموارد المالية للوالدين كانت عوامل خطر ($p < 0.05$). أظهرت دراستنا أن جميع عناصر التدخين كانت أكثر أهمية بشكل ملحوظ في مجموعة التحكم عنها في مجموعة المرضى. تم العثور على ارتباط قوي كبير بين كل عنصر من عناصر التدخين وتعاطي القنب بين الشباب.

لم يظهر أي ارتباط كبير بين درجة الاعتماد على القنب في CAGE ودرجة التدخين الإجمالية لـ BIAC في دراستنا.

استنتاج:

تظهر دراستنا الحالية قيمة الارتباط بالقيم الدينية بين الشباب كعامل وقائي ضد تعاطي المخدرات. يقودنا هذا إلى التفكير في عدم الاستهانة بالموارد الدينية لكل فرد كآلية دفاع ضد تعاطي المخدرات

ANNEXES

Questionnaire socio démographique

1) Age :ans

2) Sexe : Masculin Féminin

3) Nombre d'années d'études : ans

4) Avez-vous déjà redoublé ? Oui Non

5) Vivez vous actuellement : Seul Avec la famille
 Avec les amis Cité universitaire/internat

6) Vous êtes: Célibataire Marié(e) Divorcé(e)

7) Quelle est la situation de vos parents ?

Mariés Divorcés Un de vos parents est décédé

8) vos ressources financières dépendent de vos parents

Totalement Partiellement Pas du tout

9) Comment vous évaluez le revenu global de vos parents?

Haut plus que moyen Moyen

Faible

11) Exercez - vous une activité professionnelle?

Oui Non

12/ Date de début des premières expériences avec le cannabis :

.....(Mois)..... (Année)

Questionnaire de religiosité

1 - دور دائرة وحدة فقط على داك الشي للي عندو اولوية عظيمة في حياتك: (بمعنى داك الشي للي

عندو قيمة كبيرة فحياتك، والتي عزيز عليك بزاف)

عندك عشرة ديال الاختيارات، واحد من الاختيارات

1. صحتي واستقلاليتي.

2. أسرتي.

3. صداقاتي .

4. العمل أو الوظيفة أو تجارة.

5. دراستي .

6. الاستقرار المادي .

7. علاقتي مع ربي.

8. إمكانية السفر

9. الاستماع للموسيقى وحضور الحفلات .

10. حرية الاختيار في الحياة (الحرية اعيش كيف).

2 - شحال من مرة تقريبا كتمشي لجامع ؟

(الاجوبة كتبدا من: 1 = ولا حتى شي مرة ، حتى 10 = يوميا)

يوماً	أكثر من مرة أسبوعياً	كل أسبوع	حوالي مرة في الأسبوع	عدد من المرات في الشهر	حوالي مرة في الشهر	مرة خلال الأشهر	مرتان سنوياً	نادرًا جداً	ولا مرة
-------	-------------------------	----------	-------------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------	--------------	----------------	---------

3 - من غير الجامع ، شحال من مرة تتلاقى مع ناس وحدين خرين الموضوعات في ديال الدين

(بحال تصليو مع بعضياتكم، أو داكروا فالامور ديال الدين، أو ديرو الخير فسبيل الله.)

(الاجوبة كتبدا من: 1 = ولا حتى شي مرة، حتى 10 = يوميا)

يوماً	أكثر من مرة أسبوعياً	كل أسبوع	حوالي مرة في الأسبوع	عدد من المرات في الشهر	حوالي مرة في الشهر	مرة خلال الأشهر	مرتان سنوياً	نادرًا جداً	ولا مرة
-------	-------------------------	----------	-------------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------	--------------	----------------	---------

4 - شنو هي الدرجة (من 1 حتى 10) اللي قررت دير حياتك تمشي كلها بالدين وبالتالي توجيهات ديال الله

(الاجوبة كتبدا من 1 = ولا حتى شي مرة ، فالحقيقة ما عمرني فكرت فيها ، حتى 10 = كلشي فحياتي، حياتي كاملها)

10	تماما	9	8	7	6	5	4	3	2	1	ولا مرة
----	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------

5 - شحال باش تتصدق على الجامع أو على أمور دينية من مجموع كاع داكشي اللي تترجح فالعام (بحال الزكاة ، أولا الصدقات

الآخري للي فسبيل الله واللي ماشي اجبارية ؟

أقل من

أكثر من

14-13%	12-11%	10-9%	8-7%	6-5%	4-3%	2-1%	1%	0%	15%
--------	--------	-------	------	------	------	------	----	----	-----

/-----/	/-----/	/-----/	/-----/	/-----/	/-----/	/-----/	/-----/	/-----/	/-----/
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

6 - شحال تقريبا ديال الوقت فالنهار كنتفضيه من كل 24 ساعة باش تسمع لألناشيد الإسلامية ، أو كاتقرا القرآن ، أو كتشوف

شي برامج ديال الدين ؟

(الاجوبة كتبدا من 1 = ولا حتى شي مرة ، حتى 10 = يوميا)

5 ساعات	4-3	ما بين	ما بين	60-31	30-21	20-11	10-6	5-1	0
فأكثر	ساعات	ساعتي و3	ساعة 1 و2	دقيقة	دقيقة	دقيقة	دقائق	دقائق	(ولا مرة)

7 - شحال تقريبا ديال الوقت فالنهار كنتفضيه فقراءة القرآن ، أو قراءة كتب دينية أخرى؟

(الاجوبة كتبدا من 1 = ولا حتى شي مرة ، حتى 10 = يوميا)

5 ساعات	4-3	ما بين	ما بين	60-31	30-21	20-11	10-6	5-1	0
فأكثر	ساعات	ساعتي و3	ساعة 1 و2	دقيقة	دقيقة	دقيقة	دقائق	دقائق	(ولا مرة)

8 - شحال تقريبا ديال الوقت فالنهار كنتقضييه فالتأمل أو تتصلي بوحديك ؟

(الاجوبة كتبدا من 1 = ولا حتى شي مرة ، حتى 10 = يوميا)

5 ساعات فأكثر	4-3 ساعات	ما بين ساعتي و3	ما بين ساعة 1 و2	60-31 دقيقة	30-21 دقيقة	20-11 دقيقة	10-6 دقائق	5-1 دقائق	0 (ولا مرة)
------------------	--------------	--------------------	------------------------	----------------	----------------	----------------	---------------	--------------	----------------

9 - شحال ديال الوقت من كل نهار كنتقضييه وانت متطوع فالتجمعات الدينية أو كتعاون الناس ؟

(الاجوبة كتبدا من 1 = ولا حتى شي مرة ، حتى 10 = يوميا)

5 ساعات فأكثر	4-3 ساعات	ما بين ساعتي و3	ما بين ساعة 1 و2	60-31 دقيقة	30-21 دقيقة	20-11 دقيقة	10-6 دقائق	5-1 دقائق	0 (ولا مرة)
------------------	--------------	--------------------	------------------------	----------------	----------------	----------------	---------------	--------------	----------------

10 - حتى لاش من درجة (من 01 حتى 10) قررت نجعل حياتك متوافقة مع التعاليم ديال الدين ديالك

10	9	8	7	6	5	4	3	2	ولا مرة إطلافا
----	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------

*Questionnaire CAGE***CAGE-CANNABIS (CUT, ANNOYED, GUILTY, EYE-OPENER)**

	Yes	No
1. Have you ever tried to, or felt the need to, C ut down on your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you ever get A nnoyed when people tell you to quit smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you ever feel G uilty about smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you ever smoke within half an hour of waking up (E ye-opener)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REFERENCES

(1) Booth M.

« Cannabis: A History. » 2015

(2) Pisanti S., et al.

Medical Cannabis: A plurimillennial history of an evergreen

Wiley cellular physiology, 2018, p. 8342–8351

(3) Blickman T.

Le Maroc et le cannabis, Réduction, endiguement ou acceptation. Dossier sur les politiques de drogues | 49 | Mars 2017

(4) Richard, Denis

Le cannabis – 4^e Edition– Presses Universitaires de France– 1996

(5) Cannabases. <https://www.cpha.ca/fr/cannabases> Société canadienne de pédiatrie <https://www.cps.ca/fr/cannabis>**(6) Lucas C.J., et al.**

The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids 2018

(7) https://www.unodc.org/unodc/fr/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html**(8)** <https://www.planetoscope.com/drogues/1551-consommation-mondiale-de-cannabis-haschisch-.html>**(9) Rammouz I., et al.**

Les addictions au Maroc : état des lieux 2020

(10) Ameri A.

The effects of cannabinoids on the brain. Prog Neurobiol 1999 ; 58 : 315–48

(11) Solowij N.

Cannabis and Cognitive Functioning. Cambridge : Cambridge University Press, 1998.

(12) Kennedy et coll. (2003)

The Genetics of Adult-Onset Neuropsychiatric Disease: Complexities and Conundra? Science Vol. 302. no. 5646, pp. 822 – 826

(13) MO Krebs (2019). [Exposure to cannabinoids can lead to persistent cognitive and psychiatric disorders.](#) Eur J Pain.**(14) Lev-Ran S, et al.J 2014****(15) Brook JS, et al.2011**

DEVELOPMENTAL TRAJECTORIES OF MARIJUANA USE FROM ADOLESCENCE TO ADULTHOOD: PERSONALITY AND SOCIAL ROLE OUTCOMES

(16) Leventhal AM et al.

Agitated depression in substance dependence. Drug Alcohol Depend 2011;116:163–9)

(17) Chabrol H., et al.

Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology, 2005

(18) Fallu, J.-S., et al.

The influence of close friends on adolescent substance use: Does popularity matter?, (2011)

(19) Braconnier A., et al.. (1998).

L'adolescence aux mille visages. Paris : Odile Jacob.

(20) Janosz, M. (2000).

L'abandon scolaire chez les adolescents: perspective nord-américaine. *VEI Enjeux*, 122, 105-127.

(21) Jozefowicz, D. M., (2003).

Why do they leave? Why do they stay? A quantitative and qualitative examination of high school dropout. Dissertation microfilms, Université de Michigan, USA

(22) Stice, E., et al. (1993).

Relation of Parental support and Control to Adolescents' Externalizing Symptomatology and Substance Use : A longitudinal Examination of curvilinear Effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(6), 609- 629

(23) Choquet, M. (2004).

Epidémiologie de la consommation de cannabis parmi les adolescents en France. In P. Huerre, & F. Marty (Eds), *Cannabis et Adolescence. Les liaisons dangereuses* (pp. 17-27). Paris: Albin Michel.

(24) Hüsler, G., et al.. (2005).

Psychosocial predictors of Cannabis Use in Adolescents at Risk. *Prevention Science*, 6(3), 237-244.

(25) Kuntsche E., et al. (2004).

Parental Closeness and Adolescent Substance Use in single and two-parent Families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 63(2), 85-92.

(26) Shek, D. T. L. (1997).

The relation of family functioning to adolescent psychological wellbeing, school adjustment. and problem behavior. *The Joirrnul (\$ Genetic Psychology*, 158, 467-479.

(27) **Shek, D. T. L.** (2002b).

The relation of parental qualities to psychological well-being, school adjustment, and problem behavior in Chinese adolescents with economic disadvantage. *American Journal of Family Therapy*, 30, 2 15–230.

(28) **Duncan B. C., et al.** (1998).

Early adolescent gateway drug use in sons of fathers with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 23(4), 661–566.

(29) **Burcu, E.** (2002).

Alcohol and Drug Use in Youth Apprentices: Effect of Social Control in the Family. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 291–299.

(30) **Butters, J. E.,** (2002).

Family stressors and adolescent cannabis use: Pathway to problem use. *Journal of Adolescence*, 25, 645–654.

(31) **Chabrol, H., et al.** (2006).

Contributions of social influences and expectations of use to cannabis use in high-school students. *Addictive Behaviors*, 31(11), 2116–9.

(32) **Kuntsche E, et al.** (2004)

Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med* 59:113–127

(33) **McArdle P, et al.**

European adolescent substance use: the roles of family structure, function, and gender. *Addiction* 2002; 97: 329–36.

(34) **Chye Y., et al.**

Cannabis Use in Adolescence: A Review of Neuroimaging Findings 2019

Services de toxicomanie et de santé mentale Administration, 2018

(35) Crews F, et al.

Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2007;86:189-199.

(36) Gogtay N,et al.

Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2004;101:8174-8179.

(37) Luna B,et al.

Maturation of cognitive processes from late childhood to adulthood. *Child Dev.* 2004;75:1357-1372

(38) Spear, LP (2000)

The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci Biobehav Rev* 24: 417-463.

(39) Viveros, MP,et al. (2005b)

Endocannabinoid system and stress and anxiety responses. *Pharmacol Biochem Behav* 81: 331-342.

(40) Jacobus J, et al.

White matter characterization of adolescent binge drinking with and without co-occurring marijuana use: A 3-year investigation. *Psychiatry Research: Neuroimaging.* 2013a;214(3):374-381

(41) Lubman DI, et al.

Cannabis and adolescent brain development. *Pharmacology & Therapeutics.* 2015;148:1-16.

(42) Solowij N, et al.

Cerebellar white-matter changes in cannabis users with and without schizophrenia. *Psychological Medicine.* 2011;41(11):2349-2359

(43) **Dow–Edwards D, et al.** (2017).

Endocannabinoids in brain plasticity: cortical maturation, HPA axis function and behavior. *Brain Res* 1654: 157–164.

(44) **Jakovljevic M.**, 2019

SPIRITUALITY, RELIGIOSITY AND NATIONALISM FROM THE PERSPECTIVE OF PUBLIC AND GLOBAL MENTAL HEALTH, p. 382–391

(45) **Jakovljevic M.** : 2017

RESILIENCE, PSYCHIATRY AND RELIGION FROM PUBLIC AND GLOBAL MENTAL HEALTH PERSPECTIVE, p. 238–244

(46) **Chitra G. P.V., et al.**

Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality 2020

(47) **F. Rosselet,**

« La spiritualité, ou comment élargir notre vision du monde, *Revue internationale de soins palliatifs*, vol.4, p.311, 2011.

(48) **Soriano G.P.**

Religiosity, Spirituality, and Death Anxiety Among Filipino Older Adults: A Correlational Study 2020

(49) **Khalid, F., et al.** (2020)

Learning Engagements and the Role of Religion

(50) **Abror A, et al.** 2020

Antecedents of word of mouth in Muslim–friendly tourism marketing: the role of religiosity

(51) **White M.L., et al**, 2011

Spirituality and Spiritual Self-Care: Expanding Self-Care Deficit Nursing Theory, p. 49-56

(52) **Lavorato Neto G. et al.**, 2018

The free spirit: spiritualism meanings by a Nursing team on psychiatry, p. 280-288

(53) **Francis J.M., et al** ;2019

The prevalence of religiosity and association between religiosity and alcohol use, other drug use, and risky sexual behaviours among grade 8-10 learners in Western Cape, South Africa

(54) **Mohamed MN1,et al.**: 2017

Incorporating Islam in the Therapeutic Community modality for rehabilitation of substance and drug users. A Malaysian experience

(55) **De Oliveira A.L.C.B., et al.** 2017

Spirituality and religiosity in the context of drug abuse

(56) **Rose E. M., et al.** (2001).

Spiritual issues in counseling: Clients' beliefs and preferences. Journal of Counseling Psychology, 48, 61-71

(57) **Isaia, D., et al.**1999.

Spiritual well-being among older adults. Journal of Gerontological Nursing, 25 Aug, 15-21.

(58) **Goddard R.J., et al.**1995.

An optimal control model for integrated weed management under herbicide resistance. Australian Journal of Agricultural Economics 39, 71-87

(59) **Baldacchino, D., et al.** (2001).

Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 833–841.

(60) **Kim, Y., et al.** (2002).

Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual Differences*, 32(8), 1377–1390.

(61) **C. Buxant** : 2019

Pourquoi se tourner vers le religieux,
[Revue Théologique de Louvain](#) Année 2009 [40-1](#) pp. 41–65

(62) **HOFFMANN J.P., et al .:** 2013

Parenting Style, Religiosity, Peer Alcohol Use, and Adolescent Heavy Drinking,
p. 222–227

(63) **Mespad 2016 Algérie** :

Enquête Scolaire : L'usage du Tabac, de l'Alcool et des autres drogues en milieu scolaire 2016

(64) **Midanik LT, et al.** (1998).

Alcohol and drug CAGE screeners for pregnant, low-income women: the California Perinatal Needs Assessment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(1): 121–125.

(65) **Hinkin CH, et al.** (2001).

Screening for drug and alcohol abuse among older adults using a modified version of the CAGE. *American Journal on Addictions*, 10(4): 319–326.

(66) Alakhdhaira, S., et al. (2016).

Psychometric properties of the Arabic version of the Belief into Action Scale. *Mental Health, Religion & Culture*, 19(8), 846–857. <https://doi.org/10.1080/13674676.2016.1266471>.

(67) Rammouz I., et al.

Cultural Adaptation and Validation of the Moroccan Arabic Version of the Muslim Belief into Action (BIAC) Scale. *Journal of Religion and Health* <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01111-7>

(68) Badr, L. K., et al. (2013).

Substance abuse in Middle Eastern adolescents living in two different countries: Spiritual, cultural, family and personal factors. *Journal of Religion and Health*, 53(4), 1060–1074. doi:10.1007/s10943-013-9694-1

(69) Bradby, H., et al. (2006).

Is religion or culture the key feature in changes in substance use after leaving school? Young Punjabis and a comparison group in Glasgow. *Ethnicity & Health*, 11(3), 307–324. doi:10.1080/13557850600628372

(70) Kabiru, C. W., et al. (2010).

Self-reported drunkenness among adolescents in four sub-Saharan African countries: Associations with adverse childhood experiences. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 17. doi:10.1186/1753-2000-4-17

(71) Koenig, H. G., et al. (2014)

Health and well-being in Islamic societies background, research, and applications. New York: Springer.

(72) **Oetting, E. R., et al.** (1998).

Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance: III. Substance Use and Misuse, 33, 1629-1665.
doi:10.3109/10826089809058948

(73) **National Center on Addiction and Substance Abuse.** (2001). So help me God:

Substance abuse, religion and spirituality. March 9, 2014, from <http://www.casacolumbia.org/addiction-research/reports/so-help-me-god> substance-abuse-religion-spirituality

(74) **Ghani MA, et al.** 2015

An exploratory qualitative assessment of self-reported treatment outcomes and satisfaction among patients accessing an innovative voluntary drug treatment centre in Malaysia. International Journal of Drug Policy. 2015;26(2):175-182.
doi: 10.1016/j.drugpo.2014.10.002

(75) **Al-Omari H.;et al.** 2015

The Role of Religion in the Recovery from Alcohol and Substance Abuse Among Jordanian Adults] Relig Health. 2015 Aug;54(4):1268-77.doi: 10.1007/s10943-014-9868-5.

(76) **Palamar J.;et al.** 2014

A Qualitative Descriptive Study of Perceived Sexual Effects of Club Drug Use in Gay and Bisexual Men January 2012cJournal of Psychology & Human Sexuality 5(2):1-18cDOI: 10.1080/19419899.2012.679363

