



HAL
open science

Trouble schizophrénique débutant et consommation de cannabis : analyse des modalités de prise en charge

Delphine Sacchi

► **To cite this version:**

Delphine Sacchi. Trouble schizophrénique débutant et consommation de cannabis : analyse des modalités de prise en charge. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03134341

HAL Id: dumas-03134341

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03134341>

Submitted on 8 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Trouble schizophrénique débutant et consommation de cannabis : analyse
des modalités de prise en charge**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 27 Novembre 2019

Par Madame Delphine SACCHI

Née le 9 juillet 1989 à Apt (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Madame le Professeur PELISSIER-ALICOT Anne-Laure

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel

Assesseur

Monsieur le Docteur BOTTAI Thierry

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Trouble schizophrénique débutant et consommation de cannabis : analyse
des modalités de prise en charge**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 27 Novembre 2019

Par Madame Delphine SACCHI

Née le 9 juillet 1989 à Apt (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Madame le Professeur PELISSIER-ALICOT Anne-Laure

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel

Assesseur

Monsieur le Docteur BOTTAI Thierry

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements



En premier lieu, je remercie le Professeur Christophe LANÇON de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse, ainsi que le Professeur Anne-Laure PELISSIER et le Docteur Michel CERMOLACCE de m'avoir fait la faveur d'y siéger.

Je remercie également le Docteur Thierry BOTTAL de m'avoir offert le privilège de diriger mon travail de thèse, pour la qualité de ses enseignements transmis avec expertise.

Je présente mes sincères remerciements au Docteur Nourdine KARCHOUNI pour son mentorat, et qui par sa pédagogie, sa bienveillance et son amitié à mon égard, m'a enseigné l'art de la médecine avec passion.

Merci au Docteur Elisabeth BALDO pour m'avoir guidé et soutenue pendant mon travail thèse.

J'adresse mon respect et ma gratitude aux médecins et aux équipes que j'ai côtoyés durant mon internat et avec qui j'ai tant appris.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance à mes collègues du Centre Hospitalier Montperrin, pour leurs conseils et leur confiance.

A mes parents qui par leur soutien inconditionnel et leur affection inestimable m'ont permis de me réaliser. Je leur témoigne tout mon amour et ma reconnaissance.

A mon amour de sœur, que j'aime tant et qui, tout en étant à l'autre bout du monde, a toujours été là pour moi.

A Jazz pour sa présence et sa douceur.

A mes amis avec qui j'ai partagé les études de médecine et l'internat, particulièrement le Docteur Virginie CHIRON, le Docteur Husni SAID HABIBI et le Docteur Aurélie SEBBAN. Je n'oublierai pas leur bonne humeur, nos échanges et nos agréables moments.

A l'ensemble de ma famille et de mes amis pour leurs encouragements tout au long de mes études, spécifiquement Irène LARGE, mon amie de toujours.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont épaulé, qui ont contribué de près ou de loin à mon parcours et à l'achèvement de mes études.



Table des matières

INTRODUCTION	p 2
<hr/> <hr/>	
PREMIERE PARTIE THEORIQUE	p 5
<hr/> <hr/>	
I SCHIZOPHRENIE	p 5
<hr/>	
I.1 GENERALITES	p 5
I.1.1 Définition - Historique	p 5
I.1.2 Epidémiologie	p 7
I.2 CLINIQUE ET SYMPTOMATOLOGIE	p 9
I.2.1 Dimension positive	p 9
I.2.2 Dimension de désorganisation	p 10
I.2.3 Dimension négative	p 10
I.2.4 Dimension cognitive	p 10
I.2.5 Autres symptômes	p 11
I.2.6 Formes cliniques	p 12
I.2.7 Les comorbidités	p 13
I.2.7.a Les comorbidités psychiatriques	p 13
I.2.7.b Les comorbidités somatiques	p 13
I.2.7.c Les comorbidités addictologiques	p 14
I.3 CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE	p 16
I.3.1 Le DSM 5	p 17
I.3.2 La CIM 10	p 18
I.3.3 La CIM 11	p 19
I.3.4 Les échelles psychométriques	p 21
I.4 EVOLUTION	p 22
I.4.1 Etiologie et facteurs de risques	p 22
I.4.1.a Facteurs environnementaux	p 22
I.4.1.b Facteurs génétiques	p 23
I.4.1.c Facteurs neurodéveloppementaux	p 23
I.4.2 Début de la maladie	p 24
I.4.2.a Période prodromique et prémorbide	p 24
I.4.2.b L'entrée dans la maladie	p 26
I.4.2.c La durée de psychose non traitée	p 27

I.4.3	Évolution longitudinale	p 28
I.4.3.a	Evolution des épisodes aigus et rechutes	p 28
I.4.3.b	Profils évolutifs	p 29
I.4.4	Pronostic	p 31
I.4.4.a	Eléments qui seraient de bon pronostic	p 31
I.4.4.b	Eléments qui seraient de mauvais pronostic	p 31
I.4.5	Retentissement et conséquences de la maladie	p 32
I.4.5.a	Altération de la qualité de vie	p 32
I.4.5.b	Diminution de l'espérance de vie	p 34
I.5	POUR CONCLURE	p 34
II	LE CANNABIS	p 35
II.1	GENERALITES - CONTEXTUALISATION	p 35
II.1.1	Le cannabis : la plante, son histoire, son usage	p 35
II.1.1.a	Botanique	p 36
II.1.1.b	Historique	p 41
	<i>b.1 Depuis des temps immémoriaux et dans l'Antiquité (jusqu'en 476 de notre ère)</i>	p 42
	<i>b.2 Au Moyen Âge (476 – 1492) : herbe diabolique ou herbe sacrée ?</i>	p 42
	<i>b.3 Les temps modernes (1492 – 1789) : l'apogée du chanvre industriel.</i>	p 44
	<i>b.4 Le XIXe siècle : la consommation de cannabis a le vent en poupe !</i>	p 44
	<i>b.5 Epoque contemporaine (du XXe siècle à nos jours) : du déclin vers la prohibition.</i>	p 49
	<i>b.6 De nos jours</i>	p 51
II.1.1.c	Les modes de consommations	p 53
	<i>c.1 Modes de consommation du Cannabis sativa L.</i>	p 53
	<i>c.2 Les tendances actuelles de consommations</i>	p 57
	<i>c.3 Le cannabis de synthèse</i>	p 59
II.1.2	Cannabinoïdes et effets du cannabis	p 60
II.1.2.a	Les endocannabinoïdes et le système endocannabinoïde	p 61
	<i>a.1 Les endocannabinoïdes</i>	p 62
	<i>a.2 Les récepteurs cannabinoïdes et effets de leur activation</i>	p 62
II.1.2.b	Les phytocannabinoïdes	p 67
II.1.2.c	Cannabinoïdes synthétiques et cannabis dit « thérapeutique »	p 72
II.1.2.d	Détail des effets du cannabis	p 74
	<i>d.1 Les effets immédiats</i>	p 75
	<i>d.2 Effets de l'usage régulier et à long terme</i>	p 77
	<i>d.3 En conclusion</i>	p 81

II.1.3	Le cannabis en France et dans le monde : épidémiologie, contexte géopolitique et légal	p 83
II.1.3.a	Le cannabis dans le monde	p 84
II.1.3.b	Le cannabis en Europe	p 87
II.1.3.c	Le cannabis en France	p 91
II.1.3.d	Cadre législatif français concernant le cannabis	p 95
II.1.3.e	Pour conclure	p 101
	II.2 DIAGNOSTIC	p 102
II.2.1	Le DSM 5	p 103
II.2.1.a	Critères diagnostiques du trouble de l'usage du cannabis	p 103
II.2.1.b	Critères diagnostiques de l'intoxication par le cannabis	p 104
II.2.1.c	Critères diagnostiques du sevrage du cannabis	p 104
II.2.1.d	Autres troubles induits par le cannabis	p 105
II.2.2	La CIM 10	p 105
II.2.3	La CIM 11	p 108
II.2.4	Diagnostic différentiel	p 109
II.2.5	Dépistage	p 111
II.2.6	Les échelles psychométriques	p 112
II.2.6.a	Pour le cannabis	p 112
II.2.6.b	Pour le tabac	p 112
	II.3 POUR CONCLURE	p 113
	III PRISE EN CHARGE	p 114
	III.1 PRISE EN CHARGE DE LA SCHIZOPHRENIE	p 114
III.1.1	Lieux et intervenants de la prise en charge	p 115
III.1.2	Traitement médicamenteux	p 116
III.1.3	Traitement psychothérapeutique	p 118
III.1.3.a	La psychothérapie de soutien	p 118
III.1.3.b	La psychoéducation	p 118
III.1.3.c	Les thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles, réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive	p 120
III.1.3.d	Les thérapies familiales	p 121
III.1.3.e	Les thérapies analytiques	p 121
III.1.4	Accompagnement psychosocial ou sociothérapie	p 122
III.1.4.a	Interventions au niveau social et financier	p 122
III.1.4.b	Intervention au niveau scolaire et professionnel	p 122
III.1.4.c	Intervention dans le milieu de vie du patient	p 123
III.1.5	Prise en charge somatique	p 123

III.2 PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE DE L'USAGE DE CANNABIS	p 124
III.2.1 Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022	p 124
III.2.2 Prévention et réduction des dommages	p 126
III.2.3 Les thérapies médicamenteuses	p 128
III.2.3.a Introduction	p 128
III.2.3.b Les thérapies médicamenteuses dans le sevrage au cannabis	p 128
III.2.3.c Les thérapies médicamenteuses dans le sevrage tabagique	p 130
<i>c.1 Traitements de substitution nicotinique</i>	p 131
<i>c.2 Varécline</i>	p 131
<i>c.3 Bupropion ou amfébutamone</i>	p 131
<i>c.4 Autres approches la cigarette électronique</i>	p 132
<i>c.5 Sevrage tabagique et schizophrénie</i>	p 132
III.2.4 Les prises en charge psychothérapeutiques	p 133
III.2.4.a L'entretien motivationnel	p 134
III.2.4.b La Thérapie Cognitive, Comportementale et Emotionnelle (TCCE)	p 138
<i>b.1 Notions de base en TCCE</i>	p 138
<i>b.2 Quelques techniques de TCCE dans les conduites addictives</i>	p 142
<i>b.3 TCCE et comorbidités</i>	p 147
III.2.4.c Les approches familiales	p 148
III.2.4.d Autres approches	p 149
III.2.5 Les approches médico-sociales	p 151
III.2.5.a Intervention précoce	p 151
III.2.5.b Réduction des risques et accompagnement à l'insertion et à l'inclusion sociale	p 151
III.2.5.c Le soin dans le dispositif médico-social	p 152
IV NOTION DE PATHOLOGIE DUELLE	p 153
<hr/>	
IV.1 GENERALITES	p 153
IV.1.1 Définition	p 153
IV.1.2 Historique	p 153
IV.1.3 Epidémiologie	p 154
IV.2 SCHIZOPHRENIE ET CANNABIS	p 156
IV.3 ETIOLOGIE DE CETTE COMORBIDITE	p 158
IV.4 CONSEQUENCES DE LA PATHOLOGIE DUELLE	p 159
IV.4.1 Conséquences médicales	p 159
IV.4.2 Conséquences économiques	p 159
IV.4.3 Conséquences sociales	p 159

IV.5 IMPLICATIONS DE LA NOTION DE PATHOLOGIE DUELLE AU NIVEAU DE LA PRISE EN CHARGE	p 160
IV.6 LES SOINS INTEGRES - PRISE EN CHARGE DE LA PATHOLOGIE DUELLE	p 162
IV.2.1 Evaluation et diagnostic des pathologies duelles	p 163
IV.2.2 Traitement médicamenteux dans les pathologies duelles	p 163
IV.2.3 Les interventions psychosociales dans les pathologies duelles	p 164
IV.2.4 Soins intégrés psychothérapeutiques	p 164
V CONCLUSION	p 165

I CAS CLINIQUES p 167

I.1 LE CAS D'ANTHONY p 167

I.1.1 Eléments biographiques p 167

I.1.2 Histoire des troubles p 168

I.1.2.a Phase pré morbide p 168

I.1.2.b Phase prodromique p 168

I.1.2.c Entrée dans la maladie p 169

I.1.3 Historique des consommations p 169

I.1.4 Description clinique p 170

I.1.5 Histoire des soins et évolution de la prise en charge p 171

I.2 LE CAS DE MARIE p 173

I.2.1 Eléments biographiques p 173

I.2.2 Histoire des troubles p 174

I.2.2.a Phase pré morbide p 174

I.2.2.b Phase prodromique p 174

I.2.2.c Entrée dans la maladie p 174

I.2.3 Historique des consommations p 175

I.2.4 Description clinique, histoire des soins et évolution de la prise en charge p 176

I.2.4.a Hospitalisation en unité de psychiatrie p 176

I.2.4.a Hospitalisation en unité d'addictologie p 177

I.3 LE CAS DE MOHAMED p 178

I.3.1 Contexte de l'entretien p 178

I.3.2 Eléments biographiques p 178

I.3.3 Histoire des troubles p 179

I.3.3.a Phase pré morbide p 179

I.3.3.b Phase prodromique p 179

I.3.3.c Entrée dans la maladie p 179

I.3.4 Historique des consommations p 181

I.3.5 Description clinique p 181

II	L'ETUDE	p 183
II.1	MATERIEL ET METHODE	p 183
II.1.1	Objectif	p 183
II.1.2	Matériel	p 183
II.1.3	Critères d'inclusions	p 185
II.1.4	Critères d'exclusions	p 186
II.1.5	Méthodologie de l'analyse des résultats	p 186
II.2	RESULTATS	p 187
II.2.1	Données descriptives concernant les répondants au questionnaire et la population de patients présentant la co-occurrence schizophrénie d'évolution récente et consommation de cannabis	p 187
II.2.1.a	Caractéristiques des répondants	p 187
II.2.1.b	Caractéristiques de la population de patients ciblées	p 191
	<i>b.1 Taux de patients comorbides dans la patientèle des répondants</i>	p 191
	<i>b.2 Modes de consommation du cannabis</i>	p 193
	<i>b.3 Les effets recherchés par la consommation de cannabis</i>	p 195
	<i>b.4 Banalisation de la consommation de cannabis</i>	p 196
II.2.2	Recherche et évaluation de l'usage de tabac et de cannabis	p 198
II.2.2.a	Recherche d'une consommation de toxiques	p 198
II.2.2.b	Recherche et évaluation de la consommation de tabac et de cannabis	p 201
II.2.2.c	Recherche et évaluation de l'usage de cannabis	p 208
II.2.3	Prévention et information sur l'usage de tabac et de cannabis	p 210
II.2.4	Prise en charge de l'usage de tabac et de cannabis	p 212
II.2.4.a	Prise en charge pharmacologique de la schizophrénie associée à un usage de cannabis	p 212
II.2.4.b	Prise en charge du tabagisme et de la consommation de cannabis	p 213
II.2.4.c	Orientation des patients pour la prise en charge du tabagisme et de la consommation de cannabis	p 224
II.2.4.d	La prise en charge de la comorbidité usage de cannabis par le répondant et son équipe soignante	p 235
II.2.4.e	Réseau addictologique	p 238
II.2.5	Qualité de la prise en charge de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis	p 241
II.2.5.a	Représentations de la qualité de la prise en charge de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis	p 241
II.2.5.b	Formation des psychiatres et des équipes soignantes à la PEC de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, et appréciation de la qualité de leur formation	p 246
	<i>b.1 Formation des équipes à la PEC de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis</i>	p 246
	<i>b.2 Formation des psychiatres à la PEC de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis</i>	p 251

III DISCUSSION	p 253
III.1 POPULATION ET ECHANTILLON	p 253
III.2 CARACTERISTIQUES DES REpondANTS ET DE LA POPULATION DE PATIENTS CIBLES	p 253
III.2.1 Sexe, ancienneté et lieu d'exercice	p 253
III.2.2 Consommation de toxiques par les répondants	p 254
III.2.3 Co-occurrence schizophrénie - usage de cannabis dans la patientèle des répondants	p 254
III.3 RECHERCHE ET EVALUATION DE L'USAGE DE TABAC ET DE CANNABIS	p 258
III.4 PREVENTION ET INFORMATION	p 259
III.5 PRISE EN CHARGE	p 261
III.5.1 Prise en charge des consommations de tabac et de cannabis chez les patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie - usage de cannabis	p 261
III.5.2 Orientation des patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie - usage de cannabis, pour la prise en charge de leur consommation de tabac et de cannabis	p 269
III.6 QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE	p 273
III.6.1 Les représentations de la qualité de la prise en charge de la co-occurrence schizophrénie - usage de cannabis, par les psychiatres du GHT13	p 273
III.6.2 Formation des psychiatres du GHT13 et de leur équipe soignante	p 275
III.7 LES LIMITES	p 277
CONCLUSION DE L'ETUDE	p 281
<hr/> <hr/>	
CONCLUSION GENERALE ET PERSPECTIVES	p 283
<hr/> <hr/>	
BIBLIOGRAPHIE	p 287
<hr/> <hr/>	
ANNEXES	p 300
<hr/> <hr/>	
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	p 302
LISTE DES ABREVIATIONS	p 312
HISTORIQUE DES LOIS ENCADRANT LES STUPEFIANTS EN FRANCE	p 316
QUESTIONNAIRE	p 317
SERMENT D'HIPPOCRATE	p 338

INTRODUCTION ET PARTIE THEORIQUE

INTRODUCTION



« L'addiction, derrière le plaisir une douleur se construit. » Friedrich Nietzsche.



A l'ère de la mondialisation, tout état des lieux des flux et des consommations de drogues est d'une complexité affolante. En France, nous vivons dans une société de plus en plus pourvoyeuse d'addictions, qui tend à banaliser les comportements et les expériences addictifs. L'extrême diversité des comportements ou substances psychoactives pouvant générer un processus addictif, expose chacun d'entre nous à en expérimenter l'existence. L'addiction, avec ou sans substance, est devenue un problème de santé publique qui soulève des questions dans des domaines variés : sanitaire bien sûr mais aussi politique, économique, sociétal, juridique, philosophique, culturel, anthropologique, ou même sociologique. Ce problème complexe impose de fédérer les énergies des différents acteurs et institutions afin de développer mais aussi articuler les actions en faveur des soins, de la santé publique et de la réduction des risques.

De nombreux facteurs exposent à la question de l'addiction : le contexte global de tension à l'échelle nationale comme internationale, qui instille au quotidien un sentiment « d'urgence » réel et imaginaire ; notre style de vie qui pousse toujours plus loin les limites de la consommation et de la productivité ; les difficultés personnelles, professionnelles, sociales, auxquelles nous sommes inévitablement confrontés, et parallèlement, cette tendance à la valorisation des conduites centrées sur les émotions positives, comme une injonction du bonheur envahissant tous les champs de vie. Les patients y sont d'autant plus exposés par leur vulnérabilité, leurs troubles, la précarité sociale et la stigmatisation dont ils sont victimes. Cette problématique de l'addiction vient compléter le cercle vicieux en renforçant toutes ces fragilités. Nos patients sont accablés par un double rejet du fait de leurs troubles et de leurs consommations, de la part de la société dans son ensemble, et malheureusement y compris des soignants. Les troubles comorbides (association d'une pathologie psychiatrique et d'un trouble addictif) constituent un véritable problème de santé publique, tant par leur prévalence que par leur gravité. Ils péjorent le pronostic du trouble psychiatrique et celui de la conduite addictive.

Depuis plus de 25 ans, on constate une augmentation constante du niveau de consommation de drogue dans la population générale et chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France comme dans le reste du Monde, d'autant plus chez les jeunes (adolescents et jeunes adultes jusqu'à environ 34 ans) et encore plus chez les sujets souffrant de troubles mentaux, plus particulièrement de troubles schizophréniques.

De plus en plus de pays dans le monde tendent à dépénaliser voire légaliser la consommation de cannabis à des fins thérapeutiques, plus rarement à des fins récréatives. La France dispose d'un cadre législatif parmi les plus répressifs de prohibition du cannabis et un taux de consommation de cannabis parmi les plus élevés. Si la Loi ne semble pas être efficace pour endiguer ce phénomène, elle

n'est pas la seule voie de lutte à la disposition des pouvoirs publics. Pourtant, aujourd'hui il n'existe pas de mesure de prévention ciblée, ni de recommandation de prise en charge clairement établie et spécifique sur la consommation de cannabis en France, notamment chez ces populations vulnérables. Dans ce contexte empreint de paradoxe dans lequel nous exerçons, notre rôle en tant que soignant est à la fois de prévenir et de prodiguer des soins. Mais alors, comment y parvenons-nous ? Nous avons consacré ce travail de thèse à essayer de répondre à cette question.

Au cours de mon externat et de mon internat en Psychiatrie, j'ai été de très nombreuses fois confrontée aux problématiques des addictions chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. C'est une problématique très récurrente en milieu hospitalier qui concerne tous les soignants dont les médecins psychiatres, addictologues ou non.

La schizophrénie est une pathologie complexe, qui est source de handicaps importants. Les comorbidités addictives aggravent sévèrement le pronostic évolutif de cette pathologie, que ce soit la dépendance, l'augmentation du risque de suicide, la survenue de comorbidités somatiques qui sont elles aussi des causes de handicaps et de décès. Pour ces patients, les conduites addictives freinent l'accès aux soins psychiatriques et somatiques. Ces consommations compliquent et mettent à mal la prise en charge de ces patients dans leur globalité. Une fois la boucle bouclée, il s'agit là encore d'un cercle vicieux dont il est difficile de sortir.

Les jeunes populations, en début d'évolution des troubles schizophréniques, représentent un enjeu de taille, du fait de leur vulnérabilité et de leur plus grande exposition aux conduites addictives. C'est à ce stade de la maladie que se situent les objectifs les plus importants de prise en charge afin d'améliorer le pronostic évolutif de la pathologie schizophrénique. Il est fondamental de réduire les risques de survenue de rechutes, de persistance symptomatique, de complications et handicaps, de stigmatisation et ainsi améliorer la qualité de vie et optimiser l'insertion socio-professionnelle/scolaire.

La mise en œuvre des soins pour ces patients est très complexe, pour de nombreuses raisons parmi lesquelles : l'entrée dans la pathologie généralement difficile à accepter, le déni des troubles, la présence comorbide de troubles psychiatriques et addictologiques (chacun des deux troubles venant aggraver l'autre), la double stigmatisation qui en découle, la banalisation de la consommation de cannabis et du produit lui-même qui est à la fois personnelle et sociétale, le cadre bien souvent mal établi et mal organisé de la prise en charge (notamment du fait de la persistance d'une séparation entre psychiatrie et addictologie avec tout ce que cela implique d'un point de vue théorique et pratique).

Sur le moteur de recherche scientifique PubMed, il existe depuis 5 ans plus de 28 000 articles de revues répondant au mot clé « schizophrenia », plus de 6 000 articles pour le mot clé « cannabis » et plus de 450 articles avec les mots clés « schizophrenia AND cannabis ». Sur une période de 10 ans, on retrouve respectivement plus de 50 000 articles pour « schizophrenia », plus de 9 500 articles pour « cannabis », et plus de 800 pour « schizophrenia AND cannabis ». S'il existe peu de recherches sur les modalités de soins intégrés et coordonnés sur ce sujet, il ressort des données de la littérature que les approches et modes d'interventions devraient se baser sur le modèle bio-psycho-social, considérant les deux problématiques comme une seule entité, une « pathologie duelle ». Cela favoriserait la prise en charge adaptée du trouble dans son ensemble, de manière conjointe et globale, tant dans l'approche

diagnostique que thérapeutique. Cependant, il apparaîtrait une insuffisance dans notre système de soin pour l'adoption et la mise en œuvre de ce type de stratégies partenariales. Du moins, c'est ce que nous avons recherché dans l'étude que nous avons menée.

Dans une première partie, nous nous sommes attachés à définir et contextualiser l'état actuel des connaissances sur le sujet.

Dans une deuxième partie, nous avons mené une étude sur l'étendue du territoire des Bouches-du-Rhône, auprès des praticiens psychiatres et internes du groupement hospitalier de territoire (GHT13) visant à connaître leurs pratiques actuelles dans la prise en charge de la consommation de cannabis chez les patients souffrants de troubles schizophréniques, en début d'évolution de la pathologie. Cette partie est illustrée par des cas cliniques.

PREMIERE PARTIE THEORIQUE

I SCHIZOPHRENIE

I.1 GENERALITES

I.1.1 Définition - Historique

La schizophrénie fait partie des psychoses qui sont un groupe de pathologies psychiatriques définies par une perte de contact avec la réalité. Les psychoses sont connues et décrites depuis l'Antiquité en des termes comme la démence, la manie ou la folie.

Le terme de « schizophrénie », proposé en 1911 par l'aliéniste suisse, Eugen Bleuler, vient du grec « σχίζειν » (schizein) : le fractionnement, et « φρήν » (phrèn) : l'esprit. (1)

Il vient remplacer le terme de « démence précoce », popularisé par le psychiatre Emil Kraepelin en 1893. Ainsi, le trouble passait du statut de maladie par destruction irréversible de l'esprit à celui de maladie de la scission du sujet.

Ce terme rend compte de la notion de « dissociation de la conscience », le sujet se trouvant « coupé » : vis-à-vis de lui-même, vis-à-vis d'autrui et de la réalité. Vis-à-vis de lui-même : cela signifie que sa conscience est scindée de ce qui lui arrive, qu'il ne sait pas ce qu'il vit, ne réalise pas qu'il présente des symptômes pathologiques. Vis-à-vis d'autrui et de la réalité: le sujet scindé se voit coupé des autres comme du monde. Bloqué dans une altérité inaccessible, il ne lui reste comme seul destin possible que de s'enfermer toujours plus profond dans le dédale d'un « autisme » impénétrable. (2)

L'arrivée des neuroleptiques dans les années 1950, a permis de redéfinir la clinique de la schizophrénie puisqu'ils ont permis de comprendre que la schizophrénie n'était pas cette pathologie mentale accablante, aux symptômes énigmatiques, dont la conscience est impossible, et au pronostic sombre et inéluctable. Leur efficacité sans précédent, sur l'amélioration symptomatique du trouble et sur la prise de distance des patients par rapport à leur vécu délirant a été appelé « la révolution des neuroleptiques ». Les mesures thérapeutiques et psychosociales ont largement contribué aux modifications de l'évolution du trouble. (3) C'est à partir des années 1990, grâce aux avancées de la recherche, qu'ont vu le jour les notions de « facteurs de risques et de vulnérabilité », de « phase prodromique » et de « psychose émergente », renforçant encore la conception de la schizophrénie comme une pathologie évolutive. (4)

Aujourd'hui, quel que soit le système de diagnostic considéré, la schizophrénie désigne une maladie mentale caractérisée par un ensemble de symptômes « évocateurs », très variables et

hétérogènes d'un patient à l'autre, qui évoluent souvent au cours de la maladie. Ces principaux symptômes sont : le délire, les hallucinations, la désorganisation de la pensée, du discours, des émotions et du comportement, l'appauvrissement de la vie psychique, les difficultés sociales et cognitives. Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique du trouble (c'est-à-dire caractéristique, qui permet à lui seul, d'en établir le diagnostic certain), et ils peuvent tous être associés et interchangeables, donnant diverses formes cliniques possibles. Ses frontières avec d'autres troubles psychiatriques et avec des pathologies somatiques à expression psychiatrique sont imprécises. Au travers de la confrontation de trois types de données : cliniques, cérébrales et cognitives, les études de neurosciences cognitives ont permis d'apporter un nouveau regard à l'étude de la schizophrénie et de caractériser les anomalies cérébrales liées à cette pathologie (telles que des troubles de la maturation du système nerveux central, des réductions du volume de différentes régions cérébrales et certaines anomalies histopathologiques). La symptomatologie peut être notamment expliquée par des anomalies de la neurotransmission dopaminergique et un dysfonctionnement du traitement de l'information.

Cependant, ces éléments ne permettent pas pour l'instant une meilleure compréhension de l'étiologie du trouble, ni de ses symptômes, et ne sont d'aucune utilité pour le diagnostic. Il n'existe pour l'heure aucun marqueur paraclinique permettant le diagnostic de schizophrénie qui repose toujours sur les seules données cliniques. Ainsi, on retient le diagnostic de schizophrénie après l'élimination de l'ensemble des autres pathologies ou des consommations de toxiques, susceptibles d'être en cause. C'est un « diagnostic d'élimination », posé après l'établissement d'un bilan étiologique négatif et d'une proportion significative de temps qui permet d'apprécier des arguments évolutifs en faveur de ce trouble. (1,2,5)

In fine, la schizophrénie connue depuis plusieurs siècles avant notre ère, fait partie des pathologies mentales les plus graves. Son diagnostic exclusivement clinique, est difficile, car il s'agit d'un syndrome hétérogène comportant une grande diversité des symptômes et des tableaux cliniques. Son identification implique la reconnaissance d'un ensemble de signes et symptômes évolutifs, associés à une altération du fonctionnement socio-professionnel et à la prise en compte d'éléments multiples d'ordre culturel et social. En l'absence de prise en charge, elle évolue de façon chronique vers une symptomatologie déficitaire et handicapante.

I.1.2 Epidémiologie

La schizophrénie est une maladie mentale très fréquente et ubiquitaire. En raison du faible nombre de cas dans la population générale, la prévalence (nombre de cas) et l'incidence (nombre de nouveau cas) sont peu accessibles par des enquêtes en population.

Dans le monde, en population générale, sa **prévalence** (nombre de cas) serait d'environ 0.3% à 1%, (1,3) d'autres données donnent environ 0,4% à 0,7% (6,7), soit environ **1 individu sur 100**. Ce qui représente pour **la France plus de 600 000 malades**. (3) D'après le rapport de 2017 du Ministère des Solidarités et de la Santé sur « l'état de santé de la population en France en 2014 », la prévalence vie entière pour la schizophrénie en France, serait de l'ordre de 4 pour 1 000 personnes. (8) Elle touche autant les hommes que les femmes (sex-ratio = 1). (3,5,8,9)

Elle apparaît au début de l'âge adulte entre environ 18 et 35 ans. Elle débute généralement plus tôt chez l'homme (environ 5 ans avant). (3,5,9) Un début avant l'adolescence est rare. Le pic d'âge de début pour le premier épisode psychotique se situe entre le début et le milieu de la 3^{ème} décennie pour les hommes et la fin de la 3^{ème} décennie pour les femmes. (7,9) 90 % des patients seraient pris en charge entre 15 et 55 ans. (10)

Elle concernerait davantage les classes défavorisées, les migrants et la population urbaine. (5,11)

Les taux **d'incidence** annuelle (nombre de nouveaux cas par an) de la schizophrénie d'après une étude multicentrique de l'OMS, varient selon les sites entre 0,1 et 0,7 / 1 000 avec une valeur médiane pour l'Europe de 0,2 / 1 000. (3) Ce qui ferait environ **10 000 nouveaux cas par an**. (10)

En 2014, d'après le rapport de 2017 du Ministère des Solidarités et de la Santé sur « l'état de santé de la population en France en 2014 », **la population souffrant de schizophrénie prise en charge par le système de soins est relativement jeune : 85 % des hommes et 78 % des femmes sont âgés de 25 à 64 ans** (cf. graphique de la figure 1). Chez les hommes, la prévalence augmente régulièrement avec l'âge, pour atteindre un pic autour de 9-10 ‰ entre 30 et 49 ans, et décroît ensuite régulièrement. Chez les femmes, les taux de prise en charge sont inférieurs à celui des hommes, ils augmentent aussi régulièrement avec l'âge, forment un pic de l'ordre de 5 ‰ autour de la cinquantaine et décroissent ensuite régulièrement. À partir de 60 ans, les courbes sont superposables pour les deux sexes. Les causes de cette diminution de la prise en charge avec l'âge et des écarts entre ses sexes restent à identifier. (8) Pour ce qui est de la moindre prise en charge entre 15 et 30 ans, on peut formuler **l'hypothèse que nous avons une marge de progression importante en terme de diagnostic et de prise en charge précoce, mais aussi de sensibilisation de la population vers un recours aux soins plus précoce et un meilleur accès à ceux-ci**.

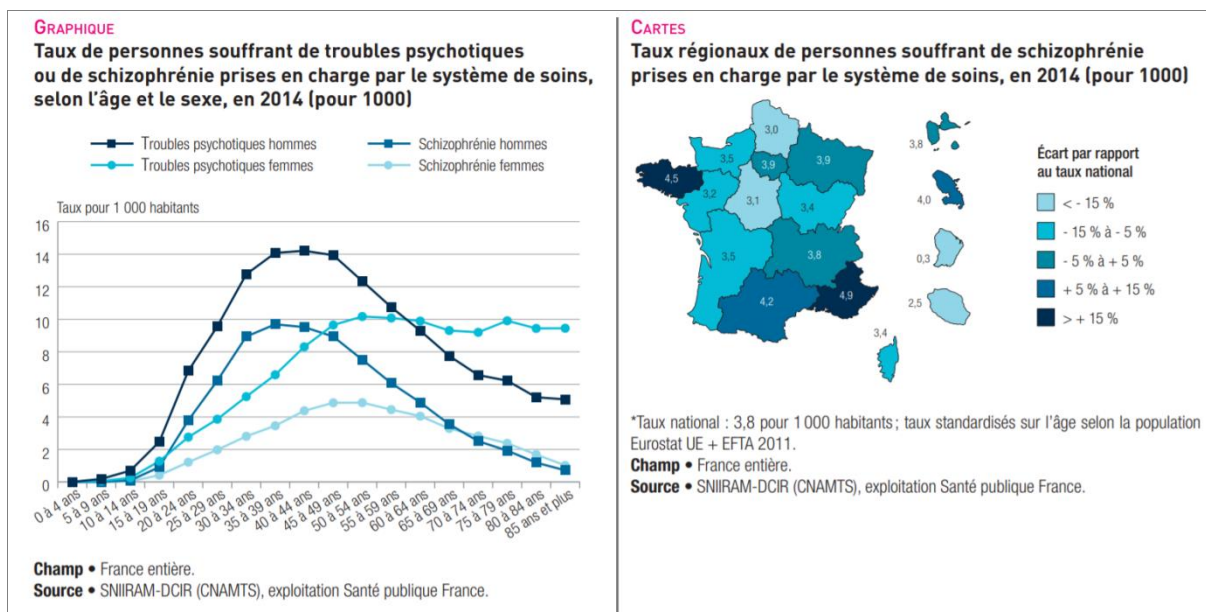


Figure 1 : Prévalence des troubles psychotiques pris en charge par le système de soins, selon l'âge et le sexe en France en 2014 (à gauche) ; prévalence de schizophrénie prise en charge par le système de soins, en France, en 2014 (à droite). (8)

En 2014, d'après l'agence régionale de santé (ARS) de Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) et le rapport du Ministère des Solidarités et de la Santé suscité, les taux de personnes souffrant de schizophrénie prises en charge par le système de soins **varient selon les régions** (cf. cartes de la figure 1). Près de **163 000 personnes** ont été prises en charge par le système de soins en 2014 pour une **maladie psychiatrique en PACA**, soit le 2^{ème} taux standardisé le plus élevé de France ; et **4,9 pour 1 000 personnes souffrant de schizophrénie**, soit le taux le plus élevé de France, au-dessus du taux national de 3,8 pour 1 000. (8)

En 2018, la population des Bouches-du-Rhône s'élève à 2 043 941 habitants (Insee), c'est le troisième département le plus peuplé de France. Il y aurait environ **2 000 personnes souffrantes de trouble schizophrénique**. En psychiatrie adulte dans les Bouches-du-Rhône, il y a 1 037 lits en hospitalisation temps plein dans le secteur public, et 583 places en hospitalisation partielle. Ce qui témoigne de la prise en charge majoritairement ambulatoire des patients. (ARS PACA)

I.2 CLINIQUE ET SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique est actuellement conçu autour de quatre ensembles dimensionnels :

- **trois dimensions symptomatiques** principales : **positive, négative** et **désorganisation**, dont l'expression est essentielle au diagnostic
- et une **quatrième dimension cognitive**, décrite plus récemment, qui n'est, pour le moment, pas nécessaire pour poser le diagnostic dans les classifications internationales. (5) Cette dimension est toutefois d'une importance capitale, tant dans le diagnostic que dans la prise en charge du trouble et de ses comorbidités.

I.2.1 Dimension positive

Cette dimension symptomatique comprend :

- les **idées délirantes** (ensemble de convictions irréelles, irrationnelles, auxquelles le sujet adhère de façon inébranlable),
- les **hallucinations** (perceptions non réelles, sans objet),
- un ensemble de phénomènes en rapport avec **une perte des limites psychiques entre soi et autrui** : des impressions de pensées imposées, de diffusion de la pensée, de vol de la pensée, d'expériences psychiques ou corporelles d'influence.

Les idées délirantes sont très fréquentes (entre 48 et 70 % des sujets), le plus souvent cachées ou verbalisées avec beaucoup de réticences. Leurs mécanismes d'expression sont interprétatifs, hallucinatoires, intuitifs et imaginatifs. Les thématiques sont multiples et variées, les plus répandues sont les idées délirantes de persécution, de contrôle, de référence et d'influence. Ces idées sont « paranoïdes », c'est-à-dire généralement polymorphes, floues, peu construites, non systématisées et bizarres ce qui leur donne un caractère incompréhensible. Le degré de conviction ou adhésion, à ces idées est variable, il peut être élevé. Elles sont généralement pourvoyeuses d'une forte angoisse, bien que leur retentissement n'est ni constant ni prévisible. Il est parfois difficile de faire la distinction entre une idée délirante et une croyance fortement ancrée ; cette distinction dépend en partie du degré de conviction avec lequel la croyance est soutenue en dépit de preuves contraires claires et rationnelles à propos de sa véracité.

Les hallucinations sont elles aussi très fréquentes, elles sont psychosensorielles, le plus souvent auditives (74 % des sujets), acoustico-verbales ou psychiques, parfois cénesthésiques (corporelles), plus rarement affectant les autres sens. Les voix entendues sont plus ou moins familières et identifiables, compréhensibles ou non. Elles peuvent s'adresser directement au sujet, commenter ses actes et pensées et donner des ordres. Le contenu, lorsqu'il est perçu, est souvent péjoratif, menaçant et angoissant. Il existe de nombreux comportements hallucinatoires (attitude d'écoute, interruption du discours, expression soudaine de peur, etc.) et de stratégie d'évitement (port d'une capuche ou d'un casque audio, haut volume de la musique, etc.). (5,9,12)

I.2.2 Dimension de désorganisation

Cette dimension comporte des **troubles de la pensée, de l'affectivité et du comportement**.

La pensée et donc, le discours, se désorganisent avec différents degrés de sévérités allant d'un discours flou absurde en passant par la diffluence, l'incohérence et l'illogisme, jusqu'à l'incompréhension totale du discours.

L'expression émotionnelle peut ne pas être adaptée à la situation, Les sentiments exprimés peuvent être ambivalents, dans l'excès ou dans l'indifférence.

Le comportement peut lui aussi être incohérent, inadapté au contexte et aux normes sociales, sans but compréhensible. La posture et les mouvements peuvent être étranges, stéréotypés, maniérés, irrationnels. La présentation peut être incurieuse, extravagante, voire insolite. Ces éléments peuvent conférer un caractère imprévisible au comportement de l'individu.

(5,9,12)

I.2.3 Dimension négative

La dimension négative réunit l'ensemble des signes qui traduisent un **appauvrissement de la vie psychique**. Elle comprend :

- Un émoussement affectif c'est-à-dire une diminution de l'expression et de la réactivité émotionnelle, donnant une impression de froideur, d'indifférence.
- Une anhédonie (incapacité à ressentir des émotions positives, du plaisir) associée à une grande pauvreté des relations sociales et un repli sur soi.
- Un ralentissement psychomoteur avec une pauvreté de la pensée, du discours et du geste. Le sujet peut être apragmatique avec une difficulté à initier et à maintenir l'action.

Elle est moins accessible aux thérapeutiques médicamenteuses que la symptomatologie positive. Et cette dimension a tendance à s'aggraver et à se chroniciser avec l'évolution du trouble.

(5,9)

I.2.4 Dimension cognitive

Les déficits cognitifs sont variables d'un sujet à l'autre, en intensité et en type de processus altérés. Ils ne sont pas toujours perçus par le sujet. Ils affectent préférentiellement : la **neurocognition**, la **cognition sociale**, et la **métacognition**.

La neurocognition est le lien entre d'une part des zones cérébrales et voies neuronales, et d'autre part la fonction du cerveau, la cognition et le comportement. Il s'agit de la perception, du comportement, de l'action, de la mémoire, du langage et des apprentissages. Ce sont tous ces domaines qui peuvent être réduits ou altérés chez les patients souffrant de troubles schizophréniques.

La cognition sociale est l'ensemble des processus cognitifs (perception, mémorisation, raisonnement, émotions, l'altération du traitement des informations faciales et du contexte...) impliqués dans les interactions sociales. En cas d'altération de ce champ, ce sont les interactions sociales qui se trouvent altérées.

La métacognition est la « cognition sur la cognition » autrement dit « penser sur ses propres pensées », c'est-à-dire la capacité de connaître et de réfléchir sur ses propres fonctionnements cognitifs ou processus mentaux.

En résumé, les principales déficiences cognitives dont souffrent les patients atteints de schizophrénie sont des troubles de l'apprentissage verbal, de la mémoire à court terme, de la mémoire de travail, de la fonction exécutive, de la capacité de raisonnement abstrait, des capacités de prise de décision et de l'attention.

Les **troubles cognitifs** touchent une grande majorité des patients, ils sont invalidants puisqu'ils entraînent des perturbations importantes du fonctionnement social, professionnel, occupationnel. Ils entraînent une altération de l'autonomie du patient pouvant aller jusqu'à la dépendance et ils favorisent l'émergence de certains symptômes positifs et négatifs décrits ci-dessus. Ils ont eux aussi tendance à s'aggraver et à se chroniciser avec l'évolution du trouble.

(5,9)

I.2.5 Autres symptômes

Le syndrome psychomoteur catatonique peut s'exprimer à tous les degrés d'intensité, allant de l'inertie motrice, l'immobilité avec une perte de l'initiative motrice jusqu'à la stupeur, la catalepsie (c'est-à-dire le maintien des attitudes imposées, la rigidité), une flexibilité cireuse, des parakinésies (maniérisme, stéréotypies, grimaces, mimique paradoxale), de soudaines impulsions motrices et parfois des accès d'agitation, un négativisme (opposition à toute tentative de mobilisation ou toute incitation : refus de la main tendue, refus du regard, refus d'aliments, mutisme) accompagné de suggestibilité (écholalie-échopraxie).

Les troubles de la conscience de soi et du monde, lorsque le sujet focalise son attention sur des phénomènes habituellement inconscients ou automatiques ; lorsque le sujet perd le sentiment d'exister, de son sentiment d'identité ; lorsque le sujet présente une altération de la saisie sur le monde (mots, concepts, objets etc.).

Les symptômes thymiques (de troubles de l'humeur). Des symptômes dépressifs sont fréquemment observés, mais sont souvent difficiles à distinguer des symptômes négatifs. Un patient sur deux se plaint de symptômes dépressifs. Près d'un patient sur deux fera une **tentative de suicide** au cours de sa vie et 5 à 10 % décéderont de **suicide**.

Les symptômes anxieux, qui sont très fréquemment présents sous forme d'une anxiété permanente et de moments d'angoisse massive. Elle a été décrite comme anidémique, car elle ne correspond apparemment à aucun contenu de pensée. On parle d'angoisse psychotique car elle a un caractère obscur, mystérieux, imprécis, indéfini, indéterminé, impénétrable ou encore inqualifiable. On peut retrouver des phobies diverses, et des comportements obsessionnels et compulsifs.

Les troubles du sommeil, plutôt à type d'insomnie, **les troubles du comportement alimentaire** et **les dysfonctions sexuelles globales**, sont souvent liés à la manifestation des autres symptômes.

L'absence de conscience d'être atteint d'une pathologie mentale, appelé **anosognosie**, ou **absence d'insight**, concernerait près de 60 % des sujets. Elle est de mauvais pronostic rendant la prise en charge difficile. Les patients parviennent plus fréquemment à être conscients de certains de leurs symptômes, du besoin d'un traitement ou d'une hospitalisation. Ils peuvent acquérir une meilleure conscience et connaissance de leur trouble grâce à l'information répétée et à la psychoéducation. (5,9,13)

I.2.6 Formes cliniques

De nombreuses formes cliniques ont été décrites dans l'histoire de la psychiatrie clinique, les nosographies récentes en décrivent six, essentiellement définies par la symptomatologie prédominante.

La schizophrénie **paranoïde** serait la plus fréquente. Elle est caractérisée par l'importance des symptômes délirants et hallucinatoires. Son début est tardif, aigu, et son évolution épisodique. Le pronostic serait meilleur que celui des autres formes cliniques.

Dans la schizophrénie **hébéphrénique** les symptômes de désorganisation sont au premier plan. Les symptômes positifs sont absents ou pauvres. Le début est précoce, durant l'adolescence, insidieux, et l'évolution est plutôt continue. Le fonctionnement cognitif est altéré et l'appauvrissement de la vie relationnelle et intellectuelle apparaît au premier plan.

La schizophrénie **catatonique** est rare dans les pays développés. Le tableau clinique est celui du syndrome psychomoteur catatonique.

La schizophrénie **indifférenciée** correspond à un tableau clinique avec une symptomatologie schizophrénique, mais ne correspondant pas au critère de la schizophrénie paranoïde, ni de la schizophrénie hébéphrénique, ni de la schizophrénie catatonique. C'est un diagnostic d'élimination.

La schizophrénie **simple** est caractérisée par la survenue dès le début des troubles, d'une symptomatologie négative et déficitaire, telle que la schizophrénie résiduelle. Elle apparaît de manière insidieuse et progressive.

La schizophrénie **résiduelle** correspond au stade chronique de l'évolution d'une maladie schizophrénique, quel que soit la forme débutante. C'est une forme déficitaire caractérisée par la persistance des symptômes négatifs, ou des symptômes positifs mineurs à un stade tardif d'évolution des troubles, responsable d'un fléchissement important des activités et une désinsertion sociale. (5,9,14,15)

Deux autres formes sont caractérisées par des éléments thymiques venant s'ajouter à la symptomatologie schizophrénique.

La **dépression post-schizophrénique** est parfois considérée comme une forme à part entière dans les classifications. Il s'agit d'épisode(s) dépressif(s), éventuellement prolongé(s), survenant(s) au décours d'une maladie schizophrénique.

Le **trouble schizoaffectif** ou schizophrénie dysthymique, ne fait pas partie dans les classifications internationales, des formes cliniques à proprement dites de la schizophrénie. La clinique est celle d'un trouble bipolaire atypique, où coexistent troubles de l'humeur et symptômes schizophréniques. L'atypicité apparaît autant lors des accès maniaques (où l'humeur est plutôt dysphorique) que lors des épisodes dépressifs. Son pronostic est plus sombre du fait d'un risque élevé

de passage à l'acte suicidaire et de conduite à risques, telle que la consommation de toxiques.
(5,14,15)

I.2.7 Les comorbidités

Les comorbidités sont nombreuses et importantes dans la schizophrénie. On retrouve trois types de comorbidités : psychiatriques, somatiques et addictives.

I.2.7.a Les comorbidités psychiatriques

Les troubles anxieux sont fréquents, environ 15 % des patients déclarent souffrir d'attaques de panique, environ 29 % développeraient un état de stress post-traumatique, on retrouve des troubles phobiques, et des troubles obsessionnels compulsifs.

Les épisodes dépressifs, seraient présents chez environ 50 % des patients.

Des troubles de la personnalité peuvent être présents chez ces sujets.

(13)

I.2.7.b Les comorbidités somatiques

Les comorbidités somatiques les plus retrouvées dans la schizophrénie sont :

- Les troubles et pathologies cardiovasculaires : les hypotensions orthostatiques ; l'hypertension artérielle (HTA) ; l'infarctus du myocarde (IDM) ; l'insuffisance veineuse ; les accidents thromboemboliques comme les thromboses veineuses profondes (TVP) et superficielles (TVS), les embolies pulmonaires (EP) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).
- Le syndrome métabolique, qui désigne la présence d'un ensemble de signes physiologiques qui accroissent le risque de diabète de type 2 et de maladies cardio-vasculaires (HTA, AVC, IDM).
- L'obésité avec toutes les conséquences somatiques de celle-ci.
- Les pathologies infectieuses et les surinfections.
- Les pathologies bucco-dentaires.
- Les pneumopathies d'inhalation.
- Un syndrome parkinsonien induit par les antipsychotiques.

Les comorbidités somatiques sont liées aux éléments suivants :

- à la **symptomatologie** schizophrénique notamment aux conséquences comportementales qui sont responsables : d'une mauvaise hygiène de vie d'ordre alimentaire, d'une mauvaise hygiène corporelle et bucco-dentaire, d'une sédentarité, de conduites à risques, d'une mauvaise conscience de la nécessité de soins et de l'accès aux soins somatiques.
- aux **traitements antipsychotiques** et autres traitements associés, parmi lesquels : un risque accru de survenu d'un syndrome métabolique, de troubles cardiovasculaires ; une augmentation du risque de dépendances liée à l'utilisation sur le long terme de traitements benzodiazépines et apparentés.

- aux conséquences néfastes des **consommations de toxique**, parmi lesquels : les cancers, les pathologies broncho-pulmonaires, les pathologies cardio-vasculaires, etc.
 - aux facteurs génétiques communs aux deux troubles : certains ont pu postuler d'une vulnérabilité génétique croisée entre pathologie somatique et psychotique.
- (16,17)

I.2.7.c Les comorbidités addictologiques

Chez les patients présentant un diagnostic de trouble psychiatrique, 29% d'entre eux présenteront un trouble lié à l'usage de substances au cours de leur vie, soit près de deux fois le taux des personnes indemnes de trouble mental. (18)

Chez les patients ayant un trouble lié à une substance psychoactive, 37% d'entre eux présenteront un trouble mental dans leur vie, soit près de quatre fois le taux des personnes indemnes de troubles addictifs. (18)

Depuis les années 1990, de très nombreuses études ont montré que les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique grave ont un risque statistique très élevé d'avoir un trouble lié à l'usage de substance psychoactive et inversement. (18)

Dans la schizophrénie, les comorbidités addictologiques sont très fréquentes, environ 47 % des patients atteints seraient concernés par des abus de substances toxiques. (13)

La fréquence des comorbidités avec des troubles liés aux substances est élevée dans la schizophrénie. (19)

- **Le tabagisme concernerait 2 patients sur 3.** (9)
- **L'usage de cannabis concernerait 1 patient sur 2.** (9)
- L'usage nocif et la dépendance à l'alcool sont également très fréquents. (9)
- Les autres usages de substances psychoactives sont moins fréquents que ceux suscités.
- La polyconsommation de substances est également importante, et d'autant plus lorsqu'il existe une consommation de cannabis. (20)

La vulnérabilité à la schizophrénie est vraisemblablement présente avant l'apparition des premiers symptômes. De ce fait, une utilisation accrue de substances au moment de l'adolescence et chez le jeune adulte, peut à la fois accroître le risque de développer ultérieurement un trouble lié à une substance et constituer un facteur de risque supplémentaire d'apparition de la schizophrénie. (19)

Les troubles addictifs sont retrouvés dans la moitié des premiers épisodes psychotiques, ils sont associés à des symptômes plus graves et à une plus grande perception de la stigmatisation. (21) D'après certaines études, les consommations de tabac et d'alcool n'auraient pas d'influence sur l'âge d'apparition de la psychose. (19)

Concernant le cannabis, l'association cannabis-schizophrénie serait le plus souvent retrouvée chez les **hommes jeunes** au cours **d'un premier épisode de décompensation psychotique**. (20,22)

Le risque de survenu d'une schizophrénie serait jusqu'à 4 fois plus élevé lorsque la consommation de cannabis débute avant 15 ans. L'usage de cannabis favoriserait **un âge de survenue plus précoce** de la schizophrénie avec une entrée dans la maladie **environ 3 ans plus tôt** chez les patients consommateurs de cannabis, plus exactement 2.7 ans plus tôt selon une méta-analyse publiée en 2011. (23) En début d'évolution des troubles, la dépendance au tabac et au cannabis a une influence sur la mauvaise observance thérapeutique et donc sur le mauvais pronostic de la maladie. (24)

En somme, **le cannabis peut entraîner l'apparition de troubles psychotiques aigus toxiques, mais peut également favoriser la survenue d'une schizophrénie chez les personnes vulnérables et aggraver des troubles schizophréniques existants. Les décompensations sont plus brutales, les rechutes plus nombreuses, les symptômes plus intenses, l'efficacité thérapeutique est diminuée et l'évolution du trouble plus défavorable.** (5,25)

I.3 CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE

Le diagnostic de schizophrénie est clinique. Il reste souvent difficile à affirmer devant la seule symptomatologie présentée par le patient, il n'est retenu qu'au vu de l'évolution clinique et de l'absence d'autre cause identifiable. Les critères diagnostiques de classifications internationales peuvent nous y aider et sont très utiles pour la recherche, domaine où il reste encore beaucoup à explorer tant il existe d'inconnues sur cette pathologie. Dans cette partie, sont décrits les critères diagnostiques du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM) et de la Classification Internationale des Maladies (CIM), qui sont les classifications les plus utilisées en France et à l'échelle internationale.

Le DSM est un ouvrage de référence qui décrit et classe les troubles mentaux. Il est publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association ou APA), la 5^{ème} et dernière édition, date de 2013. Il peut être utilisé à des fins cliniques et de recherche.

La CIM est une classification médicale codifiée des maladies et d'une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies. Elle contient environ 55 000 codes uniques. Elle fournit un langage commun grâce auquel les professionnels de la santé peuvent échanger des informations sanitaires partout dans le monde. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et est utilisée à l'échelle mondiale pour établir les tendances et les statistiques sanitaires, comme l'enregistrement des taux de morbidité et des taux de mortalité dans le domaine de la santé. La 10^{ème} version (CIM-10) est celle actuellement utilisée. L'OMS a publié le 18 juin 2018 sa nouvelle version de la CIM, la 11^{ème} (CIM-11). Elle sera présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2019, pour son adoption par les États Membres, et devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Il s'agit actuellement d'un aperçu préalable qui aidera les pays à planifier leur utilisation de la nouvelle version, à en établir des traductions et à former les professionnels de la santé. (26)

I.3.1 Le DSM 5

Dans le DSM 5, la schizophrénie est dans la même catégorie que les autres troubles psychotiques et la personnalité schizotypique, du fait des symptômes qu'ils partagent. En effet, ils sont définis par des anomalies dans au moins un des domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensées désorganisées, comportements désorganisés et symptômes négatifs. Ces cinq domaines symptomatiques sont les éléments clés qui définissent les troubles psychotiques. (9)

Critères diagnostiques du DSM 5 :

A. Minimum deux parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes [1], [2] ou [3] doit être présent :

1. **Idées délirantes.**
2. **Hallucinations.**
3. **Discours désorganisé** (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
4. **Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.**
5. **Symptômes négatifs** (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

B. **Déficits dans un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement.**

C. **Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois.** Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c'est-à-dire les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (par exemple : croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).

D. **Exclusion des diagnostics différentiels** que sont : le trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou le trouble bipolaire avec manifestations psychotiques.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple : une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Spécifier si :

Les spécifications de l'évolution qui suivent ne doivent être utilisées qu'après une durée d'un an du trouble et si elles ne sont pas en contradiction avec les critères évolutifs propres au diagnostic :

Premier épisode, actuellement en épisode aigu : Première manifestation du trouble remplissant les critères diagnostiques de définition et les critères de durée. Un épisode aigu est une période de temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission partielle : Une rémission partielle après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle se maintient une amélioration et où les critères diagnostiques du trouble ne sont que partiellement remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission complète : Une rémission complète après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle aucun symptôme spécifique de la maladie n'est présent.

Épisodes multiples, actuellement épisode aigu : Des épisodes multiples ne peuvent être établis qu'après un minimum de deux épisodes (un épisode, une rémission, et un minimum d'une rechute).

Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle

Épisodes multiples, actuellement en rémission complète

Continu : Les symptômes remplissant les critères symptomatiques diagnostiques du trouble sont présents la majorité du temps de la maladie, les périodes de symptômes subliminaux étant très brefs au regard de l'ensemble de l'évolution.

Non spécifié

Spécifier si :

Avec catatonie.

I.3.2 La CIM 10

Définition de la schizophrénie dans la CIM 10 : Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète.

On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue. (14)

Dans la **CIM 10**, on retrouve les critères diagnostiques dans la partie intitulée « schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ». Ce groupe comprend des subdivisions. On retrouve :

- ↳ Chapitre V : (F00-F99) Troubles mentaux et du comportement.
 - ↳ (F20-F29) Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants.
 - ↳ (F20) Schizophrénie.
 - ↳ (F20.0) Schizophrénie paranoïde.
 - ↳ (F20.1) Schizophrénie hétéroïde.
 - ↳ (F20.2) Schizophrénie catatonique.
 - ↳ (F20.3) Schizophrénie indifférenciée.
 - ↳ (F20.4) Dépression post-schizophrénique.
 - ↳ (F20.5) Schizophrénie résiduelle.
 - ↳ (F20.6) Schizophrénie simple.
 - ↳ (F20.8) Autres formes de schizophrénie.
 - ↳ (F20.9) Schizophrénie, sans précision.

Le premier caractère du code définit le chapitre.

Le deuxième caractère du code définit le groupe comprenant la schizophrénie.

Le troisième caractère du code qui associé au deuxième, identifie la schizophrénie.

Le quatrième caractère sert à spécifier les tableaux cliniques ou différents type de schizophrénie en fonction des manifestations symptomatiques prédominantes (par exemple, paranoïde : idées délirantes au premier plan ; hétéroïde : troubles des affects au premier plan...).

Un cinquième caractère peut être utilisé pour préciser la modalité évolutive (continue, épisodique, rémission complète ou incomplète, imprévisible).

I.3.3 La CIM 11

Dans la nouvelle classification, les codes alphanumériques de 0 à 9 remplacent les lettres des chapitres. Ainsi la lettre « F » du chapitre sur les troubles mentaux et du comportement devient le chapitre « 6 » intitulé sur « troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux ». Ce chapitre est divisé en plusieurs nouveaux sous-chapitres, identifiés par le code : « A2 » pour la schizophrénie. Ce sous-chapitre est nouvellement intitulé dans la CIM 11.

Ainsi, dans la CIM 10 : code « F2 » désignant le sous-chapitre « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » devient dans la CIM 11 : le code « 6A2 » désignant le sous-chapitre « troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques primaires ». (27)

Le changement le plus important concerne les sous-types symptomatiques de schizophrénie. En effet, les sous-types « paranoïde, hétéroïde, catatonique, indifférenciée etc. » sont supprimés et seront remplacés par une évaluation de l'évolution de la schizophrénie dans le temps « premiers épisodes, multiples épisodes, chronique... ». Ces sous-types pourront être complétés par une

description symptomatique du trouble : « positifs, négatifs, dépressifs, maniaques, psychomoteurs, cognitifs ». Ces catégories sont décrites ci-dessous. (27)

- ↳ 06. **Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders** (Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux)
- ↳ **Schizophrenia or other primary psychotic disorders** (Schizophrénie ou autres troubles psychotiques primaires).
- ↳ 6A20 **Schizophrenia** (Schizophrénie).
 - ↳ 6A20.0 **Schizophrenia, first episode** (schizophrénie, premier épisode).
 - ↳ 6A20.1 **Schizophrenia, multiple episodes** (schizophrénie, épisodes récurrents ou multiples).
 - ↳ 6A20.2 **Schizophrenia, continuous** (schizophrénie chronique).
 - ↳ 6A20.Y **Other specified schizophrenia** (autre type de schizophrénie).
 - ↳ 6A20.Z **Schizophrenia, unspecified** (schizophrénie, sans précision).

Une précision supplémentaire en 2^{ème} position après la virgule pourra être spécifiée, les voici avec comme exemple le premier épisode de schizophrénie (6A20.0) :

- ↳ .00 first episode, **currently symptomatic** (actuellement symptomatique)
- ↳ .01 first episode, **in partial remission** (en rémission partielle)
- ↳ .02 first episode, **in full remission** (en rémission totale)
- ↳ .0Z first episode, **unspecified** (sans précision)

Une autre catégorie pourra être utilisée pour caractériser le tableau clinique actuel chez les personnes atteintes de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique primaire :

- ↳ 6A25 **Symptomatic manifestations of primary psychotic disorders** (manifestations symptomatiques des troubles psychotiques primaires)
 - ↳ 6A25.0 **Positive symptoms** in primary psychotic disorders (symptômes positifs)
 - ↳ 6A25.1 **Negative symptoms** in primary psychotic disorders (symptômes négatifs)
 - ↳ 6A25.2 **Depressive symptoms** in primary psychotic disorders (symptômes dépressifs)
 - ↳ 6A25.3 **Manic symptoms** in primary psychotic disorders (symptômes maniaques)
 - ↳ 6A25.4 **Psychomotor symptoms** in primary psychotic disorders (symptômes psychomoteurs)
 - ↳ 6A25.5 **Cognitive symptoms** in primary psychotic disorders (symptômes cognitifs)

Il sera possible de coter une sévérité, pour chaque code utilisé :

- ↳ XS5W **Mild** (légère)
- ↳ XS0T **Moderate** (modérée)
- ↳ XS25 **Severe** (sévère)

I.3.4 Les échelles psychométriques

Les échelles psychométriques n'ont pas de valeur diagnostique mais représentent un outil, une aide à celui-ci. Elles permettent d'évaluer à un instant « t », des paramètres variés tels que l'intensité des troubles, leur sévérité, rechercher la présence de certains symptômes, évaluer un déficit cognitif, évaluer le niveau d'adaptation du patient à son environnement, la recherche de comorbidités, etc. Certaines échelles peuvent être réalisées par un soignant formé, sous forme d'hétéro-questionnaire, après l'évaluation du patient ou bien lors d'un entretien semi-structuré en présence et avec la participation de celui-ci. Certaines peuvent être réalisées par le patient lui-même sous forme d'auto-questionnaire. Elles peuvent être réalisées avant de débiter la prise en charge, en cours, et en fin de celle-ci. Elles peuvent généralement être réalisées à tous les temps de la prise en charge. Ces résultats seront ensuite comparés, afin d'apprécier l'évolution clinique et l'efficacité de la prise en charge et de l'adapter aux besoins spécifiques du patient. Elles sont utiles dans le domaine de la recherche.

Voici certaines échelles qui peuvent être utilisées dans la schizophrénie (liste non exhaustive).

- **CAARMS** (Comprehensive Assessment of at risk mental states) est une échelle permettant de repérer des symptômes psychotiques atténués et d'évaluer des états mentaux à risque de transition psychotique. (28) Elle serait actuellement considérée comme le gold standard.
- **PSYRATS** (Psychotic Symptom Rating Scales) est une échelle de cotation des symptômes psychotiques. Elle permet de mesurer les différentes dimensions des hallucinations auditives et des idées délirantes. (29)
- **PANSS** (Positive and Negative Syndrome Scale) est une échelle de cotation des symptômes positifs et négatifs. Elle est bien adaptée à l'étude de l'évolution sous traitement en hospitalisation. En revanche elle nécessite de recueillir l'avis de l'entourage, des aidants ou des soignants pour être cotée correctement, ce qui est plus objectif, mais n'est pas toujours facile en dehors d'une hospitalisation. (30)
- Echelle **DSM 5** d'évaluation dimensionnelle de la **sévérité** des symptômes psychotiques par le clinicien, elle comprend l'évaluation des symptômes positifs, négatifs et du handicap cognitif. (9)
- **BISP** (Birchwood Insight Scale for Psychosis ou échelle d'insight actuel de Birchwood) et la **BCIS** (Beck Cognitive Insight Scale ou échelle d'insight cognitif de Beck) sont des échelles de cotation de l'insight.

I.4 EVOLUTION

La schizophrénie apparaît généralement au **début de l'âge adulte**. Dans la majorité des cas, les symptômes apparaissent de manière **insidieuse et progressive**, elle peut aussi se manifester de manière **aigüe**. Les profils évolutifs sont presque aussi **variés** que chaque individu souffrant de schizophrénie est singulier. Elle est source **d'incapacité**, de **souffrance** et **d'exclusion** et contribue largement à la **morbidité** ainsi qu'à la **mortalité prématurée**. En l'absence de prise en charge, elle évolue de façon chronique vers une symptomatologie déficitaire et handicapante. Il existe encore beaucoup d'inconnues sur cette pathologie, les chercheurs tentent de mieux comprendre cette pathologie, ses facteurs de risque, de pronostic, et cherchent à identifier des marqueurs de sa survenue et de son évolution.

I.4.1 Etiologie et facteurs de risques

L'étiologie de la schizophrénie reste inconnue à ce jour et aucun symptôme ni résultat d'examen complémentaire n'en est pathognomonique. Dans ce domaine la recherche a encore de belles heures devant elle. Il est encore difficile de distinguer les phénomènes potentiellement à l'origine de la schizophrénie, de ceux qui surviennent secondairement à la physiopathologie de la maladie. Elle est probablement d'étiologie multifactorielle, et on distingue plusieurs types de facteurs de risques à l'origine de sa survenue, conférant à l'individu une vulnérabilité quant à l'émergence de la maladie à l'âge adulte. Ils sont d'ordre :

- génétiques,
- neurodéveloppementaux,
- socio-environnementaux.

Ces facteurs de risque sont vraisemblablement interdépendants puisque la vulnérabilité génétique chez un individu est clairement modulée par son environnement. Ceci renforcerait l'hypothèse qui définit la schizophrénie comme un trouble neurodéveloppemental complexe.

I.4.1.a Facteurs environnementaux

L'incidence de la schizophrénie a été reliée à la saison de naissance, par exemple la fin de l'hiver et le début du printemps dans certaines régions, et l'été pour la forme déficitaire de la maladie.

L'incidence de la schizophrénie est plus importante chez les enfants qui grandissent :

- dans un environnement urbain,
- en situation d'isolement social, de précarité sociale,
- dans les populations de migrants, lors du passage d'une culture collective à individuelle,
- chez certains groupes ethniques minoritaires.

Elle serait aussi en lien avec l'existence d'autres facteurs tel que :

- la malnutrition sévère pendant l'enfance,
- les lésions cérébrales (trauma crâniens),

- les maladies inflammatoires et auto-immunes,
- l'ingestion de produits toxiques comme la consommation de cannabis. La consommation régulière de cannabis semble jouer un rôle déterminant augmentant d'un facteur 2 le risque de développer la maladie.
- le stress psycho-social pendant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte. (4,5,9,11)

I.4.1.b Facteurs génétiques

Même si 90 % des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie n'ont pas d'ascendant porteur de la maladie, les facteurs génétiques constituent un facteur de vulnérabilité qui contribue fortement à déterminer le risque de schizophrénie. Plusieurs gènes et allèles (différentes versions d'un même gène) non spécifiques de cette pathologie, sont impliqués de manière complexe. En effet, ils sont aussi associés à d'autres troubles mentaux, (dont les troubles bipolaires, la dépression et les troubles du spectre de l'autisme) et leurs modalités de transmission restent à découvrir. Plus la charge génétique est importante, plus le risque de développer la maladie augmente. Ainsi, alors que le risque de développer la maladie pour la population générale est d'environ 1 %, il s'élèverait à environ :

- 40 % pour les enfants dont les deux parents souffrent de schizophrénie (majoré en cas de consanguinité),
- 13 % pour les enfants dont un parent souffre de schizophrénie (majoré en cas de consanguinité), le risque est le même que les enfants soient élevés par leurs parents biologiques ou par leurs parents adoptifs sains.
- 9 % pour les frères et sœurs de sujets atteints de schizophrénie,
- 10 % pour les jumeaux dizygotes,
- 50 % pour les jumeaux monozygotes.

Cependant, dans 60 % des cas, il n'y a pas d'individu atteint parmi les apparentés du premier ou deuxième degré. Les facteurs génétiques ne sont pas à eux seuls suffisants pour prédire l'apparition de la pathologie.

Des études sur les facteurs épigénétiques sont en plein essor et représentent beaucoup d'espoir dans la compréhension du trouble, de son étiologie et l'élaboration de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques.

(4,5,9,11,13)

I.4.1.c Facteurs neurodéveloppementaux

Un risque plus élevé de schizophrénie pour le fœtus en développement est associé à :

- un âge maternel et/ou paternel élevé,
- les infections notamment virales telles que la grippe et la rubéole pendant la grossesse,
- malnutrition pendant le premier trimestre de la grossesse,
- diabète et autres affections médicales pendant la grossesse,
- un stress important pendant la grossesse,
- des complications néonatales comme une hypoxie.

Cependant, la grande majorité des enfants exposés à ces facteurs de risque ne développe pas de schizophrénie. (4,5)

Ces facteurs issus de l'interaction de facteurs à la fois génétiques et environnementaux, provoqueraient des altérations neuronales et de remaniement des circuits cérébraux, notamment dans le cortex préfrontal. Celles-ci seraient responsables de dommages cellulaires et de déficits de synchronisation neuronale lors du développement cérébral, aboutissant à des altérations des circuits cérébraux à l'âge-adulte. Les études ont retrouvés notamment : des réductions du volume de différentes régions cérébrales (hippocampes, ventricules), réduction de la densité de la matière grise, détérioration du fonctionnement du lobe préfrontal, anomalies histopathologiques... (13)

I.4.2 Début de la maladie

La schizophrénie commence chez l'adulte jeune, entre 18 et 35 ans, et apparait plus tôt chez l'homme que chez la femme (environ 5 ans avant). Un début avant l'adolescence est rare. Le premier symptôme schizophrénique apparaît le plus souvent entre 23 et 26 ans. (5)

I.4.2.a Période prodromique et prémorbide

La phase prémorbide concerne la période allant de la vie intra-utérine (en passant par la naissance, l'enfance, voire l'adolescence) à l'apparition des premiers signes de la maladie.

La phase prodromique correspond à la période durant laquelle sont présents un ensemble de symptômes avant-coureurs qui annoncent la survenue de la maladie. Ils précèdent les manifestations caractéristiques de la maladie. Ils surviennent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Il peut exister certains signes qui précèdent l'apparition de la maladie. Ceux-ci ne sont pas présents de manière systématique, ils sont extrêmement divers et, leur fréquence et durée de survenue avant le début des troubles sont très variables. Ainsi, leur présence n'est pas suffisamment fiable pour garantir un diagnostic de schizophrénie. Pourtant, c'est un sujet qui fait débat devant l'intérêt d'une prise en charge précoce du trouble schizophrénique. Ces signes sont les **prodromes** et la **personnalité prémorbide**.

La schizophrénie peut survenir chez un individu qui présentait un trouble de la personnalité. Il s'agit le plus souvent des personnalités de type, schizoïde, schizotypique et paranoïaque (cluster A du DSM) et la personnalité évitante (cluster C). Ce sont des dysfonctionnements des conduites et de l'expérience vécue de manière durable, stable envahissante et rigide. Ces dysfonctionnements forment un ensemble plus caractérisé que les symptômes prodromiques. La personnalité peut être qualifiée de prémorbide uniquement après la déclaration du trouble schizophrénique.

Les symptômes prodromiques sont des symptômes présents avant la déclaration de la maladie. Ils peuvent passer plus ou moins inaperçus et peuvent être constatés par le patient ou par son entourage. On parle de phase prodromique pour désigner la période où sont présents ses éléments. Ils sont le plus souvent présents environ un an avant l'initiation du trouble, parfois bien plus longtemps. La majorité des premiers épisodes sont précédés d'environ 3 ans par ces symptômes. (31) Les symptômes prodromiques sont un ensemble de symptômes moins intenses, moins caractérisés que ceux de la schizophrénie, voire un ensemble de modifications psychologiques complexes. Même lorsqu'il en a conscience, le patient ne parle généralement pas de ces manifestations à ses proches.

Ces **manifestations prodromiques** peuvent être :

- des troubles de l'expérience de soi, des expériences intérieures progressivement envahissantes, provoquant de l'anxiété. Ces expériences peuvent être des impressions d'irréalité, de perte du sentiment de familiarité, par rapport à soi (ses pensées, ses émotions, son corps), à autrui et au monde ;
- un engouement ou des préoccupations inhabituelles notamment concernant des questions existentielles, la philosophie, les sciences ésotériques... qui peuvent être difficiles à distinguer de la tendance naturelle des adolescents à tenter de donner du sens au monde qui les entoure, à laquelle s'ajoute l'opposition aux figures d'autorités parentales ;
- de l'apparition de difficultés intellectuelles, sociales, d'idées suicidaires, de modifications émotionnelles (anxiété, colère, tristesse), d'une aboulie, d'un rationalisme morbide (tendance à la rationalisation systématique et froide des événements et des relations interhumaines) ;
- de l'apparition d'ébauche d'idées délirantes et d'hallucinations ;
- des troubles du sommeil ;
- des modifications de la présentation, d'une certaine incurie ;
- des modifications du comportement telles que des bizarreries, un retrait social, un désinvestissement des pratiques professionnelles ou scolaires et de loisirs, un déplacement des centres d'intérêt radical, inexplicable.

(4,5,9)

En fonction de la richesse symptomatique (ou de la sévérité) des prodromes, on distingue des profils à haut risque (HR) et à ultra-haut risque (UHR) de survenue d'une psychose. Cependant, il est important de préciser que les patients décrits comme à HR ou UHR ne transitent pas toujours vers un premier épisode psychotique. Donc, le statut de HR ou d'UHR n'est pas forcément synonyme de phase prodromique avec un destin univoque qui évolue vers un premier épisode psychotique. Ce n'est qu'à postériori que l'on peut déterminer si les signes aspécifiques relevaient d'une phase prodromique.

(4,5,9,32)

I.4.2.b L'entrée dans la maladie

Il existe classiquement deux modes d'entrée dans la maladie.

1) Dans la majorité des cas, les symptômes apparaissent de manière insidieuse et progressive qui correspond en général à une symptomatologie moins riche, où prédominent les symptômes négatifs, cognitifs et de désorganisation. L'évolution progressive de la schizophrénie, rend difficile le dépistage du trouble par les patients et les professionnels de santé, favorisant une durée de psychose non traitée plus longue.

2) Dans 35% à 40% des cas, (11) le début des troubles se manifeste comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein ». Il s'agit à l'opposé du premier, d'une symptomatologie intense, bruyante et brutale, appelée décompensation aiguë. Ce premier épisode délirant aigu nécessite le plus souvent une prise en charge en hospitalisation spécialisée en psychiatrie. Le facteur de risque principal de la survenue d'un déclenchement aigu chez des adolescents ou jeunes adultes fragiles, est la consommation de toxique, en particulier **le cannabis**. (5,9,33)

Dans de très rares cas, des comportements impulsifs auto- ou hétéro-agressifs, médicologaux peuvent marquer l'entrée dans la pathologie (automutilation, suicide, agression, crime). (5,9,33)

Les premiers épisodes psychotiques aigus, se caractérisent souvent par un ensemble de symptômes non spécifiques appelé bouffée délirante aiguë (BDA). Ce sont des symptômes du registre psychotique : délire polymorphe, hallucinations, angoisse intense, exaltation de l'humeur avec modification de celle-ci en lien avec les idées délirantes, des éléments confusionnels, parfois accompagnés d'une désorganisation. Le sujet, a priori sans antécédent psychiatrique, retrouve son état clinique antérieur au bout de quelques jours à semaines.

En théorie, on distinguerait trois modalités évolutives :

- un tiers des patients évolueraient vers une résolution complète de cet épisode unique,
- un tiers vers des rechutes semblables avec rémission complète,
- et un tiers vers une psychose chronique essentiellement schizophrénique mais cela peut être aussi vers un trouble bipolaire.

Ce n'est qu'à postériori, généralement après quelques années d'évolution, que le diagnostic peut être posé. En pratique, plus compliqué que cela. Bien qu'il soit impossible de savoir, lorsqu'on rencontre un jeune patient présentant des symptômes du registre psychotique, s'il va développer par la suite une pathologie schizophrénique, certains éléments cliniques accompagnant cette BDA, sont de plus mauvais pronostic et peuvent orienter vers une schizophrénie débutante. Il s'agit d'une symptomatologie moins bruyante, débutant moins brutalement avec l'existence d'une personnalité prémorbide et la présence de symptômes prodromiques. Dans tous les cas, il est admis que **ces épisodes témoignent d'une vulnérabilité à la psychose**, et du fait du risque évolutif, il convient donc de ne pas banaliser l'épisode. (4,33)

I.4.2.c La durée de psychose non traitée

La durée de psychose non traitée (Duration of Untreated Psychosis, DUP) est l'intervalle entre les premières manifestations symptomatiques de la schizophrénie et le début de la prise en charge. C'est une notion très importante car plus cette période est longue, plus elle est corrélée à un **mauvais pronostic** évolutif du trouble. (34) La durée de psychose non traitée augmente le risque :

- d'une moins bonne réponse aux traitements, avec un délai de réponse plus long de ceux-ci ;
- d'une persistance symptomatique et d'installation de déficits cognitifs malgré une prise en charge optimale, et donc le risque de survenue et de persistance de handicaps ;
- d'une évolution plus longue du trouble, d'une chronicité ;
- d'une prise en charge plus longue et plus difficile.

La psychose d'apparition récente désigne les personnes ayant vécu une courte durée de la maladie (2 à 5 ans). (35) Cette période est considérée comme critique. En effet, sachant qu'environ 20 % des schizophrénies débutantes évoluent favorablement lorsqu'elles sont prises en charge rapidement, il est capital que la **prise en charge soit la plus précoce possible**. La grande majorité des patients accède au traitement beaucoup trop tard, la majorité des déficits (cognitifs, fonctionnels) s'installe dans les 3 à 5 premières années de la maladie. L'objectif principal est de réduire la durée de la psychose non traitée pour espérer garantir la rémission des symptômes et le rétablissement psychosocial de l'individu. (36,37)

Cette durée de psychose non traitée est en partie liée à la **méconnaissance** et à la **stigmatisation** du trouble et du domaine de la psychiatrie, par la population en général. Le défaut d'orientation rapide vers les soins par les patients eux-mêmes et leurs proches, peut s'expliquer par un déni ou une banalisation des troubles présentés. Ils peuvent éprouver une certaine réticence à l'orientation psychiatrique, voire ne pas savoir quoi faire lors de l'apparition des symptômes. Ils peuvent ne pas aller chercher de l'aide tant ce qui a trait à la psychiatrie peut représenter un « tabou » ou une peur pour certains. Le début de la maladie passe d'autant plus inaperçue lorsqu'il existe une **consommation de cannabis**. En effet, les symptômes sont généralement associés aux effets néfastes de la consommation de cannabis, et ainsi banalisés par l'entourage. Par conséquent, pour favoriser une prise en charge précoce, il est crucial d'informer la population dans son ensemble sur la psychiatrie, la schizophrénie, et l'usage de cannabis.

I.4.3 Évolution longitudinale

Les facteurs prédictifs du déroulement de la maladie et de son évolution sont largement méconnus ; le cours de la maladie et l'évolution ne peuvent donc pas être prédits de façon fiable. (9)

I.4.3.a Evolution des épisodes aigus et rechutes

L'évolution d'un épisode suit généralement trois phases :

- une phase aiguë, symptomatique ;
- une période de diminution de l'intensité des symptômes ;
- puis d'une période de stabilité où les symptômes dont l'intensité est réduite, sont relativement stables.

Les **rechutes** sont malheureusement fréquentes, il s'agit plus de la règle que de l'exception. Le taux de rechute après un premier accès est estimé entre 20 et 40 %. (3) Elles sont fréquemment précédées par la réapparition de symptômes souvent peu spécifiques (tension, nervosité, réduction de l'appétit, difficultés de concentration, troubles du sommeil, dépression, anxiété, malaise inexplicé), de symptômes négatifs ou positifs atténués. (5) Les signes de rechutes, comme les signes prodromiques sont aspécifiques. Toutefois, on retrouve fréquemment chez un même patient, des signes de rechutes similaires à ceux qu'il a pu présenter en phase prodromique. Il s'agira souvent de la même séquence de signes aspécifiques qui précéderont chaque rechute. Ainsi, leur connaissance et reconnaissance par le patient, permettent de travailler sur la conscience des troubles et surtout sur la prévention de la rechute. (32)

Les rechutes, sont majoritairement liées à 2 facteurs :

- **l'inobservance** thérapeutique (la première année, la bonne adhésion au traitement fait passer le risque de 80 à 20 %),
- un **facteur de stress environnemental** tel que la survenue d'un événement de vie stressant ou une prise de substances tel que la consommation de **cannabis**. (5)

Plus il existe de rechutes, plus on verra diminuer l'espoir d'un retour à l'état antérieur, d'une rémission symptomatique, et plus sera élevé le risque de persistance symptomatique, de moins bonne réponse aux traitements et d'apparition de déficits et de handicaps. En conséquent, il est crucial pour changer le cours de la pathologie, d'éviter les deux des principaux facteurs modifiables de rechutes que sont la mauvaise observance et la consommation de toxiques. Il en va du rôle des professionnels de santé.

I.4.3.b Profils évolutifs

L'évolution du trouble schizophrénique est très hétérogène d'un individu à l'autre, on distingue différents degrés de formes cliniques évolutives :

- des formes continues, sans véritable période d'amélioration ;
- des formes épisodiques avec des rémissions partielles ou complètes entre les épisodes ;
- et des formes aboutissant au rétablissement de l'individu. (5)

Les épisodes peuvent être plus ou moins fréquents dans le temps, avec dans certaines formes une tendance à s'espacer et à s'atténuer en intensité. Certains patients présentent un retour à l'état antérieur entre chaque épisodes, d'autres ont une baisse du niveau de fonctionnement (déficits cognitifs, relationnels, socio-professionnels...) et une persistance de manifestations négatives, voire positives. Ces déficits peuvent être stables dans le cours de la maladie ou évoluer vers un déclin progressif en s'aggravant entre chaque épisode. (38)

Il existe environ 5 à 10 % d'évolutions très péjoratives qui sont caractérisées par la gravité et la persistance de la symptomatologie initiale, avec une symptomatologie positive très active, qui résistent aux thérapeutiques existantes, ainsi que par la gravité du retrait, des déficits cognitifs et du niveau élevé de dépendance. Ces patients sont souvent institutionnalisés et nécessitent des efforts thérapeutiques et une prise en charge particulière. (38)

Le cours de la maladie apparaît **favorable chez environ 20 %** des personnes souffrant de schizophrénie, et un faible nombre de ces personnes peut récupérer complètement. (9) Seul 10 % des patients connaîtront une évolution leur permettant une bonne autonomie. (3)

On peut parler de **résolution** symptomatique lorsque la présence et l'intensité les symptômes diminuent sous le seuil de sévérité pendant moins de 6 mois.

La définition de **rémission** est sujette à discussion et va dépendre du point de vue du praticien et des échelles utilisées. Cela peut être la disparition des symptômes de la maladie ou l'atténuation de ceux-ci sous un certain seuil, pendant une durée d'au moins 6 mois.

Une autre notion celle de **rétablissement** médical implique soit comme la rémission, une diminution ou atténuation de la symptomatologie soit une vision plus subjective de la part du patient sur sa maladie, celle de l'acceptation symptomatique, du « mieux vivre avec » traduisant un rapport à soi et à la maladie plus évolué et plus stable. (5,38)

A l'issue d'un premier épisode de décompensation, on considère que 70 à 80 % des patients sont en rémission symptomatique. (5) Cependant, la majorité des personnes souffrant de schizophrénie a toujours besoin de soutien dans la vie quotidienne, que ce soit de façon formelle ou informelle, et beaucoup restent chroniquement malades, quel que soit la forme évolutive. (9)

En dehors de toute prise en charge, l'histoire naturelle de la schizophrénie évolue vers une détérioration progressive de l'état clinique global. Les symptômes positifs tendent à diminuer au cours de la vie. Les symptômes négatifs tendent à être les plus persistants et les déficits cognitifs s'aggravent

inexorablement au cours du temps. Ces symptômes s’ancrent et se stabilisent sans possibilité d’amélioration et contribuent majoritairement au handicap de la maladie. (9)

En conclusion les illustrations ci-dessous, récapitulatives de l’évolution du trouble schizophrénique.

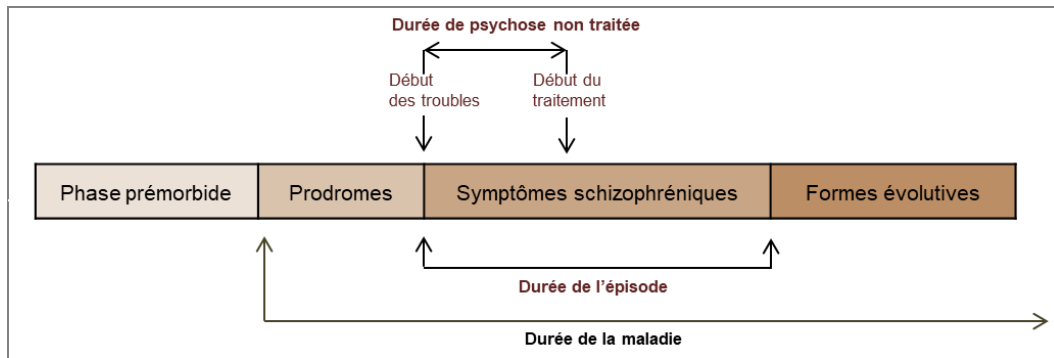


Figure 2 : Phases évolutives de la schizophrénie

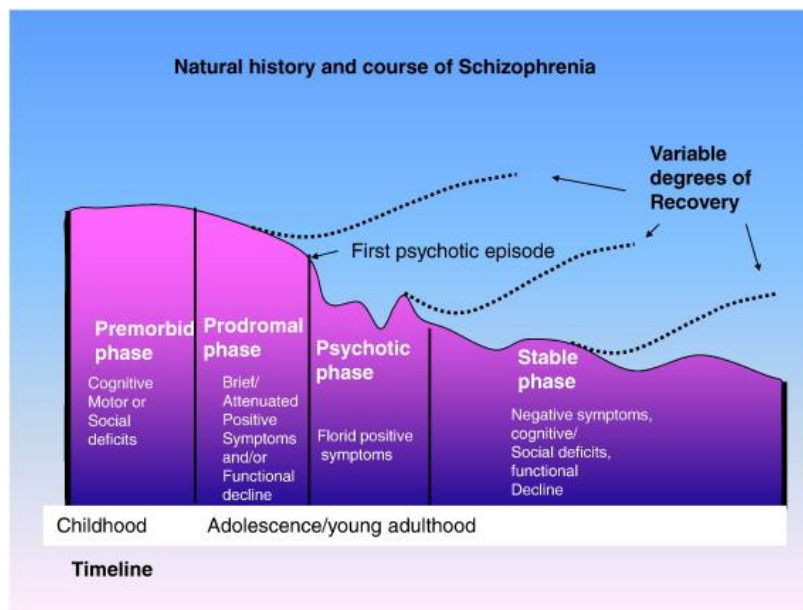


Figure 3 : Histoire naturelle et évolution de la schizophrénie. (39)

I.4.4 Pronostic

Le pronostic varie en fonction de nombreux facteurs.

I.4.4.a Eléments qui seraient de bon pronostic

Facteurs non modifiables :

- le sexe féminin,
- des antécédents familiaux de troubles de l'humeur et non de schizophrénie,
- une personnalité prémorbide adaptée (absence de trouble de la personnalité),
- un fonctionnement social et professionnel prémorbide satisfaisant,
- l'existence de facteurs déclenchant manifestes,
- un début aigu et tardif,
- un tableau clinique polymorphe et de durée brève (symptômes psychotiques, confusion, symptômes thymiques, absence d'émoussement affectif),
- un bon fonctionnement entre les épisodes avec des symptômes résiduels minimes,
- l'absence d'anomalies structurelles cérébrales et d'anomalies neurologiques.

Facteurs relativement modifiables par la prise en charge :

- un environnement favorable (situation financière, professionnelle, sociale et familiale stable, soutien psychosocial de qualité, etc.),
- un bon niveau d'insight,
- un traitement antipsychotique instauré précocement, prise en charge précoce,
- une bonne réponse aux thérapeutiques médicamenteuses,
- une bonne observance au traitement et à la prise en charge,

I.4.4.b Eléments qui seraient de mauvais pronostic

Facteurs non modifiables :

- le sexe masculin,
- des antécédents familiaux de schizophrénie,
- un âge de début jeune (enfance, adolescence),
- une personnalité prémorbide inadaptée (trouble de la personnalité),
- une mauvaise adaptation sociale et professionnelle prémorbide,
- l'absence de facteur déclenchant,
- un début insidieux,
- certaines caractéristiques symptomatiques (absence de troubles de la conscience, émoussement affectif, autisme),
- des signes négatifs plus marqués,
- la présence d'anomalies structurelles cérébrales,
- et un dysfonctionnement cognitif important.

Facteurs relativement modifiables par la prise en charge :

- un bas niveau d'éducation,
- un milieu social défavorisé,
- une durée de psychose non traitée longue (longue évolution des troubles sans prise en charge, instauration tardive de traitements),
- un nombre élevé de rechutes,
- une mauvaise réponse aux thérapeutiques médicamenteuses.

(5,9)

I.4.5 Retentissement et conséquences de la maladie

La schizophrénie est généralement à l'origine d'une grande souffrance pour le patient et son entourage. L'organisme mondial de la santé (OMS), la classe dans l'une des dix principales causes d'incapacité dans le monde, pour les 15-44 ans. Elle est l'une des maladies psychiatriques les plus invalidantes. En France, elle est sur la liste des 30 affections de longue durée exonérantes (ALD30) de la sécurité sociale, qui comprend des affections dont la « gravité et/ou le caractère chronique, nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, » pris en charge à 100 %.

I.4.5.a Altération de la qualité de vie

En raison l'âge de survenue précoce de la schizophrénie, la qualité de vie peut être impactée à plusieurs niveaux et de manière durable. Les sujets sont plus vulnérables et plus exposés aux événements de vie stressants, ce qui vient altérer encore plus leur qualité de vie.

※ Dans le domaine scolaire, professionnel et financier

Les progrès scolaires et le maintien d'un emploi sont souvent très difficiles. Les individus souffrant de schizophrénie ont moins d'accès à l'emploi, ou bien de manière plus précaire et isolée. Ils ont un niveau socio-économique souvent défavorisé. Ceci favorise la désinsertion sociale et la dépendance. (3,5,40)

※ Dans la vie relationnelle

Les individus souffrant de schizophrénie ont des contacts sociaux limités. Ils sont plus souvent célibataires (85 à 90 %), ont moins de loisirs. Ils sont isolés tant dans leurs relations sociales globales que familiales, leur liens affectifs sont de mauvaise qualité. Le handicap social est souvent majeur. (3,5,40)

※ Dans l'autonomie au quotidien

La qualité de vie est liée au niveau d'autonomie du patient. L'apparition chez le jeune adulte de la schizophrénie peut entraver l'acquisition et le développement de l'autonomie personnelle. Les déficits liés à l'évolution du trouble schizophrénique sont responsables de différents degrés de dépendance à la famille et aux institutions soignantes. D'autant que le risque d'institutionnalisation qui est particulièrement élevé et peut renforcer le handicap psychique.

- Dans environ 10 à 20 % des cas, les sujets retrouvent une bonne autonomie ;
- Dans environ 60 à 70 % des cas, les sujets retrouvent une autonomie partielle (ils ont de grandes difficultés à vivre seul ou ne le peuvent pas, mais ils ne nécessitent pas forcément un mode de vie institutionnalisé) ;
- Dans environ 20% des cas, les sujets présentent une perte d'autonomie impliquant une hospitalisation au long cours, ou un placement dans d'autres structures tel que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les foyers médicalisés. (3,5,40)

※ Dans le domaine judiciaire - Violence

Le risque de violence en cas de pathologie schizophrénique est augmenté par rapport à la population générale. Cette augmentation est largement liée à l'existence d'une personnalité sous-jacente impulsive ou antisociale, de **comorbidités addictives**, l'existence de facteurs sociodémographiques (sexe masculin, âge jeune, faible niveau socio-économique) et de facteurs contextuels (événement de vie stressant, antécédents de violences agies ou subies, absence de suivi psychiatrique). Lorsqu'ils surviennent, les épisodes de violences sont fréquemment liés à la symptomatologie positive. Les actes violents sont réputés souvent étranges, par leur absence de motivation apparente, leur caractère impulsif. La violence est fréquemment dirigée contre des proches, notamment des membres de la famille. Cependant, la dangerosité ne se confond pas avec la maladie mentale et les personnes souffrant de schizophrénie sont, plus souvent victimes qu'à l'origine d'actes de violence. La proportion de fait de violences à l'encontre de ces patients serait 17 fois supérieure à la moyenne de la population générale. La surmédiatisation de faits divers impliquant des personnes souffrant d'un trouble schizophrénique et les représentations véhiculées par certains films ignorent l'aspect multidéterminé de la violence retrouvée dans cette population et contribuent certainement à l'augmentation de leur stigmatisation. (3,5,40)

I.4.5.b Diminution de l'espérance de vie

L'espérance de vie des personnes souffrant de schizophrénie est inférieure d'environ 10 à 20 ans par rapport à la population générale. La mortalité générale est supérieure dans la schizophrénie par rapport à la population générale.

L'augmentation de la mortalité est due notamment :

- A un taux élevé de **suicides** : 5 à 10 % des sujets décèdent par suicide.
- Aux nombreuses **comorbidités somatiques** : dans cette population existe une plus grande fréquence des pathologies respiratoires, cardiovasculaires, infectieuses et des cancers.
- Aux **accidents** de la vie quotidienne et de la voie publique, plus élevés par rapport à la population générale.
- Aux **traitements** médicamenteux, appelé iatrogénie est liée aux risques de surdosages, d'effets secondaires indésirables, et aux interactions médicamenteuses.
- Aux **comorbidités addictives**, qui augmentent tous les risques ci-dessus : la iatrogénie par les risques de surdosage médicamenteux, le risque survenu et d'aggravation de pathologies somatiques, le risque de suicide et le risque de survenue d'accidents.

(3,5,13)

I.5 POUR CONCLURE

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique sévère, pourvoyeuse de dépendance et de handicaps. Son diagnostic uniquement clinique est complexe. Les données issues de la recherche sont considérables mais ont encore de nombreuses pistes à explorer pour mieux comprendre, diagnostiquer, prévenir et prendre en charge ce trouble. Le taux de personnes souffrant de trouble schizophrénique représente une part non négligeable de la population mondiale, française, de la région PACA et du département des Bouches-du-Rhône. La schizophrénie est une maladie mentale très fréquente et ubiquitaire. Les enjeux en termes de qualité et de précocité de prise en charge sont importants pour améliorer le pronostic de la maladie et diminuer le risque de rechute. L'énergie consacrée aux soins par les professionnels de santé doit nécessairement se centrer sur le début de l'évolution des troubles et consister en une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient en prenant en compte tous les facteurs de risque bio-psycho-sociaux et les comorbidités associées.

II LE CANNABIS

II.1 GENERALITES - CONTEXTUALISATION

II.1.1 Le cannabis : la plante, son histoire, son usage

« **Cannabis** » et « **chanvre** » sont synonymes. Le terme « cannabis » est issu du grec ancien « κάμβησις », il s'agit du nom scientifique de la plante. Dans le langage courant, elle est aussi appelée de différentes façons, voici quelques-uns des termes les plus fréquemment utilisés en France (41,42) :

- « **beuh** » (utilisé depuis les années 80, sous l'influence du verlan qui a transformé herbe en beuh, ce mot est rentré officiellement dans le dictionnaire en 2015),
- « **marijuana** » ou « **Marie-Jeanne** » (qui vient de l'espagnol mexicain),
- « **ganja** » (qui est un mot sanskrit venant d'Inde),
- « **weed** » (utilisé depuis la fin des années 80, il désigne des « mauvaises herbes »), ou simplement « **l'herbe** ».
- « **pot** » (utilisé surtout en Amérique du Nord depuis les années 60, lié au mot espagnol potiguaya qui désigne un vin chaud dans lequel ont trempé des fleurs de cannabis).
- Le « **haschich** » de l'arabe qui signifie « herbe », est le nom donné couramment à la résine de cannabis. Le terme « **shit** » est plus fréquemment utilisé. Il existe aussi : « **hash** », « **teuch** » (shit en verlan), il peut aussi être désigné par son origine « **marocain** », « **libanais** » etc.
- Le « **kif** » désigne le mélange de tabac et de cannabis, est peu utilisé aujourd'hui.

II.1.1.a Botanique

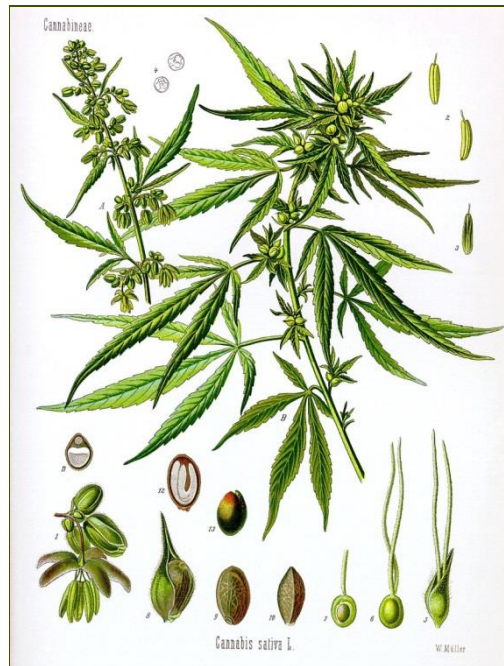


Figure 4 : Planche botanique de *Cannabis sativa* L. (43)

Cannabis est un genre de plante qui appartient à la famille *Cannabaceae* (ou *Cannabacées*). Cette famille des Cannabacées comprend différents genres botaniques, qui se déclinent en différentes espèces, et elles en différentes sous-espèces. Par exemple : la famille des Cannabacées comprend le genre *Humulus* dont l'espèce *Humulus lupulus* L. plus connue sous le nom de « Houblon », est cultivée en Europe et en France, principalement pour la fabrication de la bière. (41)

Dans cet exposé nous ne parlerons que du cannabis pour désigner l'espèce *cannabis sativa* L.

Cannabis sativa L. est considérée comme l'unique espèce du genre botanique *Cannabis*. Elle est divisée en plusieurs phénotypes ou sous-espèces telles que (43) :

- *sativa* ou « chanvre cultivé », Elle provient des régions équatoriales. Elle est la plus utilisée dans le monde à la fois pour ses effets psychotropes (concentrations élevées en THC), ainsi que pour ses fibres (concentration en THC faibles) comme « chanvre industriel » ou « chanvre agricole » dans divers domaines (tissus, construction, cosmétique, isolation phonique et thermique, huiles, cordages, combustibles, papeterie etc.).
- *indica* ou « chanvre indien », originaire des régions himalayennes du nord de l'Inde. Elle est essentiellement utilisée pour ses propriétés psychotropes notamment pour la préparation du hachisch.
- *ruderalis* ou « chanvre sauvage », elle pousse à l'état sauvage en Europe centrale et en Europe de l'Est où il est considéré comme une « mauvaise herbe ». Sa teneur en THC n'excédant pas les 0,5 % lui confère que de très faibles effets psychotropes.
- *kafiristanica* ou « chanvre afghan », on la trouve essentiellement dans les montagnes du Pakistan et de l'Afghanistan. Ses taux de THC sont élevés, elle est exclusivement cultivée pour la production de haschich.

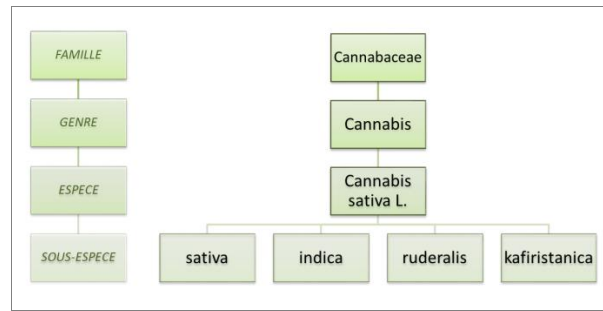


Figure 5 : Description de la famille des Cannabacées.

Actuellement, la plus grande partie du cannabis cultivé dans les pays occidentaux sont des hybrides provenant de croisements effectués à partir de ces différentes sous-espèces. Ces différentes variétés de plantes obtenues ainsi en culture sont appelées des « cultivars ». Elles sont sélectionnées pour certaines de leurs qualités et croisées dans le but par exemple, d'augmenter précocité de la floraison, la teneur en THC ou encore la productivité du chanvre. (43)

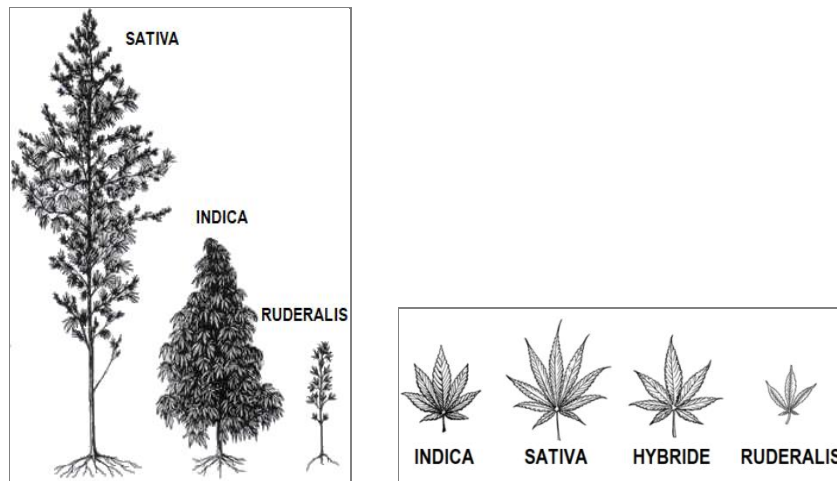


Figure 6 : Différents types plans (à gauche) et de feuilles (à droite) en fonction de la variété de Cannabis sativa L.

(44)

Le cannabis est une **plante annuelle** c'est-à-dire qu'elle disparaît complètement pendant l'hiver. Elle met environ **quatre mois** pour parvenir à maturité.

Sa taille varie entre 60 centimètres à 4 mètre de haut. A sa surface existent des poils appelés « **trichomes** », qui **secrètent la résine** responsable des propriétés psychotropes du cannabis.

Elle est **très résistante** et peut être **cultivée en extérieur comme en intérieur**. Elle est généralement cultivée pour sa résine ou pour ses fibres et ses graines.

※ La composition chimique

Le cannabis produirait plus de 500 composés chimiques distincts dont font partie les phytocannabinoïdes il y en aurait plus de 80 identifiés à ce jour. (43,45)

Les **phytocannabinoïdes** sont un groupe de substances chimiques présentes naturellement dans la résine sécrétée par le cannabis. Ces **molécules sont caractéristiques du genre Cannabis**. Les trois principaux, qui sont les plus répandus et les plus étudiés, sont :

- delta9-tétrahydrocannabinol (THC) ou (Δ 9-THC),
- cannabidiol (CBD),
- cannabinol (CBN).

Le THC et le CBD sont présents dans la plante fraîche contrairement au CBN. En effet, le CBN est un produit de dégradation du THC, formé par oxydation.

Le THC est à l'origine de la plupart des **effets physiques et psychoactifs** du cannabis. (43,45)

La quantité de cannabinoïdes présents dans la plante dépend de l'origine géographique de celle-ci, du fait de l'influence de différents facteurs environnementaux.

La concentration des cannabinoïdes dans les plantes de cannabis varie (41,43,46) :

- Au sein même de la plante entre les différents tissus d'une plante (chez la femelle plus concentré dans les fleurs, ensuite les feuilles puis les tiges et branches ; chez les mâles plus concentré dans les feuilles).
- En fonction de la maturité de la plante (plus abondante en fin de croissance).
- En fonction de facteurs génétiques tels que le sexe : plantes femelles contiennent un peu plus de cannabinoïdes que les mâles.
- De facteurs environnementaux : la lumière, la température, l'humidité, l'oxygène, la disponibilité des éléments nutritifs etc. C'est-à-dire en fonction des conditions climatiques, des conditions du sol et des techniques de cultures

Par exemple : plus l'environnement est chaud, plus la quantité et la qualité psychoactive (quantité de THC) de la résine augmentent au détriment de la qualité des fibres. (43,46)

Des **taux de THC et de CBD totaux** d'une plante permettent de distinguer **2 types de cannabis** (41,43,46) :

- le type chanvre utilisé pour la consommation en tant que médicament ou en tant que drogue :
 - ↳ une teneur en THC forte ($> 0,3\%$) et une teneur en CBD faible ($< 0,5\%$) avec rapport THC/CBD est supérieur à 1 (quantité totales de THC et CBD de la plante en %).
 - ↳ Ou bien, une teneur élevée en THC ($> 0,5\%$) et en CBD ($> 0,5\%$).
- le type chanvre utilisé pour ses fibres, chanvre industriel ou agricole :
 - ↳ avec une teneur en THC faible ($< 0,2\%$) et une teneur en CBD faible ($> 0,5\%$) dont le rapport THC/CBD est inférieur à 1 (quantité totales de THC et CBD de la plante en %).

※ La culture

La culture en extérieur est la plus largement utilisée dans les zones de production massive, que ce soit pour les fibres ou pour la résine. Ainsi en France, comme dans les autres pays au climat tempéré, il est possible de faire deux récoltes dans l'année entre mars et octobre.

La culture en intérieur se fait dans des serres, des tantes ou placards plus ou moins aménagés, ou dans des sous-sols. Ce mode de culture nécessite du matériel spécifique comme de l'éclairage horticole, des thermomètres pour le contrôle de la température, des vaporiseurs d'eau, un hygromètre pour mesurer l'humidité de l'air, un système de ventilation, de l'engrais, du terreau et des pots...

Le milieu et les conditions de culture vont influencer sur la quantité et la qualité de la résine sécrétée par la plante, ainsi que sur la quantité et la qualité de ses fibres.

Le sexe, femelle ou mâle, de la plante ne peut être déterminé qu'à partir du début de la floraison, phase de formation des fleurs (organes sexuels de la plante), qui est la dernière phase de croissance. En effet, les plantes mâles sont moins résineuses et développent des fleurs sous forme de petits sacs de pollen qui serviront à féconder les plantes femelles. Ces dernières sont ainsi beaucoup plus poilues et résineuses, afin d'accueillir le pollen sur leurs organes reproducteurs. Ce sont pour ces qualités que les plantes femelles sont les plus consommées. Si elles contiennent près de deux fois plus de résine que les pieds mâles, la teneur en cannabinoïdes des plantes femelles est à peine plus élevée que chez les mâles.

Au niveau des trichomes, les taux de THC sont plus élevés au niveau des fleurs (10-12% de THC), moins au niveau des feuilles (1-2%), les tiges et branches en contiennent très peu (0,1-0,3%). (41,43)



Figure 7 : Trichomes sur des fleurs de cannabis femelle (partie de la plante sécrétant la résine).

Les fleurs femelles une fois polonisées donneront des graines, qui pourront ensuite une fois plantées, donner de nouvelles plantes. La production de graines diminue les taux de cannabinoïdes présents dans la résine des plantes femelles, ce pourquoi les plantes mâles sont généralement mises à l'écart des plantes femelles par les cultivateurs afin d'éviter la polinisation et ainsi d'obtenir une résine avec de meilleurs taux de cannabinoïdes, donc plus de THC.

Il existe des plantes hermaphrodites, qui sont généralement considérées comme des mâles par les cultivateurs car elles possèdent les mêmes pouvoirs de pollinisation.

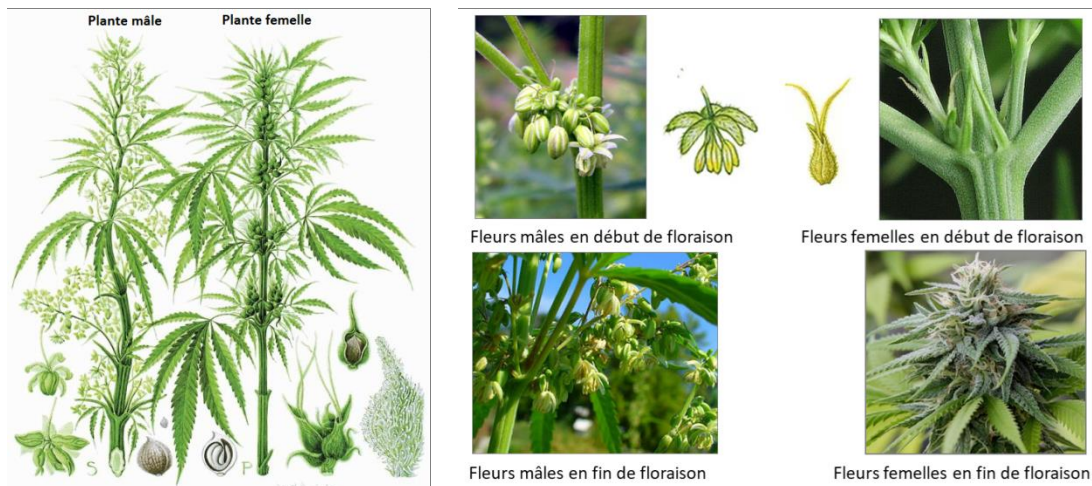


Figure 8 : Plantes mâle et femelle (à gauche). Fleurs mâles et femelles (à droite).

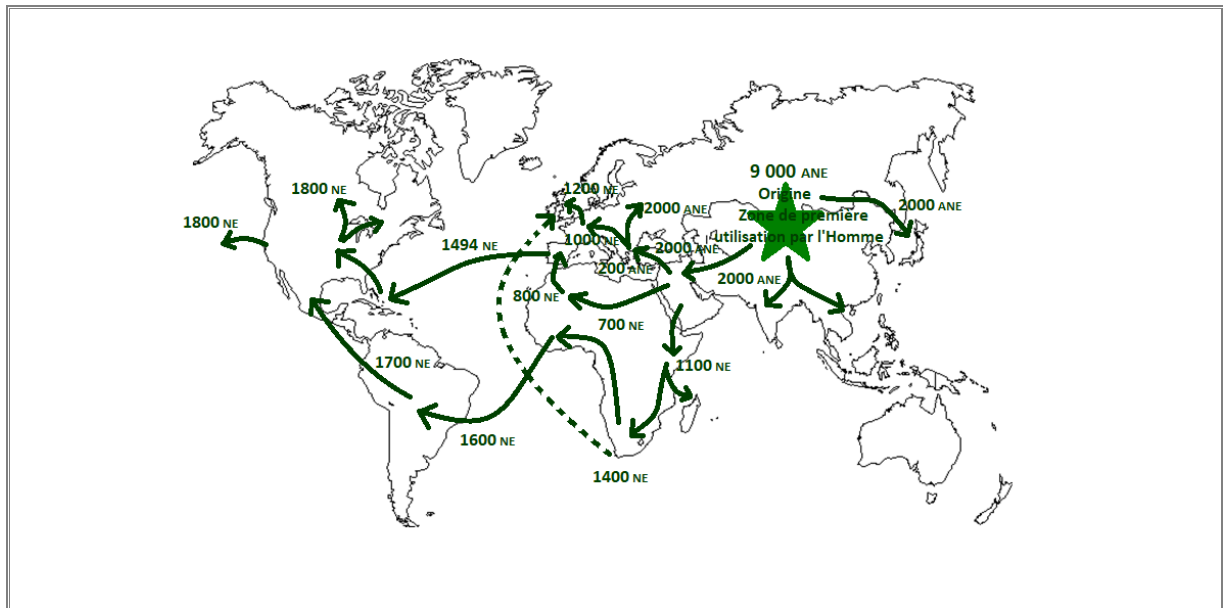
Il existe sur internet et dans plusieurs pays du monde notamment aux Pays Bas, en Suisse et en Espagne des marchands spécialisés dans la vente de graines et de pieds de cannabis, qui proposent de nombreux cultivars, et aussi toutes les informations et le matériel nécessaire à la culture en intérieur comme en extérieur. Il existe des festivals et concours (légaux ou illégaux) où ces cultivars peuvent être récompensés par des coupes et des prix, qui leurs sont décernés en fonction de leurs qualités (aux Pays Bas « cannabis cup », en Suisse « cannatrade », en Espagne « Expocannabis », « spannabis », aux États-Unis ...). (41)

En conclusion, Cannabis et chanvre sont synonymes. Il n'existe aujourd'hui qu'une seule espèce de cannabis, celle décrite par Carl von Linné en 1753, *Cannabis sativa*. Les différents types de cannabis que l'on peut trouver sont en fait des écotypes ou des chémotypes de cette unique espèce. C'est-à-dire, qu'en fonction des conditions environnementales (de culture ou origine géographique) et de sélection, on va trouver des différences : chimiques (chémotypes) notamment des taux plus ou moins élevés de cannabinoïdes, et des différences morphologiques, phénotypiques et génétiques (écotypes), notamment des plantes plus ou moins riches en fibre ou en résine. Ce sont ces différences qui permettent la distinction des sous-espèces et celle entre le chanvre dit « indien » utilisé pour la consommation, du chanvre dit « textile » utilisé pour ses fibres. (43,46)

II.1.1.b Historique

Le cannabis est l'une des plantes les plus anciennement connue et utilisé par l'homme. Elle serait utilisée depuis des millénaires, certains auteurs disent depuis la préhistoire. (46)

Cette plante serait originaire de l'Himalaya indien en Asie centrale, elle se serait répandue à travers le monde par le biais des échanges commerciaux, des migrations et des guerres ; d'abord, à l'est vers la Chine puis dans toute l'Asie ; et à l'ouest vers les pays du Moyen-Orient, puis vers l'Afrique, ensuite vers l'Europe, et enfin vers l'Amérique. (47)



Légende :

↷ ANE = avant notre ère = avant Jésus-Christ.

↷ NE = de notre ère = après Jésus-Christ.

Figure 9 : Carte du monde illustrant de quelle manière la consommation de cannabis s'est répandue à travers le monde, depuis ses origines en Asie centrale. (48,49)

Sa culture et son utilisation ont traversé les époques, on en retrouve les premières traces au Néolithique (9 000 ans avant notre ère), il reste difficile pour les historiens de retracer avec précision les origines de son usage.

Le cannabis a été utilisé pour ses fibres, notamment dans la fabrication de vêtements, cordages, voiles, de papier etc. ; et pour ses effets psychotropes dans des pratiques rituelles, ou médicinales pour traiter différents maux. Elle a notamment été utilisée comme analgésique, comme sédatif (voire anesthésique parfois en association avec l'opium), pour traiter les spasmes, les vomissements, les crampes musculaires, les douleurs rhumatismales, la migraine, l'épilepsie, les maladies mentales, les maladies infectieuses parasitaires et hémorragiques, le choléra, les crises de goutte, etc.

Dans ces sociétés anciennes où l'empirisme fait loi, il est très probable que le cannabis ait été d'abord consommé tel quel, ingéré et fumé, puis préparé de différentes manières pour en concentrer les vertus « stupéfiantes ».

b.1 Depuis des temps immémoriaux et dans l'Antiquité (jusqu'en 476 de notre ère)

Les premiers textes décrivant l'utilisation thérapeutique du cannabis ont été écrits vers -1500 avant notre ère. Le premier serait indien, l'*Atharva-Veda*, texte sacré de l'hindouisme. Ce texte décrirait le cannabis comme une plante magique, guérisseuse et euphorisante. Elle était consommée sous forme de feuilles séchées ou en breuvage dans du lait, boisson sacrée nommée le « *bangh* », consommée pour éloigner le Mal. Le deuxième serait égyptien, le *papyrus Ebers*. Il décrirait l'utilisation du cannabis sous forme d'encens, par voie orale et vaginale pour calmer les douleurs.



Figure 10 : Page de l'Atharva-Veda (à gauche) et du papyrus Ebers (à droite). (50)

b.2 Au Moyen Âge (476 – 1492) : herbe diabolique ou herbe sacrée ?

Vraisemblablement favorisée par l'interdiction religieuse de boire de l'alcool, la consommation de cannabis était très rependue dans les populations musulmanes. Celle-ci concernait aussi les soldats à l'époque des Croisades (1095 – 1291) favorisant sa dissémination vers l'Europe.

La confusion du terme « *hashish* » pour désigner le *cannabis* ou un *assassin* prend son origine au XI^e siècle. En effet, le nom « *hachîch* » signifiant « herbe sèche » en arabe et le terme « *hachîchî* » ou « *hashashine* » qualifiait un membre d'une secte islamique, secte ismaélienne (une branche du chiisme qui est l'une des deux grandes familles de l'Islam avec le sunnisme), appelée « secte des Nizârites » plus connue sous le nom de « secte des assassins » réputée pour sa cruauté. Fondée au XI^e siècle par Hasan Ibn-al-Sabbah (vers 1050-1124) elle est implantée en Syrie et en Perse, elle a terrorisé ses voisins et ennemis pendant plus de deux siècles. Hasan Ibn-al-Sabbah forme des combattants avec pour l'objectif de combattre les Seldjoukides, un empire turc sunnite qui occupe la Perse à cette époque. Le combattant s'infiltré dans l'entourage de sa cible puis la poignarde en public, avant d'être tué à son tour. On peut les considérer comme les précurseurs des terroristes kamikazes d'aujourd'hui. Ce mode opératoire du meurtre politique au couteau, est spectaculaire pour l'époque. Au total, la secte a tué une centaine de personnalités majoritairement des sunnites, mais

jamais de civils. C'est l'explorateur italien Marco Polo qui révèle aux Occidentaux l'existence de la secte. Elle a donné lieu à un mythe apparu au XIXe siècle « la secte des assassins adorateurs du Vieux de la Montagne ». Les combattants sont surnommés « *hashashine* », « *consommateurs de haschich* » en arabe. Ce surnom a été transformé en Occident pour créer le mot « *assassin* ». On a longtemps cru que les membres de cette secte consommaient du cannabis avant de commettre des atrocités et des meurtres. On raconte qu'Hasan Ibn-al-Sabbah aurait créé dans la montagne d'Alamut un jardin secret à l'image du paradis décrit dans le Coran promis aux croyants mort pour Allah, avec un décor féerique et un harem peuplé de ravissantes esclaves. Et qu'à la veille d'être envoyé en mission suicide, le combattant était drogué au haschich et transporté dans ce jardin des délices d'où il reviendrait au petit matin persuadé que le paradis existe et que la mort en martyr lui en ouvrirait les portes pour l'éternité. Mais contrairement à la légende, ces combattants ne fumaient pas de haschich pour tuer. Ce surnom vient de leurs ennemis qui se moquaient leur comportement suicidaire. C'est cette croyance qui a fait le lien entre la consommation de cannabis et une tendance à la violence pouvant aller jusqu'à l'assassinat. D'après les historiens il ne s'agirait que d'une simple confusion sémantique, le terme « cannabis » ne venant pas « d'assassin » mais « d'herbe » en arabe. (47,51,52)



Figure 11 : Illustration du Livre des merveilles de Marco Polo (vers 1410) montrant le Vieux de la montagne, Hasan Ibn-al-Sabbah (avec le chapeau rouge), dans son faux paradis. (52)

Dans les différents cultes religieux, le cannabis a pu être considéré à la fois comme une plante « diabolique », constituant la porte ouverte à la sorcellerie et représentant « le péché » et à la fois comme une herbe aux vertus spirituelles, facilitant la prière.

A Marseille, la Cannebière est une rue reliant aujourd'hui l'église des Réformés au Vieux Port, ce nom lui vient du cannabis. En effet, c'était une zone où le chanvre était cultivé dès le Moyen-Age pour la fabrication des cordages des navires.

b.3 Les temps modernes (1492 – 1789) : l'apogée du chanvre industriel.

C'est l'époque de l'apogée du commerce et de l'utilisation du chanvre agricole et industriel dans le monde. Au début du XVI^e siècle, l'écrivain français François Rabelais (1494-1553) recommanda la plante qui permettait aux hommes, précisa-t-il, « non seulement de se joindre par-delà les mers, mais aussi de tenter l'escalade des cieux », allusion possible aux cordages en chanvre ou aux propriétés psycho-actives de la plante. (47)

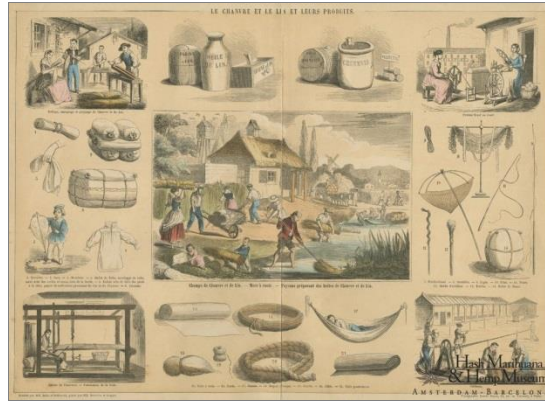


Figure 12 : Illustration de produits fabriqués à partir du chanvre industriel et du lin vers 1870 (53)

L'espèce « *Cannabis sativa* » porte après son nom l'initiale « L. » signifiant « Linné », venant de Carl von Linné, médecin, zoologiste et botaniste suédois (1707-1778), qui a nommé et classé de manière systématique l'essentiel des espèces vivantes connues à son époque. Son œuvre a été le point de départ de la nomenclature moderne des plantes et des animaux ; et c'est en 1753 qu'il décrit le cannabis et nomme cette espèce *Cannabis sativa* L. (41,54,55)



Figure 13 : Portrait de Carl von Linné, (1707-1778). (54)

b.4 Le XIX^e siècle : la consommation de cannabis a le vent en poupe !

C'est la grande époque de la diffusion du cannabis dans les pays occidentaux par son utilisation à des fins médicales et récréatives chez les intellectuels.



Figure 14 : Portrait de William O'Shaughnessy, (1808 – 1889). (56)

Vers 1840, William O'Shaughnessy, un médecin irlandais a introduit en Grande-Bretagne, l'usage du cannabis en médecine après en avoir étudié les effets en Inde. Il serait l'auteur en 1839, de la toute première publication scientifique internationale sur le cannabis, faisant connaître au monde occidental le cannabis comme stupéfiant et médicament. (57)

Par la suite diverses des préparations médicinales à base de cannabis étaient utilisées pour traiter différents maux. Il est notamment utilisé pour lutter contre les douleurs, il est aussi préconisé comme « traitement de substitution dans l'alcoolisme dès 1869, et comme traitement substitutif à l'addiction à l'opium ». (57)

Les thérapeutiques à base de cannabis ont été rapidement utilisées aux États-Unis, comme en témoignent les deux illustrations ci-dessous.

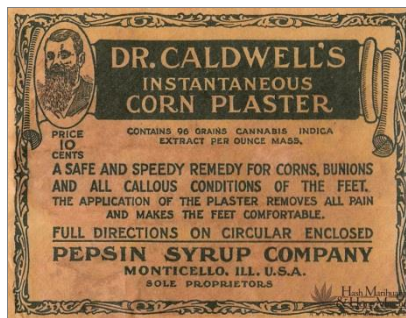


Figure 15 : Boîte de pansement anti-cors à base de cannabis datant du XIX^e siècle aux États-Unis. (53)



Figure 16 : Flacon de médicament datant du XIX^e siècle aux États-Unis. (53)

Il est écrit sur le flacon : « Tonique et stimulant nerveux, pour le traitement de l'épuisement mental et physique, de la dépression, de l'insomnie, des névralgies, etc. Dose. Une dose après chaque repas et au moment du coucher.

Augmenter progressivement la dose à deux, quatre fois par jour, selon les directives du médecin. »

Dans le même temps, en France au milieu du XIX^e siècle, le cannabis il était utilisé à des fins stupéfiantes, notamment ingéré sous forme de confiture, appelé « la confiture verte » par les artistes et les intellectuels. Il était aussi source d'intérêt pour les aliénistes français tel que : Alexandre Brierre de Boismont et Jacques-Joseph Moreau de Tours.



Figure 17 : Portrait d'Alexandre Brierre de Boismont, (1797 – 1881). (56)

Alexandre Brierre de Boismont s'intéresse aux effets et conséquences comportementales de la consommation de cannabis, qu'il aurait décrit comme un produit présentant une dangerosité individuelle et collective, tant sur la santé que d'un point de vue médico-légal. Il aurait dit « nulle expérience ne doit être permise sur les malades, avant que les éléments de cette drogue ne soient parfaitement connus ». (57)



Figure 18 : Portrait de Jacques-Joseph Moreau de Tours, (1804 – 1884). (56)

Jacques-Joseph Moreau de Tours, médecin français, aliéniste à Paris, à la suite d'un voyage de 3 ans en Orient (1837 à 1840) où il aurait accompagné un patient dans un probable voyage thérapeutique, découvre et étudie les effets du cannabis sur la folie. Il voit dans la consommation du cannabis un objet d'étude afin de reproduire la folie chez l'homme sain et d'en explorer les aspects, aussi d'en administrer à ses patients avec la croyance de production d'un effet paradoxal lors de cette consommation qui permettrait aux aliénés de retrouver le contrôle de leurs facultés mentales. Il publie un ouvrage « Du haschich et de l'aliénation mentale » en 1845 qui constitue la première étude scientifique française réalisée sur les effets physiques et psychiques de la consommation de cannabis. De plus, il a l'idée d'en proposer l'expérimentation à ses connaissances du monde artistique et littéraire, dont faisaient partie : Théophile Gautier (poète), Eugène Delacroix (peintre), Charles Baudelaire (poète), Gérard de Nerval (poète) et Alexandre Dumas (écrivain). Ce regroupement d'intellectuels nommé le « Club des Haschichins » se rencontre régulièrement pour consommer des stupéfiants (cannabis, opium). Cet usage aurait contribué au changement des thèmes littéraires et artistique, qui portent alors sur l'intériorité et la culture orientale, construisant le courant du Romantisme.

L'utilisation de cannabis en psychiatrie fera l'objet de thèses d'internes dès les années 1850.

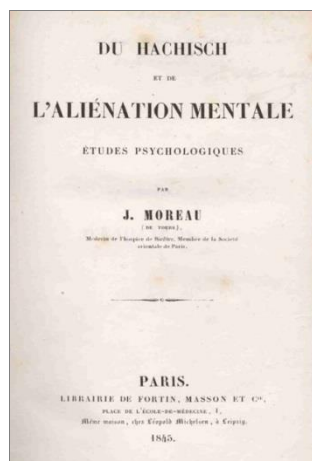


Figure 19 : Première page de l'ouvrage de Jacques-Joseph Moreau de Tours, « Du haschich et de l'aliénation mentale », 1845. (58)

A la fin XIX^e siècle de nombreuses spécialités pharmaceutiques étaient disponibles dans les pays occidentaux, et prescrites par les médecins. On pouvait aussi trouver dans certains commerces des confiseries contenant du cannabis. Le poète Charles Baudelaire, dans son essai paru en 1860 « les Paradis artificiels », a fait une description de ce type de préparation : « La plus usitée de ces confitures, *le dawamesk*, est un mélange d'extrait gras [de haschisch], de sucre et de divers aromates, tels que vanille, cannelle, pistache, amandes, musc. Quelquefois même, on y ajoute un peu de cantharide (ndlr : insecte coléoptère réputé pour de prétendues vertus aphrodisiaques), dans un but qui n'a rien de commun avec les résultats ordinaires du haschisch. Sous cette forme nouvelle, le haschisch n'a rien de désagréable, et on peut en prendre à la dose de 15, 20 et 30 g, soit enveloppé dans une feuille de pain à chanter, soit dans une tasse de café ».

C'est dans ce contexte que « le premier volume de la revue *L'Encéphale*, créée en 1881 par Benjamin Ball, l'ancien interne de Moreau, [...] ouvre ses pages à un adepte du hachich qui donne force conseils sur les moyens techniques d'obtenir la meilleure « défonce », et qui fournit même les adresses des pharmaciens parisiens chez lesquels on peut se procurer le meilleur shit. » (57)

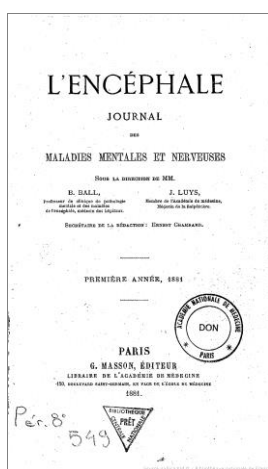


Figure 20 : Premier volume de la revue *L'Encéphale*, 1881. (59)

En parallèle, commencent à apparaître des critiques des travaux de Moreaux et d'autres auteurs. Les avis négatifs sur l'utilisation médicinale du cannabis augmentent dans les pays occidentaux.

Du fait d'une consommation conséquente de cannabis en Inde, le gouvernement britannique fait réaliser une étude exhaustive sur cette plante par une commission (*Indian Hemp Drugs Commission*). En 1894, celle-ci publie un rapport (7 500 pages en sept volumes), qui aurait conclu à l'absence de nocivité du cannabis notamment à de faibles doses, et qui aurait aussi évoqué la possibilité de développer des troubles mentaux à des doses élevées.

La composition chimique du cannabis était alors toujours inconnue, des travaux de recherche n'ont été entrepris qu'à partir de la fin du XIX^e siècle. (41)

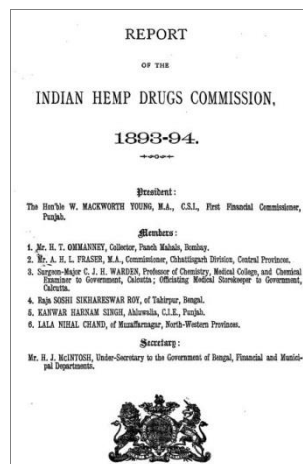


Figure 21 : Première page du rapport de la commission sur les drogues du chanvre indien, 1894. (56)

Durant ce siècle, les frontières entre drogue et médicament étaient floues. Il existait une distinction entre les substances considérées comme des médicaments et d'autres comme du poison mais la drogue n'était pas identifiée comme une catégorie de substance problématique à part entière. (60) Ainsi dès la fin du XIX^e siècle, grâce aux différentes études et observations réalisées, ayant permis l'évolution de la connaissance, les médecins se désintéressent de l'utilisation thérapeutique de cette la plante pour plusieurs raisons. D'une part, pour son manque d'efficacité dans les diverses utilisations thérapeutiques où elle était employée, pour le caractère trop aléatoire voire contradictoire de ses effets en fonction des individus. D'autre part, pour avoir provoqué des effets de dépendance chez certains utilisateurs. Le terme de « toxicomanie » désignant la manie compulsive d'abuser d'une drogue potentiellement toxique, serait apparu dans les années 1880 dans le vocabulaire médical. (18,60) Les espoirs de l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques s'amenuisent et sa prescription disparaît peu à peu.

b.5 Epoque contemporaine (du XXe siècle à nos jours) : du déclin vers la prohibition.

Au début du XX^e siècle, en Europe comme aux Etats-Unis, bien que le cannabis soit encore prescrit par certains médecins à des fins thérapeutiques, les consommateurs sont peu nombreux. Le cannabis était globalement considéré dans le monde scientifique comme un « poison », principalement par ses effets de dépendances, sans que l'on en connaisse encore la toxicité. Ces quelques consommateurs sont de plus en plus stigmatisés, considérés comme en marge de la société, d'une appartenance culturelle non majoritaire et peu intégrée. Aux Etats-Unis, ce sont principalement les afro-américains et les hispaniques qui en consomment. De plus, à cette époque c'est surtout les intoxications et la dépendance aux morphiniques et à la cocaïne qui préoccupent les médecins et les pouvoirs publics. Les Etats y voient un fléau grandissant sur le plan de la santé publique, et aussi la possibilité de se saisir des richesses de ceux qui en font le commerce. Le cannabis va être associé aux politiques de prohibition des drogues. (57)

C'est dans ce contexte que les premières lois interdisant le cannabis vont apparaître, plus sur des arguments financiers, politiques, moraux voire religieux et racistes, que sur des arguments de toxicités.

Aux Etats-Unis, la loi Harrison de 1914 est la première loi adoptée avec une logique de prohibition des drogues. L'Etat de Californie est le premier à interdire le cannabis en 1915. En pleine période de prohibition durant les années 1920 et 1930, le cannabis envahit le marché noir avec la popularité grandissante de la musique Jazz. Pour autant, l'interdiction de l'utilisation et de la possession de cannabis se généralisera à l'ensemble des Etats-Unis avec le vote de la loi «Marihuana Tax Act » en 1937. Les lobbies américains du nylon et du pétrole, concurrents du chanvre industriel, auraient appuyé le passage de cette loi, menant une campagne de « diabolisation du cannabis » afin d'accroître l'influence commerciale des Etats-Unis au niveau Mondial. Ainsi, la production de chanvre décline rapidement au cours de la première moitié du XX^e siècle. On notera un sursaut de sa culture durant de la seconde Guerre Mondiale, à des fins industrielles. (57)

En France (comme en Grande-Bretagne), c'est en plein milieu de la première Guerre Mondiale, en 1916, qu'est votée la première loi sur les stupéfiants, interdisant le trafic et la consommation. Cette loi concernait l'opium, la morphine, la cocaïne et le cannabis. Effectivement, les préoccupations et besoins de la guerre n'étaient pas compatibles avec ces consommations. Cependant, cette loi n'aurait été que peu appliquée car le problème de la consommation de drogues ne constituait pas jusqu'en 1967-1968 la préoccupation principale des pouvoirs public, du Législateur et de la société. (60) Durant cette période la consommation de cannabis est une pratique très marginalisée.

C'est à partir des années 1950 puis 1960, avec le mouvement culturel « *Beat Generation* » aux Etats-Unis, puis du mouvement « *hippie* », que la popularité du cannabis explose. Sa consommation est associée à l'art, la créativité, à la notion de liberté, à la contestation du conservatisme social, de la société de consommation, à un attachement profond à la nature. Sa consommation considérée comme

une élévation spirituelle, est aussi rattachée à des croyances spirituelles chamaniques. Ces mouvements gagnent l'Europe et avec eux, la consommation de cannabis prend de l'ampleur. Dans les années 1970, en France, la consommation de drogue, s'inscrit dans les pratiques sociétales, toutes substances et classes sociales confondues, y compris les populations les mieux « intégrées socialement ». Ce phénomène est qualifié par certains « d'épidémie ». Ces expériences sont souvent valorisées dans la culture (littérature, musique, cinéma...), en parallèle déjà certains auteurs cherchent à en montrer les effets néfastes comme dans le roman « L'Herbe bleue » de Beatrice Sparks publié en 1971.

La toxicomanie émerge alors comme un problème de santé publique devant la fréquence et l'étendue de son usage. Cela se traduit par un intérêt de la communauté scientifique de par la recherche et l'évolution des prises en charge en médecine et psychiatrie et par un cadre législatif. Les psychiatres et les psychanalystes commencent alors à se pencher sur l'existence de liens éventuels entre vulnérabilité, perturbations psychopathologiques, souffrance psychique et prédisposition à la dépendance aux substances psychoactives. (18)

En France le 31 décembre 1970 est voté une loi « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses ». Elle interdit tout usage de stupéfiants, sans distinction de produits ou de condition d'utilisation (privé ou publique). Elle institue aussi le principe de « l'injonction thérapeutique », imposant ainsi la conception du toxicomane – malade dont il faut assurer la prise en charge et la réinsertion sociale. C'est sur la base de cette loi, toujours d'actualité, que seront votés par la suite d'autres textes visant à renforcer la lutte et la répression en matière de stupéfiants. (60) Les peines applicables font partie des plus lourdes, quasiment au même rang que le proxénétisme !

Un article paru en 1976 dans le journal *Libération* intitulé : « Appel du 18 joints », où célébrités et personnalités publiques ont reconnu consommer du cannabis, ouvre le débat encore vif aujourd'hui, sur l'usage de cannabis et marque une étape importante dans l'évolution des mentalités et des représentations sur l'usage de cannabis dans la population.

En parallèle des contextes sociétaux, politiques et légaux, le savoir scientifique évolue. Le cannabinoïde (CBN), concentré sous forme d'une huile dès 1896, fut purifié en 1933. Peu avant la Seconde Guerre mondiale, d'autres phytocannabinoïdes furent isolés : en 1940 le cannabidiol (CBD) a été isolé aux États-Unis. Le cannabigérol a été identifiés respectivement en 1959. Le THC, a été isolé en 1964 en Israël par Yechiel Gaoni et Raphael Mechoulam. La description chimique et la synthèse de ces composés du cannabis ont été possibles à la fin des années 1960. (41)

Au début des années 1990 a eu lieu la découverte des deux types de récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2. L'identification du premier cannabinoïde endogène, l'anandamide (AEA), a eu lieu en 1992. Plus tard, d'autres endocannabinoïdes ont été isolés comme le 2-arachidonoyl glycérol (2-AG). (43)

b.6 De nos jours

L'addiction au XXI^e siècle, concerne beaucoup plus de monde que la toxicomanie au siècle précédent. Aujourd'hui, les opiacés n'occupent plus autant le devant de la scène médiatique et ne monopolisent plus les discours cliniques comme dans un passé encore récent, avec le développement notamment de nouvelles consommations problématiques (cannabis, psychostimulants, poly-consommations).

Le concept d'addiction a fait glisser la toxicomanie vers la santé mentale. Il est à l'origine d'un vrai engouement du public, des chercheurs et des soignants. Le fait que l'usage de cannabis concerne une part grandissante de la population et des jeunes patients, a modifié le travail de nombreux praticiens et structures, obligés de prendre en compte sur les plans cliniques et institutionnels, l'existence de ces produits et leurs effets. (18) D'autant plus que les dealers de stupéfiants sont présents dans l'enceinte même des hôpitaux psychiatriques.

Aujourd'hui, la consommation de cannabis est un problème de santé publique reconnu. C'est un problème de santé individuelle et collective du fait de la part de mortalité par les accidents de la route. Son usage dans les pays occidentalisés concerne une population de plus en plus jeune, qui recherche des effets psychoactifs de plus en plus intenses. On pourrait dire qu'il n'existe plus « un » mais « des cannabis », tant il y a de variétés produites, fortement concentrées en THC afin de répondre à la demande. La principale origine du cannabis consommé en Europe provient du Maroc et d'Afghanistan.

Le cannabis occupe le devant de la scène médiatique du fait des assouplissements de la législation de certains pays, concernant sa consommation à but récréatif et surtout thérapeutique. L'année 2005 marque un tournant majeur dans l'histoire du cannabis thérapeutique, avec l'autorisation de la prescription médicale de THC notamment le Canada et le Royaume-Uni. Cet intérêt médiatique vient aussi du fait que d'une part la recherche est en plein essor dans le domaine, associée à certains témoignages de patients montrant le cannabis comme seule alternative thérapeutique efficace à leur souffrance ; et d'autre part que ces consommations peuvent être vues comme un reflet du malaise social et sociétal de notre siècle.

En janvier 2017, 150 personnalités des Bouches-Du-Rhône, dont des psychiatres tels que le Professeur Christophe Lançon et le Professeur Jean Naudin, demandent dans une tribune, la fin de "la prohibition du cannabis", qui est, selon eux, un "échec", et plaident pour l'instauration d'une "législation contrôlée de la production, de la vente et de la consommation ". Ils demandent « une politique plus efficace et plus humaine » avançant des arguments économiques et sanitaires, puisque l'argent issu de ces consommations ne bénéficierait plus aux réseaux mafieux mais à l'Etat, ainsi cela permettrait de développer « une vraie politique de prévention, de réduction des risques et des soins ». (61)

Un mot sur le chanvre textile de nos jours.

On observe un renouveau du chanvre industriel en France, en Europe et au Canada depuis la fin des années 1990, probablement en lien avec l'augmentation du prix du pétrole et les préoccupations environnementales. Depuis de 1988, la Communauté Européenne subventionne la culture de chanvre industriel, donc non psychotrope.

La production française est soumise à un contrôle du ministère de l'Agriculture et fait l'objet d'un contrat entre l'État, l'utilisateur des fibres et le producteur. Actuellement, la France produit environ 120 000 tonnes de chanvre industriel, sur une surface de quelque 12 000 ha et représente environ 60 % à 70 % de l'ensemble de la production européenne. (41,47)

L'arrêté du 22 août 1990 portant application de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique pour le cannabis pose le cadre légal de la culture, l'importation, l'exportation et l'utilisation industrielle et commerciale (fibres et graines) des variétés de Cannabis en France. (62)

En conclusion, le cannabis est une plante aux propriétés psychoactives qui est utilisée depuis des temps immémoriaux et encore de nos jours, à des fins tant thérapeutiques, récréatives, religieuses qu'industrielles. Sa consommation a toujours été le sujet de débats et de controverses. A travers le monde sa consommation est tantôt légale, tolérée ou prohibée. Etant responsable de dépendances et d'effets secondaires toxiques, une politique de prohibition du cannabis a été menée en France depuis le début du XX^e siècle. Néanmoins, il est la substance psychoactive la plus consommée dans le monde, en Europe, y compris en France où il occupe le devant de la scène médiatique, il fait l'objet de nombreuses recherches et de débats sanitaires, sociétaux et politiques.

II.1.1.c Les modes de consommations

Aujourd'hui dans le monde, on peut différencier trois types d'usages de cannabis, en fonction d'une part du cadre législatif des états et d'autre part des effets recherchés par les usagers :

- L'usage dit « **récréatif** » du cannabis en tant que « **drogue** ». Ce mode de consommation est très répandu dans le monde, il n'est légal que dans deux pays l'Uruguay et le Canada.
- L'usage dit « **médical** » en tant que « **cannabis thérapeutique** » qui peut alors être consommé de la même manière que le cannabis en tant que drogue ou bien sous forme de préparation médicinale généralement élaborées en officine ou commerce spécialisé, ou sous forme de médicaments généralement élaborés en laboratoire, prescrits par un médecin et vendus en officine. Cet usage sera abordé dans un paragraphe dédié.
- L'usage pour raison « **spirituelle** » ou « **religieuse** », essentiellement par les rastafari en Jamaïque, qui est le seul Etat au monde ayant légalisé ce mode de consommation du cannabis.

c.1 Modes de consommation du Cannabis sativa L.

Le cannabis se présente sous 3 formes : la résine, l'herbe et l'huile, décrites et illustrées ci-dessous. (41,42,63)



Figure 22 : Illustration des trois présentations du cannabis pour sa consommation.

► La résine :

- ↳ Elle se présente sous la forme de plaques compressées, découpées en « barrettes ». Sa couleur varie entre le vert, le brun et le jaune selon les variétés de plantes et de l'origine (jaune foncé à vert brun pour ceux d'Afrique du Nord ; brun foncé à noir pour ceux d'Asie).
- ↳ La résine est essentiellement obtenue à partir des fleurs de la plante. Elle peut être récoltée simplement en frottant les fleurs entre les mains, mais il existe d'autres procédés utilisés afin d'optimiser le rendement. Le cannabis est fauché, séché au soleil, puis battu afin de faire tomber la résine desséchée. Elle est recueillie puis tamisée sur un tamis mécanique, mélangée avec de l'eau en quantité juste suffisante pour obtenir une pâte ferme, compressée et mise à sécher à l'abri de l'action directe du soleil, mais

dans un lieu bien ventilé. Une alternative consiste à l'emballer dans un linge puis à l'exposer à la vapeur d'eau avant de mettre l'ensemble à sécher. On obtient ainsi du haschisch sous forme de larges plaques emballées dans des sacs en tissu ou en plastique. Il faut compter environ 45 à 70 kg de plante sèche pour obtenir 1 kg de résine, ce pourquoi les centres de production du haschich sont situés tout près des zones de culture.

- ↳ Elle peut être coupée par des produits divers.
- ↳ Sa teneur en THC et autres cannabinoïdes est variable les taux ont tendance à augmenter. La moyenne Européenne (d'après le rapport de l'OEDT de 2018) est comprise entre 14 % et 21 % en THC, mais parfois de plus de 25 %, voire de plus de 50 %.
- ↳ Elle est le plus souvent fumée mélangée à du tabac : sous forme de joint. Elle est aussi fumée dans des pipes (à eau ou pas), dans des narguilés, elle peut être ingérée après avoir été intégrée dans des préparations culinaires, des boissons ou des aliments.
- ↳ Son prix moyen en Europe serait de 9 à 13 € le gramme. (41,42,63,64)

► **L'herbe :**

- ↳ Ce sont les feuilles mais surtout les fleurs, qui sont séchées et ensuite consommées le plus souvent fumées mélangées avec du tabac : sous forme de joint.
- ↳ Les fleurs fraîches ou sèches, peuvent être intégrées dans des préparations culinaires.
- ↳ Elle peut être frelatée par différents produits de coupage.
- ↳ Sa teneur en THC est variable et tend à augmenter. Sa teneur moyenne en Europe serait de 9 à 12 %, elle peut dépasser les 20%.
- ↳ Son prix moyen en Europe serait de 8 à 12 € le gramme. (41,42,63,64)

► **L'huile :**

- ↳ C'est un liquide visqueux de couleur vert foncé à noirâtre, très concentré en THC puisque pouvant parfois atteindre un taux de 60 à 70 %. Elle est la plus concentrée en principe actif.
- ↳ L'huile est une préparation issue essentiellement des fleurs et feuilles de la plante, ou alors d'une fraction de la résine. Elle est produite par macération du cannabis dans de l'alcool à 95° afin de le rendre soluble au bout de quelques jours. La solution obtenue est filtrée puis progressivement concentrée par chauffage pour livrer alors l'huile.
- ↳ Elle est généralement consommée fumée au moyen d'une pipe, elle peut être aussi fumée en mettant quelques gouttes sur une cigarette, elle peut être ingérée en l'ajoutant à des plats ou préparations culinaires.
- ↳ Son usage est peu répandu en France et en Europe. Dans le monde, elle est la forme la moins consommée, mais la plus concentrée en THC. (41,42,63)

Quel que soit sa forme de consommation, il peut y avoir différents produits ajoutés au cannabis de manière intentionnelle (coupe) ou involontaire (contaminants). De manière intentionnelle le cannabis peut être coupé par diverses substances dans plusieurs objectifs différents tels que :

- édulcorer la préparation pour en modifier la saveur (des sucres, épices et aromates ajoutés au haschisch destiné à être incorporé dans des préparations ingérées).
- modifier l'effet psychoactif par l'ajout d'autres drogues comme des opioïdes, de la cocaïne ou des hallucinogènes. Ces associations ne sont, en pratique, pas retrouvées en France.
- favoriser l'absorption par les muqueuses digestives par l'ajout de corps gras (lait, beurre, crème, saindoux, suif).
- améliorer l'apparence d'un haschisch de mauvaise qualité (gommes végétales diverses, cirage noir, henné, caoutchouc, résidus de pneus, colophane).
- diluer le produit pour permettre à un revendeur d'augmenter son bénéfice (herbe desséchée au sens le plus trivial du terme). (41)

Le cannabis peut être consommé de différentes façons :

► **par voie orale, inhalé fumé :**

- ↳ le cannabis peut être brûlé, quel que soit sa forme (seul ou mélangé à d'autres substances telles que le tabac), c'est la fumée, résultat de la combustion, qui est inhalée par les consommateurs.
- ↳ Il est inhalé sous forme de cigarettes roulées avec du tabac (*joint ou tarpés ou pétard ou cônes ou sticks*), avec une pipe (*shilom*), ou avec une pipe à eau (*bong, bhang, narghilé ou shisha*).
- ↳ Un « joint » moyen contient environ 200 mg d'herbe de cannabis ou de résine de cannabis.

► **par voie orale, inhalé vaporisé :**

- ↳ Le cannabis peut être vaporisé quel que soit sa forme, il ne subit pas de combustion, mais est simplement chauffée, jusqu'à se transformer en vapeur (en particules gazeuses). Ainsi, la température de chauffe est inférieure à celle nécessaire pour la combustion, mais suffisante pour évaporer le THC.
- ↳ Il peut être vaporisé à l'aide d'un vaporisateur électronique qui peut être mobile (tel qu'une cigarette électronique) ou fixe (nécessitant d'être branché), il existe aussi des dispositifs de type pipe à eau électronique.

► **par voie orale, ingéré :**

- ↳ Il est ingéré quel que soit sa forme après avoir été intégré dans des préparations culinaires, ou des aliments.
- ↳ Il peut être ingéré en infusion, généralement du lait. En effet, le THC est liposoluble mais n'est pas hydrosoluble, c'est-à-dire qu'il peut se dissoudre dans la graisse mais pas dans l'eau. Ainsi, le cannabis est généralement dissous dans des produits laitiers, de préférence riches en lipides. Il peut aussi être consommé avec une boisson alcoolisée, après avoir été macéré dans celle-ci (rhum, le whisky etc.) ou de manière

encore plus rare, sous forme de teinture mère (qui est une solution hydro-alcoolique issue d'un mélange de plantes fraîches et d'alcool).

► **par voie transdermique :**

- ↪ Cette pratique quasiment désuète, était utilisée jusqu'au XIX^e siècle à des fins thérapeutique, notamment pour calmer les douleurs.
- ↪ C'est généralement l'huile de cannabis qui est préparé sous forme de pommade et qui est ensuite appliquée sur les zones à traiter ou bien du cannabis sous forme de teinture mère.

(41,42,63,65)

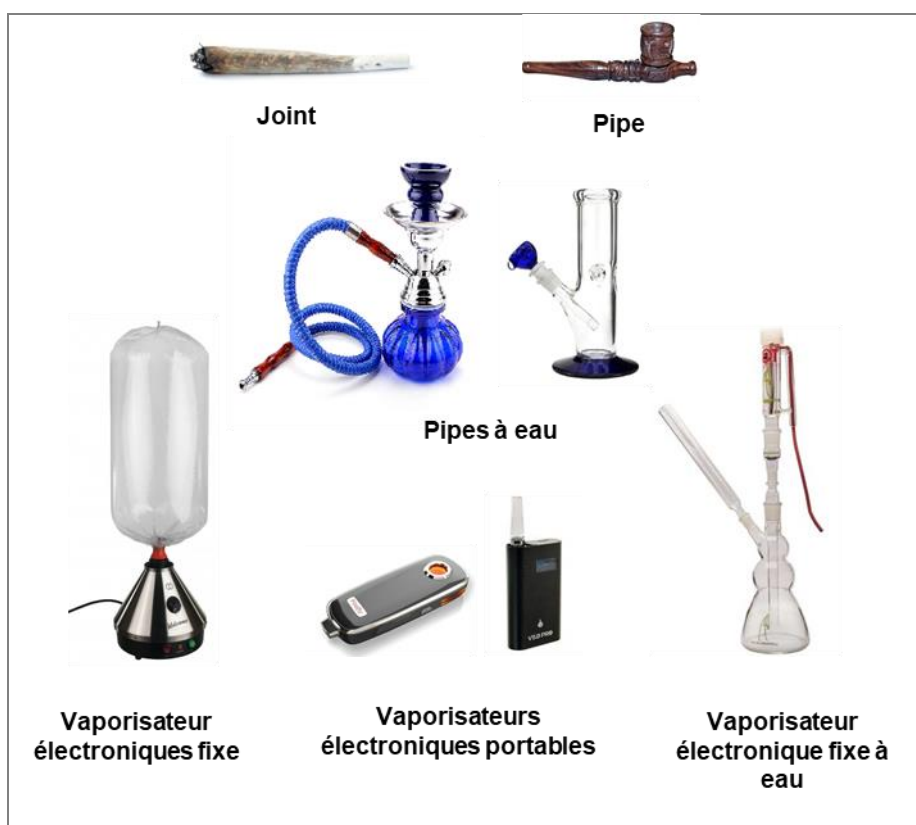


Figure 23 : Illustration de différents modes de consommation du cannabis.

c.2 Les tendances actuelles de consommations

Les pratiques individuelles vont de l'expérimentation à l'usage courant et à la dépendance. L'usage de cannabis peut être occasionnel, régulier ou témoigner d'une dépendance.

En France le mode de consommation le plus répandu est la résine de cannabis fumée mélangée à du tabac sous forme de joint. La résine concernerait environ 70% des saisies. Le marché de l'herbe serait en augmentation depuis environ 5 ans (depuis 2013) avec un nombre de saisie qui serait passé de 6% il y a 5 ans, à un niveau jamais égalé de 23% des saisies aujourd'hui. Le niveau des saisies de plantes de cannabis serait lui aussi très élevé : en 2017, de plus 137 000 plants de cannabis ont été saisis sur le territoire. (63)

Le prix pourrait expliquer en partie ces tendances de consommation (63) :

- ▷ **Pour la résine** : le prix médian serait de 7 € le gramme. Ce prix serait stable sur les dernières années.
- ▷ **Pour l'herbe** : le prix médian serait de 11 € le gramme. Ce prix serait en hausse progressive depuis plusieurs années (6,5 € en 2009, 7 € en 2010, 7,5 € en 2011 et 8 € en 2012).

Cependant, une étude de l'OFDT sur les modes d'approvisionnement de cannabis a permis de faire le constat suivant : « chez les jeunes de 17 ans, la grande majorité disent obtenir leur cannabis gratuitement (69,8 %). Les sources d'achats sont ensuite : le réseau d'amis ou de proches (54,4 %), suivi par le recours à un revendeur, qu'il soit un intermédiaire habituel (37,5 %) ou inconnu (25,9 %). L'autoculture de cannabis est déclarée par moins de un usager sur vingt (4,9 %) et l'achat sur Internet est presque inexistant (1,4 %). » (63) Les usagers réguliers de cannabis ont plus souvent recours à un revendeur habituel (81,8 %). Les tendances sont les mêmes chez les adultes usagers réguliers. (63)

Les tendances de consommation peuvent aussi être expliquées par l'image du cannabis qu'ont les usagers, notamment par rapport aux représentations qu'ils ont des autres produits. En effet, la perception subjective des risques liés à la consommation de cannabis chez les jeunes, est révélée par leur perception subjective des risques liés à la consommation de tabac. Ainsi, on pourrait schématiser cette pensée chez les jeunes en comparant ces représentations de la manière suivante représenté dans la figure ci-dessous. (63)

TABAC	CANNABIS
Mauvaise expérience en terme de sensation qui est le plus souvent perçue comme désagréable, surtout lors de la (des) première(s) consommation(s).	Perception moins désagréable, voire même agréable de la consommation lors de la (des) première(s) consommation(s).
Perception du produit comme une substance « chimique toxique ».	Perception du produit, surtout pour l'herbe, comme une substance « naturelle », même « bio ». L'herbe est considérée comme un « produit de meilleure qualité » que la résine.
La nocivité pour la santé clairement identifiée. Produit ne présentant aucun « bénéfice » lié à la consommation, bien au contraire, la consommation de tabac mène vers la maladie et le décès.	Produit dont les effets néfastes ne sont pas clairement identifiés, et pas par tous. Le cannabis est plutôt perçu comme une « drogue douce », qui peut avoir des effets bénéfiques pour la santé puisque ses « effets thérapeutique » sont reconnus officiellement dans plusieurs pays à travers le monde.
Coût élevé.	Coût moins élevé que pour le tabac.
Accès facile au produit.	Accès non difficile au produit.
Image négative.	Image positive avec une consommation dans tous les milieux sociaux.

Figure 24 : Tableau comparant l'image subjective du tabac et du cannabis chez les jeunes. (66)

En dépit de cette différence de perception de la nocivité entre ces deux produits, le tabac et le cannabis sont encore aujourd'hui très souvent consommés en association.

Aujourd'hui, on voit apparaître de nouvelles préférences de consommation. Notamment la consommation de cannabis dit « thérapeutique », contenant des taux de CBD plus élevés et des taux de THC plus faibles ; et aussi du CBD sous forme d'huile vapée à l'aide d'une cigarette électronique. Ces produits ont un coût beaucoup plus élevé.

c.3 Le cannabis de synthèse

Le cannabis de synthèse est une drogue faisant partie de la classe des **nouveaux produits de synthèse**. Il est composé de cannabinoïdes synthétiques, fabriqués en laboratoire, qui se fixent sur les récepteurs CB1 et CB2 (agonistes des récepteurs cannabinoïdes). Sa composition chimique devient de plus en plus variée et 179 de ces substances différentes ont été détectées depuis 2008. Il provient du monde entier, il existe une production européenne et française. En 2016 en Europe, les cannabinoïdes de synthèse faisaient partie des nouvelles substances psychoactives les plus fréquemment saisies.

Il se présente généralement soit sous forme d'huile, soit plus fréquemment sous forme d'un mélange de plantes séchées imprégnées de cannabinoïdes de synthèse. Cette forme de consommation peut être confondue avec de l'herbe de cannabis mais ne contient ni cannabis ni tabac. Il ne contient donc pas de THC mais des molécules qui imitent les effets du cannabis.

Il est généralement vendu conditionné dans des sachets métalliques, il peut également être vendu sous forme d'encens, de poudre... Les emballages porteraient toujours la mention « Not for human consumption » (non destiné à la consommation humaine). Il a plusieurs appellations, telles que : Spice, Gorilla, Sence, K2, Yucatan Fire, Chill X, CP-47, AM-630... ; ou encore MDMB-CHMICA, l'AB-CHMINACA, l'UR-144, le 5F-AKB48 et l'AMB-FUBINACA, qui ont été les plus fréquemment saisis en Europe en 2016.

Il est le plus souvent consommé fumé, plus rarement en infusion, et pour l'huile comme liquide pour cigarette électronique.

Des sachets de mélanges à fumer (3 g), suffisants pour environ huit joints, peuvent être achetés pour 12 € à 18 € sur des boutiques en ligne. En France, il est apparu à la vente sur internet en 2007. D'après le Baromètre 2014 1,7% des 18-64 ans auraient déjà consommé des cannabinoïdes de synthèse en France (niveau d'usage similaire à l'héroïne).

C'est un produit plus puissant, plus dangereux et plus addictif que le cannabis naturel. En effet, certains cannabinoïdes peuvent avoir une demi-vie longue et provoquer des effets psychoactifs prolongés parfois très différents de ceux du cannabis.

Certains effets secondaires imprévisibles et graves ont été rapportés, tels que :

- des attaques de paniques
- des épisodes psychotiques (de délire agité, d'hallucinations, et de dissociation) ; (67)
- des épisodes de convulsions ;
- des troubles cardiovasculaires (notamment tachycardie et infarctus du myocarde) ; (68)
- des cas d'insuffisances rénales aiguës ;
- des cas de troubles neurologiques, de coma et de décès. (67,69)

En France, les cannabinoïdes de synthèse entrant dans la formulation du mélange ont été inscrits sur la liste des stupéfiants en 2009.

Dans certains pays, des laboratoires œuvrent légalement à la recherche de cannabinoïdes synthétiques dans la fabrication de thérapeutiques médicamenteuses pour certains troubles notamment le traitement de la douleur (cf. partie consacrée au cannabis thérapeutique).

(64,67–70)

II.1.2 Cannabinoïdes et effets du cannabis

Les **cannabinoïdes** sont un groupe de substances chimiques qui se lient à des récepteurs spécifiques présents à la surface de nombreuses cellules chez les vertébrés, **les récepteurs cannabinoïdes**.

Il existe trois types de cannabinoïdes :

- ✘ Les endocannabinoïdes ou **cannabinoïdes endogènes** qui sont physiologiquement présents chez les vertébrés (mammifères et oiseaux). L'ensemble que constitue les endocannabinoïdes et les récepteurs cannabinoïdes forment le **système endocannabinoïde**. Il semble jouer un rôle important de régulation dans tout le corps humain.
- ✘ Les phytocannabinoïdes qui sont présents et issus de la plante Cannabis sativa L. On les appelle aussi **cannabinoïdes « naturels »** ou « **végétaux** ». Les plus étudiés sont le THC et le CBD.
- ✘ Les cannabinoïdes de synthèse ou **synthétiques**, qui sont fabriqués en laboratoire. Ils peuvent servir à la fabrication de médicaments (cannabis dit « thérapeutique ») mais aussi d'encens, de liquide pour cigarette électronique, ou pour fabriquer une drogue : le cannabis de synthèse.

Les cannabinoïdes végétaux et les cannabinoïdes de synthèse constituent les cannabinoïdes « exogènes ».

Les cannabinoïdes endogènes et exogènes se lient aux mêmes récepteurs cannabinoïdes mais avec des affinités et des efficacités variables. Ces effets de la consommation du cannabis peuvent être expliqués par la localisation des récepteurs dans l'organisme et par les effets engendrés par l'activation de ces récepteurs. Ainsi, les cannabinoïdes endogènes et exogènes agissent de manière quasi-similaire sur les organismes.

Toutefois, il faut mesurer l'établissement de comparaisons directes entre les produits de cannabis et les cannabinoïdes car ceux-ci ne peuvent pas être considérés comme strictement équivalents. En effet, le cannabis et les produits de cannabis sont des matières très complexes ayant des centaines de constituants chimiques, alors que les cannabinoïdes sont habituellement des molécules isolées. De plus il faudrait prendre en compte les différences qui pourraient être liées aux voies d'administration, à la posologie, aux composantes pharmacologiques individuelles et leurs interactions potentielles, ainsi qu'aux diverses propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de ces différentes substances. Ce paragraphe tend à donner de manière globale et synthétique, une description des différents cannabinoïdes et une explication sur leurs mécanismes d'action et effets sur l'organisme. (71)

II.1.2.a Les endocannabinoïdes et le système endocannabinoïde

L'ensemble des vertébrés possèdent un système endocannabinoïdes. C'est un système de signalisation ubiquitaire, c'est-à-dire présent dans tout l'organisme. (71)

Les endocannabinoïdes exercent une multitude de fonctions de régulation dans le corps humain. (43,71) Il participerait à la régulation d'un grand nombre de processus physiologiques et physiopathologiques, dont :

- la fonction immunitaire et cardiovasculaire,
- l'inflammation,
- le métabolisme et l'homéostasie énergétique,
- la digestion,
- le développement du système nerveux,
- le comportement psychomoteur, la coordination des mouvements,
- l'appétit,
- la plasticité synaptique et l'apprentissage,
- la mémoire,
- les cycles de veille et de sommeil,
- la douleur,
- la régulation du stress et de l'état émotionnel et de l'humeur
- la maladie psychiatrique,
- la reproduction,
- le développement osseux,
- la densité osseuse. (72–74)

Leurs rôles sont encore mal connus et ne peuvent pas être comparés à ceux des phytocannabinoïdes. En effet, contrairement au THC, ils ne sont libérés que de manière localisée en petites quantités et ils sont éliminés rapidement.

L'état actuel des connaissances porte à croire qu'un dérèglement du système endocannabinoïde contribuerait à de nombreuses maladies et engendrerait notamment des effets de douleur, d'inflammation, des troubles psychiatriques et des maladies neurodégénératives. (75)

Système endocannabinoïde est composé :

- des **récepteurs de cannabinoïdes 1 et 2** (CB1 et CB2) ;
- des ligands des récepteurs de cannabinoïdes, les messagers : la **N-arachidonoyl-éthanolamine** appelée aussi l'**anandamide** (AEA) et du **2-arachidonoylglycérol** (2-AG), ce sont des dérivés d'acide arachidonique ;
- des **enzymes de synthèse des endocannabinoïdes** : la N-acyltransférase, la phospholipase D (PLD), la phospholipase C-β et la diacylglycérol lipase (DAGL) ;
- des **enzymes de dégradation des endocannabinoïdes** : l'hydrolase des amides d'acides gras (ou Fatty Acid Amine Hydrolase : FAAH) et la monoacylglycérol lipase (MAGL). (72)

(43,45,76–78)

a.1 Les endocannabinoïdes

Les endocannabinoïdes seraient une grande famille de substances chimiques. **L'anandamide** est le premier endocannabinoïdes à avoir été découvert. Son nom vient du sanskrit « ananda » (आनंद) signifiant « bonheur ». Il possède des propriétés pharmacologiques similaires à celles du THC. Le **2-arachidonoyl glycérol (2-AG)** a été découvert ensuite. Ils se fixent aux récepteurs CB1 et CB2 avec plus d'affinité pour les récepteurs CB1. Ils se lieraient avec d'autres cibles moléculaires certains connus (tels que : le récepteur 55 couplé aux protéines G, une classe de récepteurs nucléaires et de facteurs de transcription, etc.) et possiblement d'autres non connus.

D'autres endocannabinoïdes ont été isolés comme **l'oléamide**. Celui-ci serait responsable de l'induction du sommeil chez les mammifères, il aurait une faible affinité pour les récepteurs CB1 et CB2 auxquels il se fixerait que lorsque sa concentration est très élevée. Les autres endocannabinoïdes isolés sont encore moins connus (tel que le N-palmitoyléthanolamide). (65,76)

L'existence de nombreux endocannabinoïdes et de cibles diverses et variées, complique davantage les multiples effets des cannabinoïdes déjà connus.

Les endocannabinoïdes sont fabriqués dans le cytoplasme des neurones, au niveau des terminaisons post-synaptiques. Ils sont fabriqués « sur demande » en réponse à un potentiel d'action dans les neurones ou après stimulation de différents récepteurs. L'anandamide est produite à partir de l'hydrolyse effectuée par l'intermédiaire de la phospholipase-D (PLD) du lipide membranaire N-arachidonoylphosphatidyléthanolamine (NAPE) ; le 2-AG est issu de l'hydrolyse effectuée par l'intermédiaire de la diacylglycérol lipase (DAGL) du lipide membranaire diacylglycérol (DAG). Ce sont des composés de nature lipidique, ils ne sont donc pas stockés dans des vésicules synaptiques et peuvent être alors libérés par la cellule immédiatement après leur production. Ils ont un rôle de messagers au niveau cellulaires. Ils agissent comme des agonistes endogènes en se fixant sur les récepteurs CB1 et CB2. (72,76)

(43,45,65,76–78)

a.2 Les récepteurs cannabinoïdes et effets de leur activation

L'activation des récepteurs cannabinoïdes CB1 ou CB2, par la liaison des cannabinoïdes à ceux-ci, déclenche des cascades de signalisations entraînant **l'interruption de la libération des neurotransmetteurs et messagers, inhibiteurs et excitateurs, stockés dans la cellule.**

※ **Les récepteurs CB1 :**

Ils se situent principalement dans le système nerveux central (SNC) mais également en petite quantité dans le système nerveux périphérique (SNP). Le récepteur CB1 est un récepteur couplé aux protéines G, il est principalement pré-synaptique.

Au sein du SNC on les retrouve :

- Au niveau des structures cérébrales impliquées dans la **mémoire à court termes et des fonctions cognitives** (l'hippocampe et cortex cérébral), où ils sont présents de manière fortement concentrés.
- Au niveau des structures cérébrales impliquées dans la **coordination motrice** (cervelet et ganglions de la base : substance noire, globus pallidus, noyau caudé, et putamen), où ils sont présents de manière fortement concentrés, expliquant les effets inhibiteurs sur les performances motrices.
- Au niveau des régions impliquées dans **le traitement des informations relatives à la perception de la douleur** (aire péri-aqueducale grise et corne dorsale de la moelle épinière.
- Au niveau du **système de la récompense, responsable sensation de plaisir** (aire tegmentale ventrale et noyau accumbens, agissant par levée inhibition production dopamine provoquant une sensation d'euphorie.)
- Au niveau d'une zone impliquée dans le **contrôle endocrinien** (l'hypothalamus) où ils sont présents en moindre quantité. Ils joueraient un rôle notamment dans le contrôle de l'appétit.
- Au niveau du thalamus et du tronc cérébral où ils sont présents en moindre quantité. (45,76)

Le récepteur CB1 s'exprime également dans plusieurs autres organes et tissus, dont les adipocytes, les leucocytes, la rate, le cœur, les poumons, l'appareil gastro-intestinal (foie, pancréas, estomac, intestin grêle et gros intestin), les reins, la vessie, les organes reproducteurs, les muscles squelettiques, les os, les articulations et la peau. (45)

L'effet global de l'activation du récepteur CB1 est la répression de la libération des neurotransmetteurs (tels que : la 5-hydroxytryptamine (5-HT), le glutamate, l'acétylcholine, l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), la noradrénaline, la dopamine, le D-aspartate, la cholécystokinine) au niveau des synapses inhibitrices et excitatrices avec des effets à court et à long terme. L'inhibition de la libération des neurotransmetteurs physiologique se fait par un mécanisme de signalisation rétrograde : les endocannabinoïdes synthétisés et libérés depuis la membrane cellulaire des neurones post-synaptiques se répandent vers l'arrière à travers la fente synaptique et se lient aux récepteurs CB1 situés sur les terminaisons pré-synaptiques.

Le récepteur CB1 s'exprime grandement dans le cerveau en développement. Le niveau d'expression est élevé et continue d'augmenter après la naissance jusqu'à l'âge adulte dans la substance blanche, et dans l'hippocampe, le cervelet, le noyau caudé et le putamen et le cortex cérébral. En revanche, après la naissance, le niveau d'expression du récepteur CB1 commence à diminuer dans d'autres structures comme le corps calleux. Les données dont on dispose semblent indiquer que le système endocannabinoïde a un rôle dans le neurodéveloppement du système nerveux central. Le récepteur CB1 semble être un régulateur négatif de la croissance des neurones. Ainsi, l'exposition aux cannabinoïdes qui activent le récepteur CB1 (comme le THC) au cours des périodes de développement du système nerveux comme le développement embryonnaire pendant la grossesse peut modifier le processus de développement neuronal normal de l'enfant à naître et avoir une

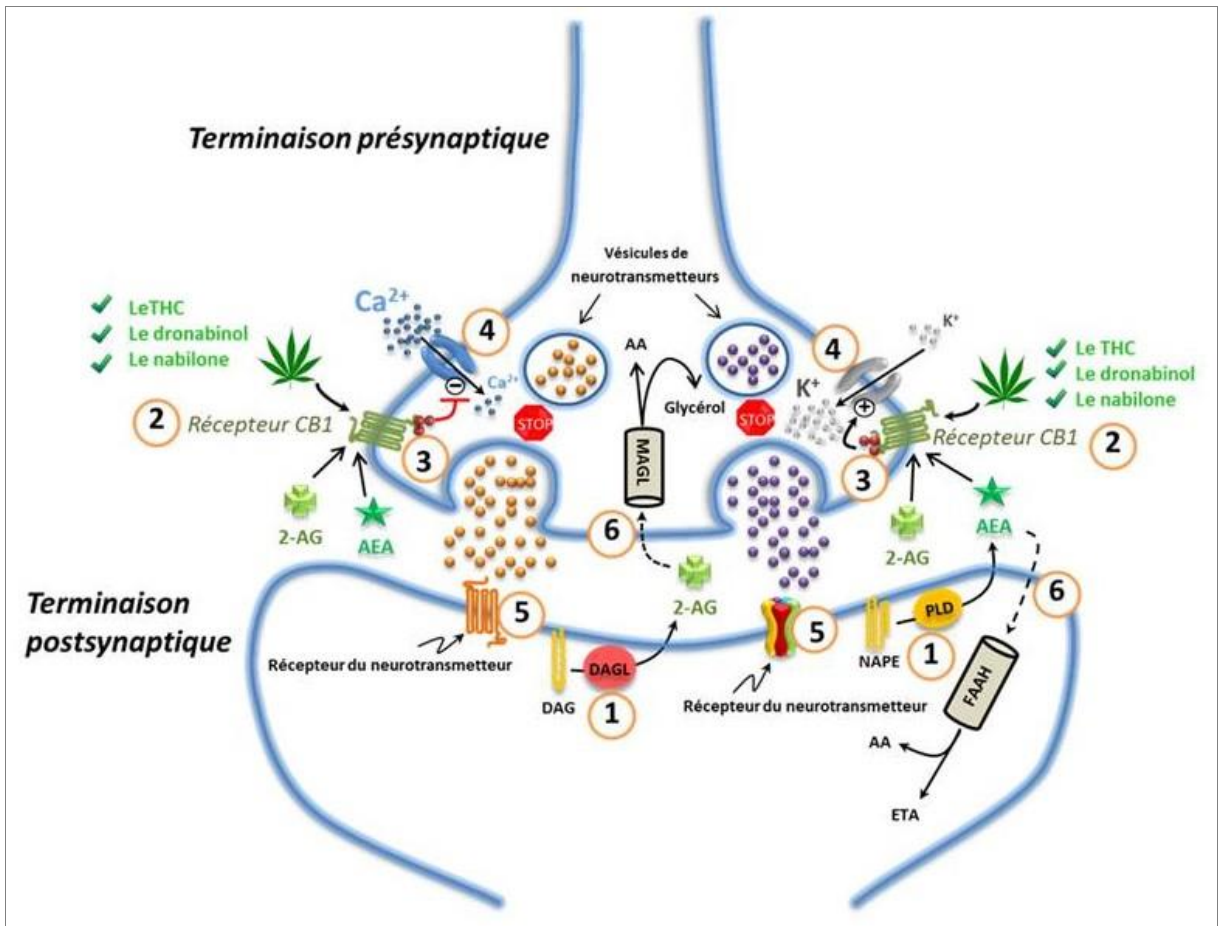
incidence négative sur les fonctions cérébrales normales pouvant causer une déficience à long terme de plusieurs fonctions et comportements cognitifs. (45)

Les récepteurs CB1 seraient à la base des manifestations somatiques du sevrage en cannabinoïdes. (76)

Les récepteurs CB1 jouent également un rôle clef dans les performances lors d'une activité physique, du moins chez la souris. C'est ce que montre une étude publiée le 07 mars 2019 dans la revue JCI Insight, fruit de la collaboration entre des chercheurs de l'Inserm et du CNRS : « les récepteurs cannabinoïdes CB1 jouent un rôle primordial dans le choix entre courir et consommer une nourriture chocolatée ». Les résultats montrent que « les souris dépourvues de récepteurs CB1 ont un déficit de 80 % dans l'effort maximal qu'elles étaient prêtes à fournir pour accéder à la récompense, et ce sans diminution des performances lors de leurs accès à celle-ci. [...] Ce résultat indique que les récepteurs CB1 jouent un rôle majeur dans le contrôle de la motivation pour l'activité physique. » Les chercheurs ont pu démontrer que ces récepteurs CB1 contrôlant la motivation pour l'exercice sont localisés sur des neurones GABAergiques. Autre découverte : « les récepteurs CB1 jouent également un rôle dans la motivation pour la nourriture, mais à un degré moindre que dans la motivation pour l'activité physique ; les récepteurs CB1 localisés sur les neurones GABAergiques ne sont pas impliqués dans la motivation pour la prise de nourriture chocolatée. » En conclusion « au-delà de ces résultats indiquant que le récepteur cannabinoïde est primordial pour la motivation pour l'activité physique, cette étude ouvre des perspectives pour pouvoir étudier les mécanismes neurobiologiques responsables d'augmentations pathologiques de cette motivation. » (79)

De telles études permettraient probablement d'améliorer la prise en charge des patients souffrants de schizophrénie particulièrement lors d'une co-occurrence avec l'usage de cannabis. En effet, ces patients sont victimes d'apragmatisme, de sédentarité et d'une mauvaise hygiène alimentaire liés à leur trouble mental ; de plus la consommation de cannabis est responsable d'un syndrome amotivationnel. Ces éléments rendent difficile leur prise en charge notamment la pratique d'une activité physique et avec l'adjonction des effets secondaires des traitements antipsychotiques, ils favorisent le développement de comorbidités somatiques. De nouvelles thérapies visant à améliorer entre autre la motivation pour l'activité physique dans cette population pourrait être d'une aide considérable pour l'amélioration du pronostic, l'adhésion au traitement, voire la réduction de la consommation de cannabis.

(43,45,76–78)



Légende :

- ① Les endocannabinoïdes sont fabriqués au niveau des terminaisons post-synaptiques : l'AEA est produite à partir de l'hydrolyse effectuée par l'intermédiaire de la PLD du lipide membranaire NAPE ; le 2-AG est issu de l'hydrolyse effectuée par l'intermédiaire de la DAGL du lipide membranaire DAG ;
- ② Ces endocannabinoïdes (AEA et 2-AG) se répandent de façon rétrograde vers les terminaisons présynaptiques ; puis ils se lient et activent les récepteurs présynaptiques CB1 couplés aux protéines G, il en va de même pour les cannabinoïdes exogènes (tels que le THC, le dronabinol et le nabilone);
- ③ La liaison cannabinoïdes aux récepteurs CB1 déclenche la signalisation à base des protéines Gi/Go et inhibe l'adenylyl-cyclase, entraînant ainsi une baisse de l'accumulation de l'AMP cyclique et l'activité de la protéine kinase A ;
- ④ L'activation du récepteur CB1 aboutit aussi à l'ouverture des canaux K⁺ (représentés par un « + ») engendrant l'hyperpolarisation des terminaisons pré-synaptiques ainsi que la fermeture des canaux Ca²⁺ (représentés par un « - ») par les protéines Gi/Go, interrompant la libération des neurotransmetteurs inhibiteurs et excitateurs emmagasinés ;
- ⑤ Les neurotransmetteurs lorsqu'ils seront libérés à nouveau, se répandront et se lieront aux récepteurs post-synaptiques ; Ces actions sont donc stoppées par l'action des cannabinoïdes.
- ⑥ L'AEA et le 2-AG rentrent dans les terminaisons nerveuses post ou pré-synaptiques (éventuellement grâce à l'intervention d'un transporteur spécialisé symbolisé par un pointillé) où ils sont respectivement catabolisés par la FAAH ou la MAGL produisant soit l'AA et l'ETA, soit l'AA et le glycérol.

Figure 25 : Le système endocannabinoïde dans le système nerveux. (45)

※ Les récepteurs CB2 :

Ils se situent sur différentes cellules dans diverses parties du système immunitaire où ils sont les plus fortement concentrés. On les retrouve notamment sur les leucocytes, la rate, le thymus, les ganglions lymphatiques, aussi dans l'os et en plus faible quantité dans le foie et les cellules nerveuses.

Dans les cellules immunitaires, l'activation des récepteurs CB2 empêche la libération des cytokines ou des chimiokines, et la migration des neutrophiles et des macrophages, entraînant des effets régulateurs complexes sur la fonction du système immunitaire. Ce qui pourrait être responsable de l'effet anti-inflammatoire voire possiblement d'autres effets thérapeutiques du cannabis.

Les cannabinoïdes exogènes (tel que le THC le dronabinol et le nabilone) se fixent et activent aussi les récepteurs pré-synaptiques CB1 et CB2. Ainsi, les propriétés thérapeutiques du cannabis s'expliquent par l'activation de ces récepteurs. Par exemple, l'inhibition de la libération de la sérotonine calme les nausées et les vomissements.

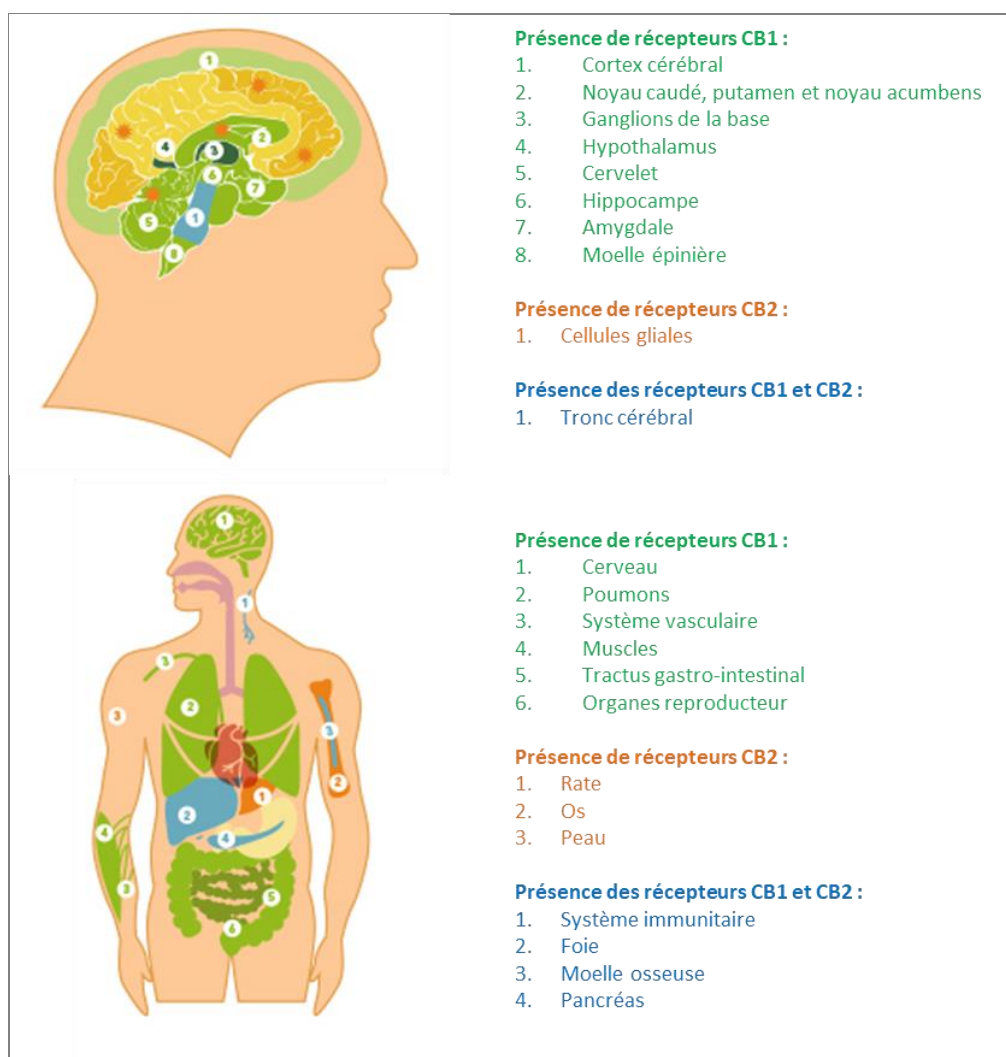


Figure 26 : Illustration de la répartition des récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2 dans le corps humain. (80)

II.1.2.b Les phytocannabinoïdes

Le cannabis produirait plus de 500 composés chimiques distincts répartis en 18 différentes classes et contiendrait plus de 100 phytocannabinoïdes distincts identifiés à ce jour. (45)

Les **phytocannabinoïdes** sont un groupe de substances chimiques présentes de manière naturelle et exclusive dans la plante du genre Cannabis.

Les phytocannabinoïdes sont classés dans 10 groupes en fonction de leur structure chimique de base. Les trois principaux, qui sont les plus répandus et les plus étudiés, sont (43) :

- ↳ **delta9-tétrahydrocannabinol (THC)** ou (Δ 9-THC),
- ↳ **cannabidiol (CBD)**,
- ↳ **cannabinol (CBN)**.

Le THC et le CBD sont présents dans la plante fraîche contrairement au CBN. En effet, le CBN est un produit de dégradation du THC, formé par oxydation. Il agit aussi sur le récepteur CB1. (43,45)

※ Le THC

De tous les constituants du cannabis et particulièrement parmi les cannabinoïdes, le THC est de loin le cannabinoïde le plus étudié et est à l'origine de nombreux, si ce n'est de la plupart des effets physiques et psychotropes du cannabis (détaillés dans la partie suivante « détail des effets du cannabis »). Il posséderait également des vertus anti-inflammatoires et anti-métastatiques. (45,76)

Les effets psychoactifs du cannabis sont principalement liés aux actions du THC sur le récepteur CB1. Les réponses pharmacologiques induites par le THC notamment les effets psychoactifs, sont beaucoup plus intenses et plus long que celles induites par l'anandamide. Ceci viendrait notamment du fait de la dégradation rapide de l'anandamide par l'enzyme FAAH lui conférant une demi-vie plus courte, mais aussi de son plus faible volume de sécrétion et de distribution. (43,45,76)

※ Le CBD

Les données issues de la recherche suggèrent que le CBD agit sur de nombreuses cibles, y compris les canaux ioniques, les récepteurs et les enzymes. Il a été révélé que le CBD bloque l'activité de la FAAH, ce qui entraîne une augmentation des taux d'anandamide. Le CBD n'a pas d'effet psychoactif. Il semble agir comme un antioxydant et avoir des effets anti-inflammatoires, analgésiques, antiémétiques, antipsychotiques, anti-ischémiques, anxiolytiques et antiépileptiques. Il atténuerait les effets secondaires liés au THC (certains des effets d'affaiblissement des capacités cognitives du THC et surtout les effets affectant la mémoire spatiale, mais aucun effet sur les déficiences du rendement induites par le THC). Il aurait des effets neuroprotecteurs. (45,81,82)

※ Le CBN

Il a des effets de sédation, il favoriserait l'apparition de syndrome amotivationnel, de symptômes dépressifs et de perte de mémoire à long terme. C'est également un cannabinoïde très légèrement psychoactif mais moins puissant que le THC.

Beaucoup de cultivateurs essaieront d'éviter sa présence pour un produit plus sain et de meilleure qualité. Le haschish contient une plus grande quantité de CBN que l'herbe. (43)

※ Autres phytocannabinoïdes

Les autres cannabinoïdes sont présents en plus faible quantité dans la résine et sont des substances qui seraient moins actives, d'où le faible intérêt des scientifiques pour celles-ci. (43) Ce sont :

- ↳ cannabigérol (CBG),
- ↳ cannabichromène (CBC),
- ↳ tétrahydrocannabivarin (THCV),
- ↳ delta8-tétra-hydrocannabinol (Δ 8-THC),
- ↳ cannabicyclol (CBL),
- ↳ cannabielsoin (CBE),
- ↳ cannabiodiol (CBND),
- ↳ cannabitriol (CBTL).

Le THCV a un effet antagoniste sur le récepteur CB1 et un effet agoniste partiel sur le récepteur CB2, ainsi qu'un effet agoniste sur le récepteur 5-HT1A. Des études précliniques suggèrent que le THCV pourrait posséder des propriétés comme agent anti-épileptiforme ou anti-convulsant, anti-nociceptif et antipsychotique. (45,81)

Les cannabinoïdes dit « non-psychotropiques » (tels que le CBD et le THCV) semblent avoir des propriétés bénéfiques. Les résultats issus de ces études précliniques laissent entrevoir de potentielles indications thérapeutiques telles que la psychose, l'épilepsie, l'anxiété, les troubles du sommeil, les maladies neurodégénératives, l'ischémie cérébrale et myocardique, l'inflammation, la douleur et les réactions immunitaires, les vomissements, l'appétit, le diabète de type 1, les maladies hépatiques, l'ostéogénèse et le cancer. Toutefois, il existe peu d'études cliniques rigoureuses et bien menées sur ces substances. (45,83–85)

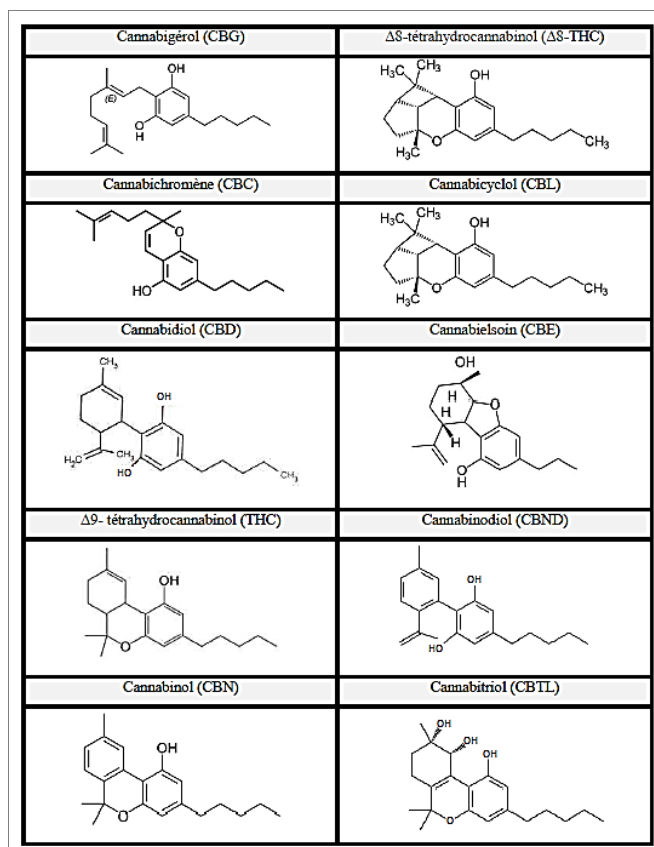


Figure 27 : Structures chimiques des dix grands groupes de phytocannabinoïdes. (43)

※ Pharmacocinétique :

Lorsque le cannabis est consommé, les phytocannabinoïdes se lient aux récepteurs cannabinoïdes, entraînant des effets plus ou moins connus, notamment les effets psychoactifs recherchés par les consommateurs. Les effets de la consommation de cannabis seront détaillés ci-après. Les cannabinoïdes vont subir une métabolisation dans l'organisme. Ils sont caractérisés par une forte lipophilie (c'est-à-dire leur aptitude à se fixer dans les tissus riches en lipides) expliquant leur tropisme pour les tissus riches en lipides (le cerveau étant un organe riche en lipides) et leur important volume de distribution. (43,65,86)

↳ L'absorption :

L'absorption des cannabinoïdes au niveau du tube digestif après ingestion de cannabis est plus lente qu'au niveau pulmonaire après inhalation. Une utilisation fréquente de cannabis améliore les capacités d'absorption du consommateur : il réussit à obtenir des concentrations dans le sang supérieures à celles qu'obtient un sujet ne consommant qu'épisodiquement le produit. (43,65,86)

Les avantages potentiels de la vaporisation comprennent la formation d'une plus petite quantité de sous-produits toxiques comme le monoxyde de carbone, les hydrocarbures aromatiques polycycliques et le goudron, ainsi qu'une extraction plus efficace du THC. (45)

↳ **La distribution :**

Les cannabinoïdes du fait de leur forte lipophilie, ont un important volume de distribution. Ils sont retenus dans les tissus adipeux et leur libération est lente. Les cannabinoïdes franchissent la barrière fœto-placentaire et gagnent la circulation du fœtus chez la femme enceinte. Les effets subjectifs et les concentrations plasmatiques du THC fumé ou vaporisé sont similaires. (43,45,65,86)(45)

↳ **Le métabolisme :**

Le THC est transformé dans le foie sous l'action de systèmes enzymatiques inductibles, les microsomes. Les enzymes inductibles sont des enzymes qui peuvent être induites, leur action peut être favorisée par un substrat. Il livre alors des dérivés 11-hydroxy-THC puis le 11-hydroxy-THC, et 9-carboxy-THC. Leurs effets est peu connu. Il peut exister de grandes variations de concentrations plasmatiques de THC et de 11-hydroxy-THC en fonction des individus.

Il peut y avoir compétition entre les cannabinoïdes et d'autres substances au niveau des sites de catabolisme. C'est ainsi que l'association de cannabis avec certains médicaments (anticoagulants oraux, contraceptifs, divers antibiotiques, antipsychotiques, etc.) comme avec l'alcool peut entraîner une dégradation insuffisante de ceux-ci et maintenir leur présence dans l'organisme (leur concentration plus élevée que dans des conditions habituelles d'utilisation) et ainsi favoriser certain effets secondaires notamment les surdosages. Le THC induit l'activité des enzymes responsables de son propre catabolisme : ainsi, avec le temps, un usage persistant de cannabis augmente la vitesse de destruction du THC, induisant une tolérance au produit. (43,45,65,86)

↳ **L'élimination :**

Le THC et ses catabolites subissent un cycle entérohépatique, c'est-à-dire qu'il vont du sang au foie, puis à la bile, puis à l'intestin grêle, puis de nouveau dans le sang (où ils peuvent agir encore) puis à nouveau au foie etc. Ainsi, les cannabinoïdes sont lentement relargués dans le sang, avant d'être éliminés de l'organisme. L'élimination se fait essentiellement dans les selles, mais aussi par les urines et, dans le lait maternel. La demi-vie du THC est en moyenne de 4,3 jours. (43,65,86)

	Inhalation	Ingestion
Résorption (%)	10 à 50	1 à 10
Pic plasmatique (min)	7 à 8	45
Pic plasmatique moyen (ng/mL)	Usage isolé: 8 à 10	2 à 4
	Usage chronique: 50 à 200	2 à 3
Effet maximum (min)	20 à 30	
Volume de distribution (L/kg)	5 à 15	
Liaison protéique (%)	99	
Métabolisme	Presque total (99% de la dose de THC) hépatique par systèmes microsomaux, avec hydroxylation en alcools variés (dont certains psychoactifs) réduits par des déshydrogénases	
Élimination (%)	Fécale : 30 à 50% en trois jours, avec cycle entéro-hépatique Urinaire : 10 à 15% en trois jours, avec filtration rénale et réabsorption (les 20% demeurant dans l'organisme sont éliminés en deux à trois mois chez un usager chronique)	
Demi-vie	Usage isolé : 20 à 60 heures	
	Usage chronique : 20 à 30 heures	

Figure 28 : Tableau résumant les paramètres cinétiques du THC chez l'homme. (43)

※ La teneur en phytocannabinoïdes

La quantité de cannabinoïdes présents dans la plante est variable et dépend de plusieurs facteurs :

- de la plante elle-même et de son origine (génétique, sexe, variété, maturité etc.) ;
- de l'influence de différents facteurs environnementaux (culture, climat, composition sols etc.)
(41,43,46)

Ces différences, notamment les taux de THC et de CBD totaux d'une plante, permettent de distinguer 2 types de cannabis (41,43,46) : le chanvre industriel (ou agricole) utilisé pour ses fibres, dont les taux de THC et de CBD sont beaucoup plus faible que ceux du chanvre utilisé pour sa consommation.

D'après l'OFDT, la teneur en THC de la résine de cannabis comme de l'herbe a subit une forte augmentation. Il y aurait une tendance à la stabilisation depuis 2017. (63)

- Pour la résine de cannabis, la teneur était d'environ :
 - o 6% en 2000 ;
 - o 11% en 2010 ;
 - o 23% en 2017.
- Pour l'herbe, la teneur était d'environ :
 - o 5% en 2000 ;
 - o 9% en 2010 ;
 - o 11% en 2017.

Aujourd'hui, il existe une grande variété de souches de cannabis tant pour sa consommation à des fins récréatives (légale ou non) que pour sa consommation à des fins médicinales. Les variétés de cannabis cultivées à des fins thérapeutique contiennent différentes teneurs en THC et CBD, y compris les souches prédominantes de THC, ou de CBD ou les souches équilibrées.(45)

La France ferait partie des pays européens ayant une teneur en THC les plus élevée, que ce soit dans l'herbe ou dans la résine. (63)

Les hypothèses qui expliqueraient ces augmentations seraient d'une part la demande, les consommateurs seraient en recherche d'effets psychoactifs plus intenses. D'autre part, de la nécessité pour les fabricants de résines de rester compétitifs avec l'herbe qui a le vent en poupe chez les consommateurs. (63)

La teneur moyenne en THC dans les résines en augmentation depuis les années 2000 semble se stabiliser en 2017 à 23 % pour les saisies et enregistre même une baisse dans les échantillons collectés, passant de 30 % en 2016 à 25 % en 2017.

Cependant, le taux de THC des résines a tout de même doublé en 10 ans. Cela est dû essentiellement à l'augmentation de la circulation de résines fortement dosées (> 15 %) et à la baisse concomitante de la circulation des résines faiblement dosées (< 2 %).

Concernant l'herbe, cette augmentation n'est observée que pour les échantillons saisis entre 2009 et 2013. Depuis 2015, la teneur moyenne semble se stabiliser autour des 10 %. Enfin, dans certains échantillons, les teneurs en THC oscillent entre 5 et 15 % depuis 2009. Cependant, il arrive que certaines herbes présentent des teneurs relativement élevées, notamment celles acquises sur le darknet. (63)

II.1.2.c Cannabinoïdes synthétiques et cannabis dit « thérapeutique »

Le cannabis dit « thérapeutique » concerne deux types de produits :

- Des médicaments : qui sont des produits contenant des cannabinoïdes (issus des plantes ou de synthèse) ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM). Ils sont administrés par voie orale, fabriqués en laboratoire et prescrits par des médecins dans certains pays où c'est autorisé par la loi. Historiquement, les premières synthèses en laboratoire des cannabinoïdes ont été basées sur la structure des cannabinoïdes végétaux mais de nouveaux composés apparaissent maintenant, basés sur la structure des endocannabinoïdes. Les cannabinoïdes synthétiques sont particulièrement utiles pour les expérimentations visant à déterminer le rapport entre la structure moléculaire et l'activité du cannabinoïde. On peut citer le dronabinol (Marinol®), le nabilone (Cesamet®), le nabiximols (Sativex®).
- Des préparations de cannabis : n'ayant pas d'AMM, composées de tout type de produit dérivé de la plante : herbe, huile et autres préparations. Ils sont aussi prescrits par des médecins dans certains pays où c'est autorisé par la loi.

Les cannabinoïdes présents dans la plante peuvent avoir des effets bénéfiques. Généralement on qualifie de cannabis thérapeutique des plantes qui ont un taux de CBD élevé et de THC faible. Bien que d'autres composants du cannabis auraient aussi des effets thérapeutiques. Ces éléments se basent sur les effets connus des cannabinoïdes et sur les données de la recherche.

Certaines études comportant des biais, dont les résultats doivent être interprétés avec prudence, ont démontrées que des patients consommant du cannabis à des fins médicales pour des problèmes de santé (comme la sclérose en plaques, une douleur chronique, des nausées, un cancer et des problèmes psychologiques) ont signalé que grâce à leur consommation de cannabis dit thérapeutique (c'est-à-dire avec des concentrations faibles de THC et CBD plus élevé) qu'ils ressentaient un niveau d'anxiété et d'abattement (se sentir triste, déprimé) beaucoup plus faible, et avoir vu leur appétit moins stimulé. Ils ont signalé des taux équivalents de satisfaction thérapeutique, à ceux qui ont déclaré consommer du cannabis comprenant un « taux élevé de THC » et un « taux moyen de THC ». Il est aussi signalé un sentiment d'atténuation des niveaux de perturbation de l'humeur. Il semble que la consommation de cannabis à forte concentration de THC est associée à une perturbation de l'humeur plus importante que les souches à concentration faible de THC. De plus, les données semblent indiquer que certains patients ont éprouvé peu d'épisodes psychotiques lors de leur consommation de cannabis dit thérapeutique. (45,87)

Quelques études in vitro et in vivo (mais aucun essai clinique) suggèreraient que les divers composés contenus dans le cannabis, autres que les cannabinoïdes (comme les terpènes, les flavonoïdes) possèderaient un large spectre d'actions possiblement thérapeutiques (comme antioxydant, anxiolytique, anti-inflammatoire, antibactérien, antinéoplasique, antipaludique) cependant dans l'état actuel de la recherche, il ne s'agit que d'hypothèses qui mériteraient sans doute des études plus approfondies. (45)

De nouvelles études plus approfondies s'imposent afin d'élucider l'influence, la tolérance et les degrés d'efficacité des phytocannabinoïdes dont le CBD et des autres ou terpénoïdes.

D'après l'OFDT, il ressortirait de certaines études, une consommation en France de cannabis à des fins thérapeutiques dans les troubles du sommeil. Les femmes jeunes seraient plus souvent consommatrices de cannabis à des fins thérapeutiques que les hommes. (63)

Groupe	Composition et caractéristiques	Indications
Médicaments		
dronabinol (Marinol®)	Il est administré par voie orale. -Composition : Δ 9-THC synthétique -Début des effets : 30 à 60 minutes -Effet maximal : 2 à 4 h -Durée des effets psychoactifs : 4 à 6 h -Durée des effets stimulants de l'appétit : jusqu'à 24h ou plus	Anorexie associée à la perte de poids liée au SIDA; les nausées et vomissements graves consécutifs à la chimiothérapie anticancéreuse.
nabilone (Cesamet®, RAN-Nabilone, EVA-Nabilone, CO-Nabilone, PMS-Nabilone, ACT-Nabilone)	il est commercialisé au Canada. Il est administré par voie orale. -Composition : analogue synthétique du Δ 9-THC -Début des effets : 60 à 90 minutes -Effet maximal : 3 à 4 h -Durée des effets : 8 à 12 h	Nausées et vomissements graves consécutifs à la chimiothérapie anticancéreuse. Il est administré par voie orale.
nabiximols (Sativex®)	il est commercialisé au Canada. Il est administré par voie orale avec un vaporisateur. -Composition : Extraits botaniques des souches établies et bien caractérisées de cannabis sativa L. (THC+CBD et d'autres cannabinoïde, terpénoïdes et flavonoïdes mineurs). -Début des effets : 5 à 30 minutes -Effet maximal : 1,5 à 4 h -Durée des effets : 12- 24 h	antiémétiques, stimuler l'appétit, douleur chronique
Cannabidiol (Epidiolex®)	CBD	Epilepsie infantile résistante aux traitements de première intention
Préparation de cannabis		
Cannabis Brut souches de cannabis standardisées	Cannabis plante, Résine de cannabis. Ou granulés. Les taux de THC et de CBD sont fixes. Il se consomme : Fumé ou vaporisé : -Début des effets : 5 minutes -Effet maximal : 20 à 30 minutes -Durée des effets : 2 à 3 h Par voie orale, comestible : -Début des effets: 30 à 90 minutes -Effet maximal : 2 à 3 h -Durée des effets : 4 à 12 h	douleur chronique associée ou non au cancer, douleur neuropathique et spasticité, traitement des symptômes associés à l'ESPT
Préparations Magistrales	Huile de cannabis. Administration sublinguale. C : 5 - 30 minutes E : 1,5 - 4 h D : 12 - 24 h	douleur chronique associée ou non au cancer, traitement des symptômes associés à l'ESPT

Figure 29 : Les différents types de cannabis thérapeutiques, caractéristiques et indications. (45,65)

II.1.2.d Détail des effets du cannabis

Les effets diffèrent grandement selon les sujets et peuvent être accrus chez les patients jeunes, gravement malades, plus âgés, ou qui consomment d'autres médicaments. (45)

Toutes les substances psychoactives répondent à un modèle commun de base qui permet de caractériser leurs effets, surtout ceux négatifs pour la santé, selon trois axes :

- potentiel somato-toxique : capacité à provoquer des atteintes cellulaires.
- potentiel dysléptique : capacité à perturber les perceptions, l'humeur.
- potentiel addictif : capacité à créer une dépendance. (18)

De nombreuses classifications des substances psychoactives en fonction de leurs effets sur l'organisme ont été créées. (88,89)

La première date de 1924, c'est celle de Louis Lewin, pharmacologue allemand. Il répartit les « poisons de l'esprit » en 5 groupes de nom latin, le cannabis appartient à la classe *Phantastica*, des hallucinogènes d'origine végétale.

La classification de Jean Delay (psychiatre) et Pierre Deniker (son assistant), de 1957, a été validée par le congrès mondial de psychiatrie en 1961. Elle classe les psychotropes en fonction de leur activité sur le système nerveux central en 4 groupes :

- Les **psycholeptiques** (sédatifs).
- Les **psychoanaleptiques** (excitants).
- Les **psychodysléptiques** (substances perturbant de façon diverse le psychisme, notamment par des effets délirants et hallucinatoires) dont fait partie le cannabis.
- Les **régulateurs du psychisme** (les sels de lithium).

La classification de 1991 faite par de Yves Pelicier (psychiatre et Professeur des Universités) et Jean Thuillier (psychiatre et pharmacien) simplifie en 3 groupes la classification de Delay et Deniker : les déprimeurs du système nerveux central, les stimulants et les perturbateurs. (88,89)

Il est important de préciser que les effets négatifs et les complications des conduites addictives constituent encore trop souvent la porte d'entrée vers les soins. Ceci souligne aussi l'importance de la formation des différents professionnels dont les médecins généralistes et urgentistes, afin d'orienter au plus tôt les patients vers les soins addictologiques. Il en est de même pour la formation des psychiatres aux soins somatiques pour la prise en charge de ces complications. Les soins somatiques peuvent aussi avoir un rôle de médiation. En effet, se centrer sur le corps peut permettre de faire diminuer ou céder, la tension vécue par le patient liée à l'urgence de la situation. (90)

d.1 Les effets immédiats

L'intensité des effets varie en fonction des individus (différences biologiques, métaboliques, génétiques...), le contexte dans lequel la personne consomme, la quantité et la concentration du cannabis en cannabinoïdes, notamment en THC. (42,91)

Les informations disponibles relatives aux effets aigus du cannabis proviennent des études menées auprès de ceux qui le consomment à des fins récréatives et non à des fins thérapeutiques, pour lesquelles beaucoup moins d'informations sont disponibles. (45)

Les effets recherchés qui sont le plus souvent évoqués sont :

- un sentiment de relaxation, de **détente**, de **bien-être** ;
- un sentiment d'**apaisement**, de soulagement, de diminution de l'anxiété ;
- une **euphorie** (le « high ») qui donne envie de rire pour un rien,
- une **intensification des perceptions sensorielles**, ainsi qu'une **modification de l'appréciation du temps et de l'espace** : le temps semble passer plus lentement alors que les sons, les images et les sensations tactiles gagnent en intensité et en finesse,
- une facilitation de la parole et de la relation aux autres (désinhibition),
- une impression de « planer »,
- une **facilitation du sommeil** par des effets de somnolence. (42,45)

Chez les jeunes on constate que la consommation de cannabis est réalisée dans un premier temps comme une pratique de socialisation et dans un deuxième temps comme une pratique d'auto-soulagement. (66)

A l'opposé des effets recherchés, certaines personnes ressentent des **effets néfastes**, aversifs, qui peuvent être physiques et/ou neuropsychiques. Ils peuvent se présenter quelle que soit la fréquence de consommation, même lors d'une première prise. Certains de ces effets neuropsychiques sont appelés « bad trip ». Ils peuvent être vécus de façon très pénible et nécessiter une prise en charge en urgence, une hospitalisation, un traitement médicamenteux et une aide psychiatrique. Ces troubles s'apaisent et disparaissent rapidement généralement à la fin de l'imprégnation en cannabis et jusqu'à quelques semaines. Ces effets sont :

- une **augmentation de l'anxiété** et une **dysphorie** provoquant un sentiment de malaise voire un sentiment d'**angoisse** parfois majeure, pouvant entraîner des attaques de paniques ou un état dépressif ;
- l'apparition de **paranoïa** (qualifier d'effets « parano » par les consommateurs eux-mêmes), avec idées interprétatives, de référence et de menaces, pouvant entraîner des attaques de paniques voire des passages à l'acte auto ou hétéro agressifs ;
- l'apparition d'**hallucinations** ;
- des **troubles de l'attention**, une **baisse de la vigilance**, voire une **somnolence** ;
- des troubles de la **coordination motrice**, un **ralentissement des réflexes** et une **augmentation du temps de réaction** ;

↳ ces deux derniers points peuvent représentés des effets potentiellement dangereux dans certaines activités comme lors la manipulation d'outils, ou encore lors de la conduite de véhicule. La consommation de cannabis est associée à une augmentation de l'accidentalité et de la mortalité routière, d'autant que la prise de cannabis potentialise les effets de l'alcool. Conduire sous l'influence du cannabis multiplie par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident mortel de la route, Ce risque est multiplié par près de 15 en cas de consommation conjointe d'alcool et de cannabis. (92)

- des troubles de la **mémoire** à court terme ;
- une baisse de la capacité de **concentration**, une limitation des capacités et de l'intérêt à apprendre ou à réaliser des tâches (scolaires, professionnelles ou autres) ;
- chez des sujets souffrant de **troubles mentaux** une **aggravation de ces troubles**, voire un déclenchement de troubles mentaux chez des personnes présentant une vulnérabilité à ceux-ci. Notamment, chez les individus vulnérables, la consommation de cannabis favorise la survenue de **troubles psychotiques aigus toxiques, et favoriser la survenue d'une schizophrénie et aggraver des troubles schizophréniques existants. Les décompensations sont plus brutales.** (5,9,19,25,76) Une étude de l'Inserm montre qu'environ un adolescent sur cinq a déjà ressenti un effet de type psychotique lors d'une des expériences de consommation de cannabis. Ceci serait corrélé à certains variants génétiques du récepteur CB1. Les chercheurs tentent maintenant d'évaluer le risque d'apparition d'une schizophrénie.
- et enfin au niveau physique : des **palpitations** cardiaques ou un **infarctus du myocarde** pouvant mener au décès (même sans aucun antécédent de troubles cardiaques, y compris chez les jeunes). Une vingtaine de décès liés à la toxicité cardio-vasculaire du cannabis ont été signalés en 2014 en France. (76,91,92)

D'autres effets physiques peuvent se manifester :

- la voix enrouée, une toux, la bouche sèche ;
- les yeux rouges, une dilatation de la pupille ;
- une augmentation de la tension artérielle et/ou du rythme cardiaque (palpitations) ;
- une augmentation de l'appétit ;
- des troubles digestifs à type d'accélération du transit (nausées, plus rarement vomissements et diarrhées) ;
- des maux de tête. (76)

Lorsque le cannabis est fumé, ses effets apparaissent rapidement, s'intensifient au bout de 15 à 20 minutes et durent entre 2 et 4 heures. Chez un usager régulier les effets surviennent généralement un peu plus tard et durent un peu moins longtemps. Lorsqu'il est ingéré, ses effets apparaissent au cours de la digestion (selon les cas entre 30 minutes et 2 heures après la consommation) et ont une durée un peu plus longue (4 à 6 heures). (42,43)

L'intensité de la consommation est un indicateur des causes de consommation. Lorsque les consommations sont régulières, quotidiennes, et importantes en termes de quantité, la principale motivation de consommation semble être une souffrance sous-jacente.

d.2 Effets de l'usage régulier et à long terme

※ Symptômes somatiques :

Les principaux effets délétères somatiques de la consommation de cannabis sont liés à son association à la consommation de tabac sous forme de joint. En effet, la consommation de tabac est la première cause de mortalité évitable en France. D'après Santé Publique France, le tabagisme est considéré comme responsable de 75 000 décès prématurés chaque année en France. On estime qu'un fumeur régulier sur deux mourra d'une maladie liée au tabac s'il ne s'arrête pas de fumer. (76)

Les symptômes somatiques de l'usage régulier et à long terme de cannabis sont :

- une augmentation du risque de l'apparition de **bronchite chronique, pneumothorax** ;
- une augmentation du risque de l'apparition de **cancers** : bronchiques (du poumon...), et orl (de la gorge, de l'œsophage, de la langue...) ;
- une augmentation de la survenue d'évènements **cardiovasculaires**, similaires à ceux occasionnés par la consommation de tabac ;
 - ↳ augmentation du risque de survenue d'infarctus du myocarde (IDM) et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).
 - ↳ les risques de bronchites et de cancers sont liés aux effets nocifs de la fumée de cannabis. Ils sont encore plus élevés lorsque le cannabis est associé au tabac. Le cannabis contient plus de goudron que celui-ci
- la survenue d'un **syndrome d'hyperémèse cannabinoïde** ou syndrome cannabinoïde.
 - ↳ Il survient majoritairement chez certains fumeurs réguliers de cannabis, plusieurs années après le début de leur consommation, et sans seuil de consommation défini.
 - ↳ Des symptômes avant-coureurs apparaissent et évoluent pendant plusieurs semaines ou mois.
 - ↳ La crise se caractérise par :
 - des vomissements fréquents et incontrôlables (pouvant entraîner une perte de poids et une déshydratation sévère)
 - des nausées intenses et persistantes
 - des douleurs abdominales très intenses
 - parfois de la fièvre
 - ↳ Ces symptômes ont la particularité d'être temporairement soulagés par des douches ou bains chauds. Les personnes atteintes sont souvent hospitalisées, mais ce syndrome est encore mal connu du personnel médical et les examens pratiqués ne révèlent rien de particulier, ce qui rend le diagnostic difficile.

↳ La crise dure généralement moins d'une semaine et se répète tous les mois environ si l'utilisateur poursuit sa consommation de cannabis. Seul l'arrêt définitif du cannabis permet la disparition de ce syndrome. (42)

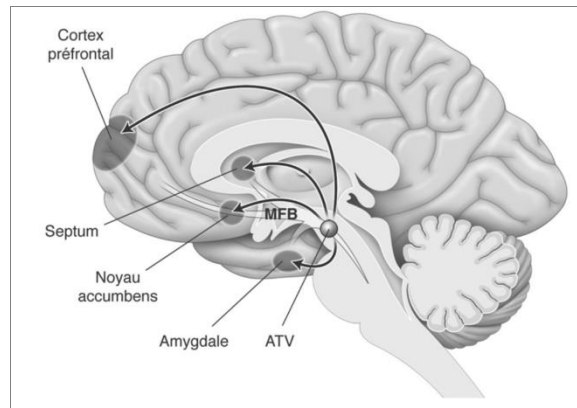
※ Troubles psychologiques et psychiatriques :

- Un **syndrome amotivationnel**, c'est-à-dire de diminution de l'intérêt et de la motivation à entreprendre des activités habituelles comme nouvelles. On retrouve un désintérêt scolaire/professionnel et social, se traduisant par une désocialisation progressive ; (76)
- Une diminution des capacités de mémorisation et d'apprentissage ;
- Une **fatigue** physique et intellectuelle, à des difficultés de concentration et de mémorisation ;
- Une **humeur dépressive** ;
- Une diminution de la **libido**. (42)
- Pendant l'adolescence, la consommation de cannabis perturbe la maturation cérébrale, ce qui peut avoir des conséquences à long terme comme la baisse du QI. La consommation précoce entraîne des effets péjoratifs sur le parcours scolaire.
- Pendant l'adolescence et chez le jeune adulte, la consommation de cannabis peut à la fois accroître le risque de développer ultérieurement un trouble lié à une substance et constituer un facteur de risque supplémentaire d'apparition de la schizophrénie. (19)
- **Un âge de survenue plus précoce** de la schizophrénie. (19,23)
- **Une aggravation des troubles mentaux, dont des troubles schizophréniques existants avec des décompensations plus brutales, des rechutes plus nombreuses, des symptômes plus intenses, une diminution de l'efficacité thérapeutique, une évolution et un pronostic du trouble plus défavorable.** (5,9,24,25,76)

※ Surdosage : Aucun décès n'a été rapporté après un usage de cannabis. (42)

※ Dépendance et Tolérance :

Les addictions ont pour point commun l'activation directe des systèmes de récompense qui fait anticiper un renforcement intense auquel sont associés des souvenirs. Le neuromédiateur impliqué serait principalement, mais non exclusivement, la dopamine. Le plaisir et la réduction de tension procurée par les substances psychoactives, aboutiraient dans un deuxième temps à la dépression liée à l'abstinence et au besoin. La prise de toxiques s'autorenforce. Secondairement, les signaux comportementaux et psychologiques associés à la prise de drogue deviendraient des stimuli déclenchant le besoin de consommer. (93)



À l'arrivée d'un signal annonçant une récompense, après traitement sensoriel par le cortex, l'activité de l'aire tegmentale ventrale (ATV) du mésencéphale augmente : l'ATV libère de la dopamine dans le noyau accumbens, le septum, l'amygdale et le cortex préfrontal.

Figure 30 : Circuit de la récompense dans la consommation de substances psychoactives. (93)

L'utilisateur développe une tolérance au cannabis quand la consommation est régulière et prolongée dans le temps, c'est-à-dire que l'utilisateur va augmenter les doses consommées pour obtenir les mêmes effets qu'initialement. La tolérance peut être défini par « un état d'adaptation par lequel l'exposition à une drogue entraîne des changements qui débouchent sur une diminution de l'un ou plusieurs effets de celle-ci au fil du temps » (définition du Liaison Committee on Pain and Addiction). Elle engendre un souci orienté sur l'envie de consommer du cannabis et de s'en procurer. (45)

Il existe deux entités de la dépendance : **la dépendance physique et psychologique**, cette dernière comprend la dépendance comportementale qui est parfois décrite comme une entité à part entière.

La dépendance physique peut être définie comme « un état d'adaptation qui se manifeste par un syndrome de sevrage d'une catégorie de drogue spécifique pouvant se produire à la suite d'une interruption abrupte, d'une réduction rapide de la dose, d'une diminution de la concentration sanguine du médicament et/ou de l'administration d'un antagoniste » (définition du Liaison Committee on Pain and Addiction). (45)

La dépendance psychologique peut être défini comme « une maladie neurobiologique, primaire et chronique dont le développement et les manifestations subissent l'influence de facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux ; elle se caractérise par l'un ou plusieurs des comportements suivants : perte de la capacité à faire preuve de retenue dans l'usage de la drogue, usage compulsif, continuation de l'usage malgré ses effets néfastes et état de manque » (définition du Liaison Committee on Pain and Addiction). La dépendance psychologique correspond à une vulnérabilité, elle se rapporte aux cognitions, aux émotions et aux comportements de l'individu, entraînant une envie de consommer et le maintien de la consommation. (45)

La dépendance au cannabis concernerait environ 10 % des sujets consommant régulièrement du cannabis. (76) Il s'agit surtout d'une dépendance psychologique.

Les facteurs de risque de la transition de la consommation à la dépendance sont (94) :

- les sujets jeunes,
- les hommes,
- être en situation de précarité socio-économique,
- posséder un faible niveau d'éducation,
- habiter dans un milieu urbain,
- avoir un début de consommation précoce de la substance,
- association d'une consommation d'une autre substance psychoactive
- et la cooccurrence d'un trouble psychiatrique.

La dépendance est souvent associée à des problèmes relationnels, scolaires et professionnels.

La dépendance physique se manifeste très souvent dans l'apparition des symptômes de sevrage lorsque l'usage est interrompu de façon abrupte ou abandonné. La gravité de la dépendance ainsi que l'intensité des symptômes de sevrages sont liées à l'importance et la régularité de la consommation. Bien que ces troubles soient généralement de faible intensité, ils peuvent dans certain cas être très difficiles à vivre et représenter un véritable obstacle à l'arrêt de la consommation, qui peut nécessiter l'aide d'un professionnel voire une hospitalisation en milieu spécialisé pour y parvenir. Les symptômes de sevrage sont caractérisés par :

- un état de manque ;
- un état d'agitation ;
- un sentiment de mal-être, d'anxiété, d'irritabilité, de colère ou d'agression, voire une humeur dépressive ;
- des troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, insomnie, cauchemars, rêves étranges, réveils nocturnes) ;
- des sueurs froides, une sudation excessive, des frissons, des tremblements ;
- des douleurs à l'estomac ;
- des migraines ;
- des difficultés de concentration ;
- une diminution de l'appétit ou une perte de poids.

Les symptômes de sevrage se produisent au cours du premier ou du deuxième jour suivant l'interruption de la consommation de cannabis (fumée ou par voie orale), et les pics des effets se produisent habituellement entre 2 à 6 jours ; la plupart des symptômes se résorbent en une à deux semaines. Ils seraient signalés par un tiers des utilisateurs réguliers dans la population générale et par 50-95 % chez les gros utilisateurs. (45,95–98)

※ Grossesse :

Le cannabis étant le plus souvent consommé mélangé au tabac, il est difficile de distinguer les risques associés à chacun des deux produits. Le THC traverse facilement la barrière placentaire.

Les données disponibles permettent de dire que le cannabis n'entraîne aucune malformation chez l'enfant à naître. Il peut être à l'origine de complications de la grossesse, en lien avec des anomalies placentaires, pouvant entraîner des naissances prématurées et dans les cas les plus graves

mettre en danger la vie du fœtus et de la mère. Les nouveaux nés exposés au cannabis durant leur vie intra-utérine peuvent présenter de manière passagère des sursauts et des tremblements. Ils ont généralement un poids plus faible à la naissance. Des études ont montré que des problèmes de développement pouvaient survenir à long terme chez des enfants exposés au cannabis in utero, liés à une altération du fonctionnement cérébral. L'Inserm a mis en évidence des effets retardés possibles pour les enfants et les adolescents exposés au cannabis in utero : troubles du comportement, altérations des perceptions visuelles, troubles de la compréhension du langage, troubles de l'attention, troubles de la mémoire, impulsivité pour l'enfant ; troubles anxio-dépressifs, troubles de la mémoire à court terme, troubles attentionnels, troubles de la planification des tâches, troubles du comportement et risque accru de consommer du cannabis pour les adolescents. (42,99–101)

d.3 En conclusion

Le tableau ci-dessous récapitule les différents effets du cannabis.

Systèmes et appareils de l'organisme	Effets du cannabis
Système nerveux central (SNC)	
Psychologique	Euphorie, dysphorie, anxiété, dépersonnalisation, précipitation ou aggravation de la psychose, schizophrénie ou trouble bipolaire (particulièrement chez les individus vulnérables), impulsivité accrue et idées suicidaires/tentatives de suicide.
Perception	Perception sensorielle élevée, distorsion de la perception de l'espace et du temps, hallucinations, perceptions erronées.
Sédatif	Dépression généralisée du SNC, endormissement, somnolence (effets s'ajoutant aux autres dépresseurs du SNC).
Cognition, rendement psychomoteur	Fragmentation de la pensée, obnubilation (attention et concentration), troubles de la mémoire/amnésie, de la concentration, déficience globale du rendement particulièrement pour les tâches complexes et exigeantes (effets s'ajoutant aux autres dépresseurs du SNC).
Fonction motrice	Manque de coordination, ataxie, chutes, dysarthrie, faiblesse.
Épilepsie	Propriétés antiépileptique et anticonvulsives avec le CBD et le THCV. Effets mixte pro et antiépileptique ainsi que pro et anticonvulsifs avec le THC.
Analgésique	Effet modéré contre la douleur chronique non liée au cancer (principalement neuropathique). Effet « d'épargne en opiacés ».
Nausées et vomissements	Anti-nausées ou antiémétiques utilisés à des fins médicales. Hyperémèse observé avec des doses plus fortes ou en cas d'usage chronique dans des contextes non médicaux.
Appétit	Appétit accru
Tolérance	Tolérance à la plupart des effets comportementaux et somatiques, y compris l'euphorie (le « high ») lors d'un usage chronique.
Dépendance, syndrome de sevrage	Dépendance lors d'un usage chronique. L'abstinence entraîne des symptômes de sevrage pouvant inclure la colère, l'anxiété, l'agitation, l'irritabilité, l'humeur dépressive, les troubles de sommeil, des rêves étranges, la diminution de l'appétit et la perte de poids.

Systèmes cardiovasculaire et cérébrovasculaire	
Fréquence et rythme cardiaques	Tachycardie observée après des consommations aiguës, la tolérance se produisant avec exposition chronique. Possibilité en aigu de contractions ventriculaires prématurées, les palpitations, la fibrillation auriculaire, l'arythmie ventriculaire.
Circulation périphérique	Vasodilatation, rougeur de la conjonctive, hypertension en position couchée, hypotension posturale.
Débit sanguin cardiaque et cérébral	Débit et demande en oxygène accrue.
IDM et AVC	Risque accru de survenue lors des consommations aiguës.
Carcinogénèse et mutagenèse	
	La fumée de cannabis contient de nombreuses substances chimiques identiques à la fumée de tabac et la fumée de cannabis est encore plus cytotoxique et mutagène.
Système respiratoire	
Changements histopathologiques/inflammation	Fumer du cannabis chroniquement provoque des changements histopathologiques, de la toux, une production accrue de mucosités et une respiration sifflante.
Bronchodilatation	L'exposition aiguë au THC entraîne la dilatation des bronches. Le cannabis fumé ou vaporisé pourrait aggraver les symptômes asthmatiques.
Fonction pulmonaire	Diminution de la fonction pulmonaire sur le long terme.
Appareil gastrointestinal	
Tube digestif	Diminution de la motilité gastrointestinale, sécrétion réduite, vidange gastrique et du colôn réduit, actions anti-inflammatoires. Douleur abdominale, nausée, vomissements, diarrhée.
Foie	Risque accru de stéatose ou de fibrose hépatiques, surtout chez des patients atteints d'hépatite C.
Pancréas	Risque de pancréatite aiguë avec l'usage chronique quotidien excessif.
Système musculo-squelettique	
	Effet bénéfique éventuel positif dans le soulagement de la douleur chronique associée à la polyarthrite rhumatoïde et à la fibromyalgie
Système immunitaire	
	Effets immunomodulateurs complexes (avec des effets suppresseurs et/ou stimulants en fonction de l'administration aiguë et chronique). Hypersensibilité et réactions allergiques.
Appareil reproducteur	
Femme	Possibilité de perturbations du cycle menstruel, de diminution de la fertilité. Avec la consommation chronique altération de la fonction de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien. Effets inhibiteurs (dose élevée) ou stimulants (dose faible) en fonction de la dose sur le comportement sexuel chez les femmes.
Homme	Diminution de la concentration, du nombre et de la motilité des spermatozoïdes, et modification de la morphologie avec la consommation chronique. Effets stimulants (dose élevée) ou inhibiteurs (dose faible) en fonction de la dose sur le comportement sexuel chez les hommes.

Figure 31 : Résumé des effets du cannabis en fonction des systèmes et appareils de l'organisme. (45,76,102)

II.1.3 Le cannabis en France et dans le monde : épidémiologie, contexte géopolitique et légal

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France, en Europe et dans le Monde.

Des études quantitatives et qualitatives de grande ampleur, comme « les Baromètres santé », sont réalisées depuis plus de 20 ans par **Santé publique France** et **l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies** (OFDT). Leurs objectifs sont d'orienter les politiques de prévention et d'informer la population (le grand public, l'ensemble des acteurs concernés par la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé et les décideurs politiques). (103)



Figure 32 : Logo de l'OFDT. (104)

En Europe, les données issues des différentes études menées dans les pays de l'Union Européenne, sont récoltées et centralisées par un organisme créé en 1993 siégeant à Lisbonne au Portugal : **l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies** (OEDT) (en anglais : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ou EMCDDA).



Figure 33 : Logo de l'OEDT (EMCDDA). (105)

Au niveau international, **l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime** ou ONUDC (United Nations Office on Drugs and Crime ou UNODC), qui est une branche de l'Organisation des Nations Unies (ONU), publie un rapport annuel sur les tendances de production, de trafic et de consommation des drogues dans le monde. Les estimations et données issues de ce rapport proviennent des gouvernements des différents Etats membres. Le but de cet organisme créé en 1997, dont le siège se situe à Vienne en Autriche, est d'éclairer les Etats sur les tendances mondiales en matière de drogues illicites.



Figure 34 : Logo de l'ONU. (106)

L'organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) (en anglais : International Narcotics Control Board, INCB) est un organe d'experts indépendant et quasi judiciaire qui a été établi par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants dans le monde. Il publie chaque année un rapport. (107)



Figure 35 : Logo de l'OICS. (107)

Cette partie vise à faire un état des lieux de la consommation de cannabis en France et de situer cet usage dans l'Europe et dans le Monde. Les différentes données issues de cette rubrique sont rapportées par les organismes décrits ci-dessus.

Avant de commencer, quelques définitions :

- ▶ **Expérimentation** désigne « au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population). » (92)
- ▶ **Usage dans l'année** ou **usage actuel** désigne la « consommation au moins une fois au cours de l'année » ; cela inclut tous les usages actuels, les réguliers comme les occasionnels. (92)
- ▶ **Usage régulier** désigne une consommation de cannabis à une fréquence « d'au moins 10 fois au cours du mois » (pour l'alcool : au moins trois consommations dans la semaine, pour le tabac : usage quotidien). (92)
- ▶ **Dépénalisation** : vise à ne pas sanctionner pénalement l'usage de cannabis, la prohibition demeure, c'est-à-dire que le cannabis reste un produit interdit par la loi,
- ▶ **Légalisation** : vise à donner un cadre légal à la vente de cannabis, ce qui ouvre le marché en donnant un accès légal au cannabis comme le tabac et l'alcool.
- ▶ **Libéralisation** : vise à autoriser la vente libre.

II.1.3.a Le cannabis dans le monde

Chaque année, la situation mondiale en matière de drogues devient plus complexe. Il existe plus de variétés de substances toxiques consommées qu'auparavant et la polyconsommation est courante chez les usagers de drogues. La prévalence de la consommation de cannabis est environ cinq fois supérieure à celle des autres substances. Les cadres législatifs encadrant l'usage de cannabis varient considérablement d'un pays à l'autre. (108) Il existe des politiques multiples allant de la prohibition totale (comme en France), à la légalisation de tout modes d'usage (comme au Canada), d'autres pays font preuve de cadres très variés tels que : la légalisation partielle (pour certain modes de consommation mais pas pour d'autres), une dépénalisation de tout usage ou une dépénalisation partielle (comme au Pays-Bas), certaines forme de tolérance à l'égard de certains usages etc. Pourtant, afin de permettre une cohérence internationale en matière de drogue, l'ONU a mis en place des

règlementations sous forme de convention, dont l'objectif est de limiter la production, le commerce et l'usage des substances classées dans les différents tableaux (ou listes). La convention de 1961 est à l'origine de la création de l'OICS. Le cannabis et la résine de cannabis, sont répertoriés dans les Listes I et IV de la Convention unique des Nations unies de 1961 sur les stupéfiants. Le THC est répertorié dans la Liste I de la Convention des Nations unies de 1971 sur les substances psychotropes. (65) En résumé, toute la réglementation relative aux stupéfiants et aux psychotropes au niveau international découle de 3 conventions, dont le but était de limiter le trafic et l'utilisation des stupéfiants à l'unique usage médical et scientifique :

- La convention de 1961 sur les stupéfiants
- La convention de 1971 sur les psychotropes
- La convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes des nations unies.

A l'heure actuelle au niveau international : le cannabis, ses extraits et les résines sont considérés comme des stupéfiants (convention de 1961 tableau I et IV) qui correspondent aux substances susceptibles de conduire à des abus et de produire des effets nocifs. Tableau IV = pas d'effet thérapeutique notable. Le Delta-9-THC, considéré comme un psychotrope (est inscrit au tableau III de la convention de 1971) qui correspond aux substances avec un potentiel d'abus, présentant un risque sérieux pour la santé publique et une valeur thérapeutique faible à moyenne.

Aujourd'hui, on peut différencier trois types d'usages de cannabis dans le monde, en fonction d'une part du cadre législatif des états et d'autre part des effets recherchés par les usagers : l'usage récréatif, médicinal et spirituel.

※ L'usage dit « récréatif » du cannabis en tant que « drogue ».

Ce mode de consommation est répandu dans le monde, il n'est légal qu'en Uruguay, au Canada (premier pays du G20 à légaliser le cannabis récréatif), et dans certains états des Etats-Unis d'Amérique. Il existe une légalisation partielle du cannabis à des fins récréatives dans certaines régions du monde telle que l'Afrique du Sud, l'Inde, le Népal et dans certains états des Etats-Unis. En Europe, aucun pays n'a légalisé le cannabis à des fins récréatives. Néanmoins, son usage est dépénalisé dans 17 pays européens, dont la Grèce, les Pays-Bas, et des pays frontaliers de la France que sont la Belgique, le Luxembourg, la Suisse, l'Espagne et l'Italie. (64,66,109,110)

※ L'usage dit « médical » en tant que « cannabis thérapeutique ».

Il peut être consommé de la même manière que le cannabis en tant que drogue ; ou bien sous forme de préparations médicinales généralement élaborées en officine ou en commerce spécialisé ; ou encore sous forme de médicaments généralement élaborés en laboratoire et vendus en officine. L'usage du cannabis thérapeutique est légal dans certains pays européens tel que l'Allemagne, le Royaume-Uni (111,112), la Finlande et la Grèce (113) ; et dans certains pays du monde tel que la Jamaïque (114,115), le Canada (109,110) et certains états des Etats-Unis. L'essor de cet usage dans plusieurs pays du monde soulève le débat en Europe.

※ L'usage pour raison « religieuse » ou spirituelle.

Cet usage est pratiqué par les rastafari en Jamaïque, qui est le seul Etat au monde ayant légalisé ce mode de consommation. Ses adeptes consomment le cannabis sous forme d'herbe, la « ganja », dans leur pratique religieuse. Ils considèrent la ganja comme une herbe sacrée, dont la consommation permettrait à l'âme de s'élever. (114,115)

La carte ci-dessous, réalisée par l'OMS, illustre la prévalence de l'usage de cannabis chez les 15 à 64 ans dans le monde en 2013. La consommation de cannabis en France pour cette tranche d'âge fait partie encore aujourd'hui, des plus élevée de la planète.

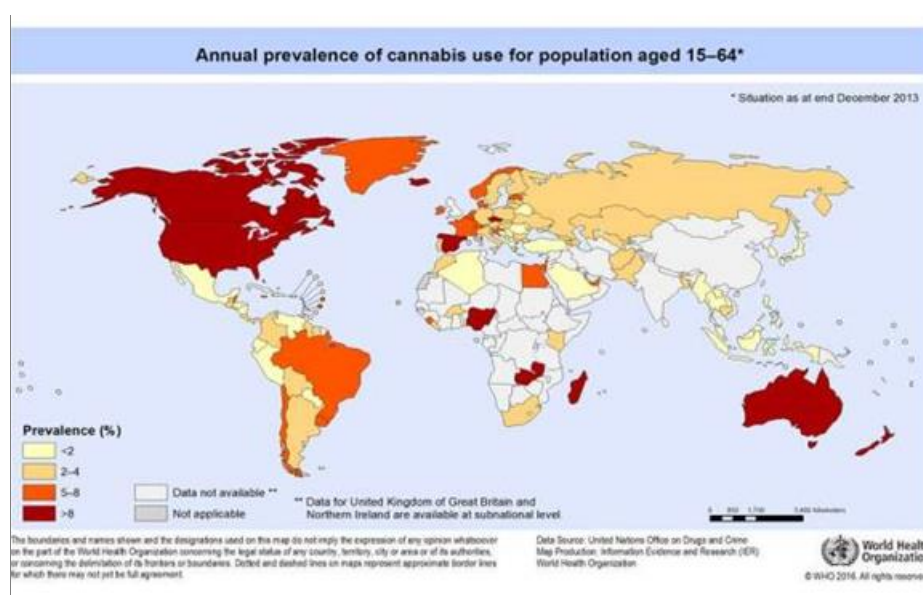


Figure 36 : Usage de cannabis dans l'année chez les 15-64 ans, dans le monde, en 2013 (%).(106)

Ces dernières années, les évolutions législatives sur le continent américain, notamment la légalisation du cannabis dans certains États, ont conduit au développement rapide d'un marché commercial du cannabis sur ce continent et à travers le monde. Cela s'est traduit par des innovations des formes sous lesquelles la substance est disponible ainsi que des systèmes d'administration pour sa consommation. Par exemple, une augmentation des plants de cannabis avec une teneur élevée en principe actif, des liquides pour cigarettes électroniques et des produits comestibles. Ces innovations sont désormais disponibles et accessibles via internet. (64)

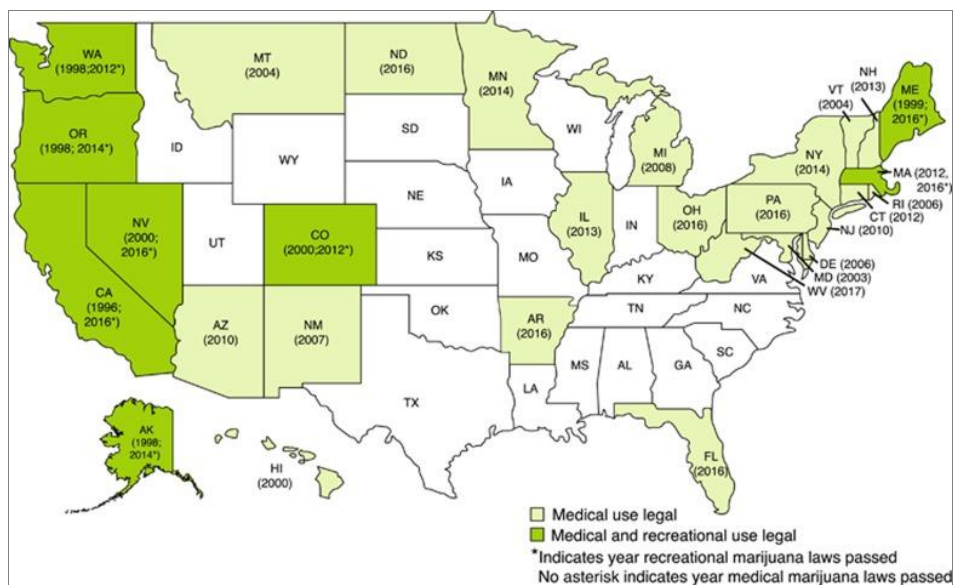


Figure 37 : Carte illustrant les différents cadres législatifs encadrant l'usage de cannabis aux Etats-Unis d'Amérique en janvier 2018. En vert foncé : usage médical et récréatif autorisés. En vert clair : usage médical autorisé. En blanc : pas d'usage autorisé. (98)

II.1.3.b Le cannabis en Europe

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en Europe. Sa prédominance ressort clairement du nombre de saisies (cf. figure 38 ci-dessous), du nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants, des estimations de prévalence (cf. figure 39 ci-dessous) et des nouvelles demandes de traitement en lien avec le cannabis. (64)

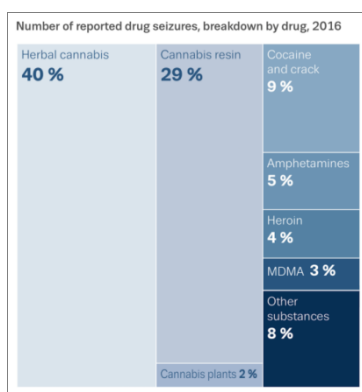


Figure 38 : Saisies de drogues en Europe, en 2016.

L'Europe est une région du monde productrice de cannabis. Les saisies de résine dominent, mais la quantité d'herbe augmente. La France ferait partie des trois pays de l'Union Européenne, (avec l'Espagne et le Royaume-Uni), à déclarer le plus grand nombre de saisies. L'herbe de cannabis est principalement produite en Europe et cultivée en intérieur. La résine de cannabis est certes de plus en plus produite en Europe, mais reste majoritairement importée, principalement du Maroc.

Comme le montre ci-dessous la figure 37 de l'OEDT, **l'usage de cannabis est largement supérieur à celui des autres stupéfiants** en Europe, en 2017, avec 24 millions d'utilisateurs chez les 15 à 64 ans et 17,2 millions d'utilisateurs chez les 15 à 34 ans. (64)

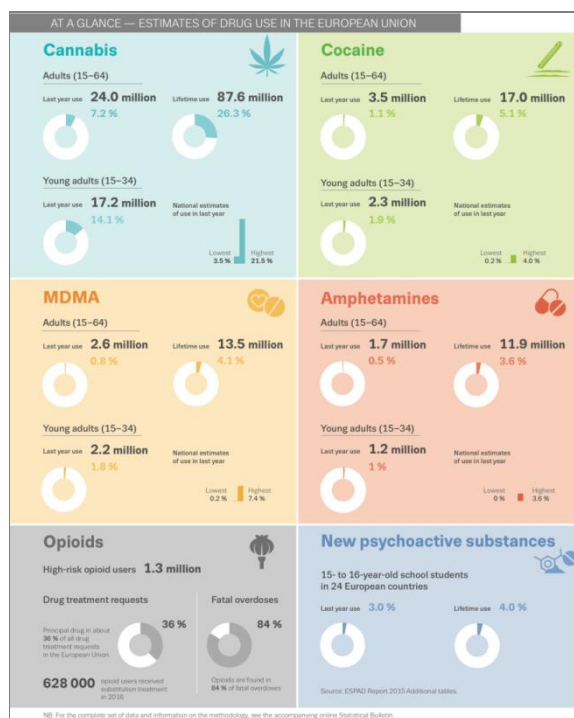


Figure 39 : Usage de drogues en Europe, en 2017. (64)

La prévalence de la consommation de cannabis en Europe est élevée par rapport au passé et de récentes augmentations ont été constatées dans certains États membres de l'Union européenne, dont la France. La teneur en principe actif du produit, qui a considérablement augmenté au cours de ces dix dernières années, atteint également des niveaux élevés, qu'il s'agisse de l'herbe ou de la résine.

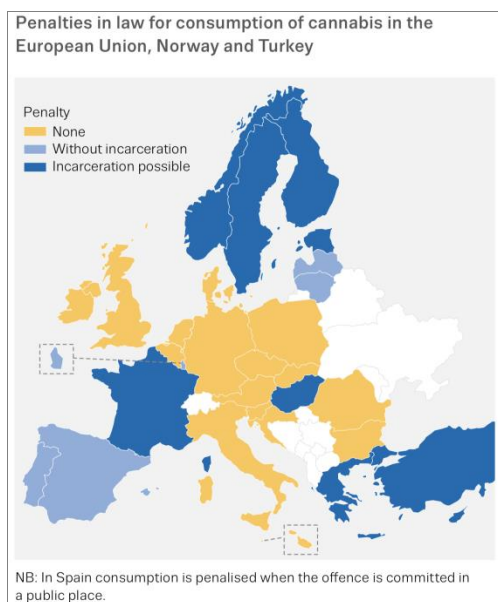
Dans la tranche d'âge des **15 à 64 ans**, près **d'un européen sur quatre** a fait usage de cannabis au moins une fois, soit environ 87,6 millions d'européens (prévalence au cours de la vie). Les niveaux d'usage de cannabis au cours de la vie diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, allant de **41 % des adultes environ en France** à moins de 5 % à Malte.

Dans la population qui nous intéresse, les jeunes adultes européens âgés de **15 à 34 ans**, la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie varie aussi fortement (entre 1 % et 45,1 %), avec une moyenne européenne d'environ 32,2 %. Il est estimé qu'environ 17,2 millions (14,1 %) de jeunes Européens ont consommé du cannabis au cours de l'année 2017. Les taux de prévalence au cours de l'année 2017 varient entre 3,5 % en Hongrie et **21,5 % en France, encore une fois un taux parmi les plus élevés de l'Union européenne**. Parmi ces consommateurs, le ratio était de deux jeunes hommes pour une jeune femme. Cette prévalence serait actuellement stable ou en augmentation.

Dans l'Union européenne, le nombre global de patients admis en traitement pour la première fois pour des problèmes liés au cannabis a augmenté de 76 % entre 2006 et 2016. La France fait partie des pays d'Europe où le taux d'usage de cannabis parmi les 15-34 ans est le plus élevé. De nombreux facteurs peuvent être à l'origine de cette augmentation :

- l'augmentation de la prévalence de la consommation de cannabis en population générale,
- la hausse du nombre usage intensif de cannabis,
- la disponibilité de produits à un taux plus élevé en principe actif,
- des changements de la perception du risque,
- de meilleures offres de traitement et une amélioration dans l'orientation des patients pour la prise en charge de cet usage,
- une meilleure identification des usagers par le système pénal.

Globalement, 50 % des consommateurs pour lesquels le cannabis est la drogue posant le plus de problèmes, inscrit dans un parcours de soins pour la première fois en 2016 ont indiqué en avoir consommé dans le mois qui précédait. Les pratiques d'orientation vers des programmes de traitement varient considérablement d'un pays à un autre. Les usagers de cannabis se situeraient en deuxième position des demandeurs de soins (après les usagers d'opioïdes). La principale modalité de traitement pour ces usagers consiste en des interventions psychosociales. La proportion des passages aux urgences en lien avec l'usage de cannabis n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Ce serait la 3^{ème} substance associée à un passage aux urgences après l'héroïne et la cocaïne, en 2016, d'après une étude européenne (European Drug Emergencies Network). (64,65)



Légende :

En orange : absence de peine pour les usagers de cannabis.

En bleu clair : peine sans incarcération pour les usagers de cannabis.

En bleu foncé : peine d'incarcération possible pour les usagers de cannabis.

Figure 41 : Sanctions légales en matière de consommation de cannabis dans l'Union européenne, en Norvège et en Turquie. (105)

Les évolutions législatives à travers le monde notamment en Amérique du Nord ont suscité un regain d'intérêt pour cette substance en Europe. Le cannabis représente un problème de santé publique, cet important marché illégal contribue à financer la criminalité organisée et a une incidence sur la sécurité de la communauté. Ces sujets sont au cœur de préoccupations et d'enjeux importants. Ainsi, l'OEDT s'est engagé à mieux comprendre ces questions et à fournir les informations précises, scientifiques et objectives nécessaires à un débat éclairé sur les difficultés que pose cette question politique. Car définir ce qui constitue la réponse la plus adaptée à l'usage de cannabis est une tâche d'une complexité et d'une importance croissante. (64)

En conclusion, les débats autour de l'usage de cannabis font parties des priorités européennes, car l'usage de cannabis est un problème de santé publique au sein de chacun des pays membres malgré leur diversité en terme de cadres législatifs. La France se classe au-dessus de la moyenne Européenne, voire en tête, en terme d'usage de cannabis quel que soit la tranche d'âge et la fréquence de consommation, ainsi que pour les saisies de cannabis. De plus, elle fait partie des pays où la répression légale est la plus forte pour les consommateurs de cannabis.

II.1.3.c Le cannabis en France

D'après des études menées par l'OFDT en France :

↳ Parmi les jeunes :

Le cannabis est la première substance illicite consommée par les adolescents. Les hypothèses formulées pour expliquer cette consommation chez les jeunes sont : un risque perçu faible de la consommation de cannabis, une perception de l'accessibilité qui serait aisée au produit pour les jeunes, une incitation sociale à consommer, c'est-à-dire le fait de se voir proposer une consommation de cannabis, qui serait plus importante en France que dans les autres pays Européens. Un adolescent sur 5 (à 15-16 ans) aurait consommé du cannabis dans le dernier mois.

En 2014, un collégien sur dix déclare avoir déjà consommé du cannabis près d'un jeune sur quatre à la fin du collège.

En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie. Il semblerait que la tendance concernant l'expérimentation du cannabis chez les adolescents à 17 ans soit en faveur d'une baisse de l'expérimentation de cannabis en 2017, alors qu'entre 2011 et 2014 elle était apparue nettement en hausse, passant de 41 % à 48 % en 2014. D'après l'OFDT, il existe un léger recul généralisé des usages de cannabis chez les jeunes collégiens entre 2014 et 2017, qui s'observe chez les deux sexes. Cependant un usage problématique qui a tendance à se renforcer. Avec un écart lié au sexe qui tendrait à se resserrer. L'hypothèse formulée pour expliquer cette baisse serait liée au recul de la consommation de tabac et aussi au fait que les moyens de socialisation différent aujourd'hui puisqu'ils passent plus par les écrans et les réseaux sociaux.

On voit sur le graphique ci-dessous que les usages réguliers de cannabis à 17 ans sont globalement stables depuis le début des années 2000 et restent inférieurs à ceux du tabac et de l'alcool.

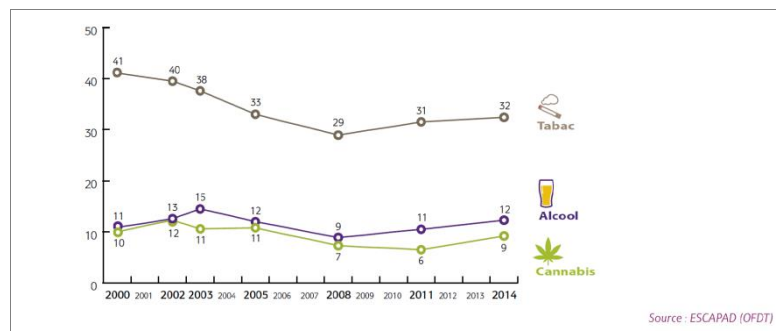


Figure 42 : « Evolutions des usagers réguliers des principaux produits psychoactifs à 17 ans (en%) en France de 2000 à 2014 » par l'OFDT. (92)

D'après l'OFDT, ces jeunes qui auraient une « consommation problématique de cannabis » auraient des caractéristiques identifiables qui ressortiraient de certaines études :

- ils seraient plus fréquemment en décrochage scolaire, ou en filière d'apprentissage
- ils auraient un cadre familial plus permissif, avec moins d'encadrement parental
- la précocité de la consommation serait un facteur de mauvais pronostic pour un usage problématique.

Les plus jeunes consommateurs sont généralement accueillis et pris en charge aux consultations jeunes consommateurs (CJC), qui dépendent le plus souvent d'un Centre de Soins et d'Accompagnement (CSAPA). On estime à 22 000 le nombre de jeunes consommateurs de cannabis accueillis au cours de l'année dans les CJC. (92)

↳ En population adulte :

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France. En 2016, 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Avec des premiers usages qui se déroulent principalement entre 15 et 25 ans et une proportion d'expérimentateurs de cannabis maximale entre 26 et 34 ans pour les deux sexes, l'usage de cannabis demeure avant tout un phénomène générationnel. (63)

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France avec, sur l'ensemble de la population de 11 à 75 ans :

- 17 million d'expérimentateurs au cours de la vie,
- 5 million d'usagers dans l'année,
- 1.4 million d'usagers réguliers et 700 000 usagers quotidiens. (92)

En 2005, plus de 11% de la consommation française de cannabis était produite dans l'hexagone. La région PACA ferait partie des nombreuses régions où les niveaux d'expérimentation et donc de diffusion du cannabis, seraient les plus élevés. (43)

Parmi les principaux produits psychoactifs, le cannabis arrive en **troisième position** derrière :

- le tabac en deuxième position avec 17 million d'usagers dans l'année et 14 million d'usagers quotidiens ;
- et l'alcool, qui est le toxique le plus consommé en France, avec 43 million d'usagers dans l'année et 5 million d'usagers quotidiens.

Il est à noter que bien que le tabac ne soit pas le toxique le plus consommé dans la population générale en France, il reste le toxique comportant le plus d'usagers réguliers (14 million pour le tabac contre 9 million pour l'alcool) et d'usagers quotidiens (14 million pour le tabac contre 5 million pour l'alcool).

La consommation de cannabis est loin devant celle des autres produits illicites tels que la cocaïne, les ecstasy et l'héroïne. (92)

Perception de la consommation de cannabis en population générale d'après une étude de l'OFDT (63) :

- Un français sur deux (54 %) considère le cannabis comme dangereux dans la population générale contre 15% chez les usagers actuels.
- Une personne sur quatre (23 %) estime qu'il est possible de vivre normalement en consommant du cannabis.
- Un tiers des Français (67 %) estiment que les usagers de cannabis sont dangereux pour leur entourage.
- 11 % de personnes considèrent que ces consommateurs souffrent d'une maladie, 28 % pensent que leur usage est dû à des problèmes familiaux. C'est deux dernière proportions seraient en baisse depuis le début des années 2000.

La figure ci-dessous issue du document « Drogues, chiffres clés » publié par l'OFDT, vient imaginer les chiffres cités ci-dessus.

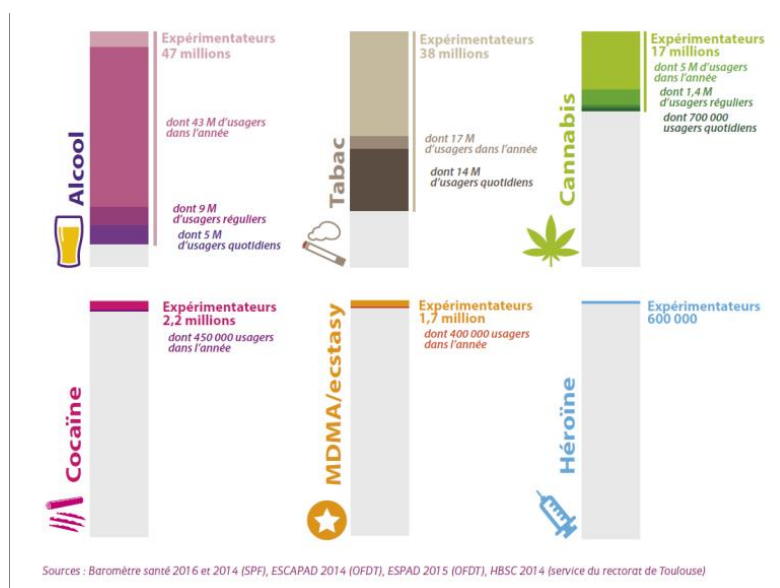


Figure 43 : « Estimation du nombre de consommateur de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans » par l'OFDT. (92)

Comme le montre le graphique de l'OFDT ci-dessous, il existe une **augmentation constante de la consommation de cannabis** depuis 24 ans quel que soit le sexe. Cet usage dans la population générale (11-75 ans) a plus de doublé, il a quasiment été multiplié par trois. On note ce différentiel entre la consommation chez les hommes qui reste plus élevé, quasiment deux fois supérieur à celle chez les femmes.

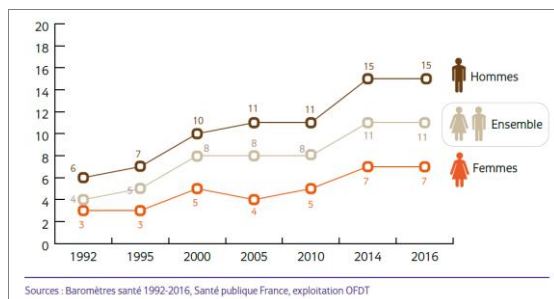


Figure 44 : « Evolution entre 1992 et 2016 de l'usage actuel de cannabis selon le sexe (%) » par l'OFDT. (116)

Le graphique de l'OFDT ci-dessous, montre que cette augmentation de la consommation est un **phénomène générationnel**, car :

- Il existe une « amplification de la diffusion du cannabis dans les générations nées à partir des années 1980 » : lignes en pointillées, exprimant le taux d'expérimentation du cannabis nettement supérieur chez les 18 à 34 ans ;
- La consommation de cannabis est plus élevée chez les jeunes et ce quel que soit le sexe : lignes continues, exprimant le taux d'usage dans l'année qui est d'autant plus élevée que l'âge est jeune.

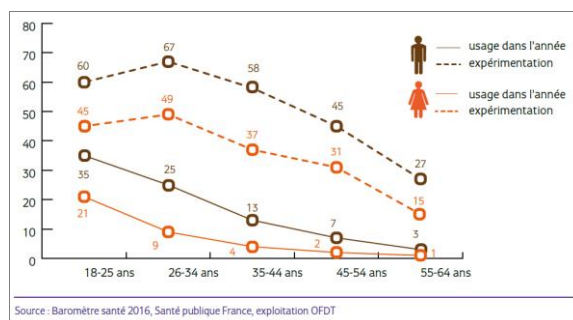


Figure 45 : « Expérimentation et usage actuel de cannabis en 2016 selon l'âge et le sexe en (%) » par l'OFDT. (116)

L'augmentation de la consommation de cannabis en France est globale, comme le montre ce graphique de l'OFDT ci-dessous. Elle concerne l'ensemble de la population générale de 18 à 64 ans, entre 2010 et 2014 avec une stabilité entre 2014 et 2016. Cette augmentation est plus importante chez les jeunes entre 18 et 24 ans.

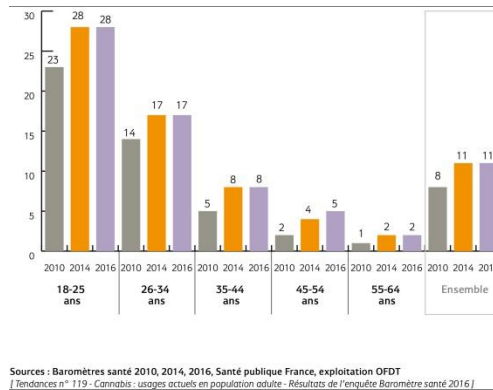


Figure 46 : « Evolution de l'usage actuel de cannabis entre 2010 et 2016 selon l'âge (%) » par l'OFDT. (116)

En population générale en 2016, l'expérimentation du cannabis concerne 42 % des adultes de 18 à 64 ans. La consommation dans l'année s'élève à 11 % (15 % pour les hommes et 7 % pour les femmes). L'usage régulier estimé en 2014 concernait 3 % de la population. (103,116)

Selon le Cannabis Abuse Screening Test (CAST), outil de repérage des usages problématiques de cannabis, 21 % des usagers actuels de 18-64 ans présentent en 2014 un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance, cette proportion étant stable par rapport à 2010. Cela représente 2 % de l'ensemble des 18-64 ans. (103,116)

Le nombre total de personnes vues par un professionnel du soin pour un problème de cannabis est supérieur à 56 000. Un peu plus de 40 % des personnes vues pour un problème de consommation de cannabis dans les CSAPA sont adressées par la justice à la suite d'une interpellation pour usage. (103,116)

La population carcérale est concernée par une prévalence des conduites addictives plus élevée qu'en population générale. Il ressort des études récentes menées à l'initiative de la direction de l'administration pénitentiaire que la consommation de cannabis est particulièrement élevée en détention. (104)

II.1.3.d Cadre législatif français concernant le cannabis

En France, le cadre législatif concernant le cannabis est complexe, il se retrouve dans le Code de la santé publique, le Code pénal et le Code de sécurité routière. La Loi française est très répressive en matière de stupéfiant y compris du cannabis et elle ne tend pas à se simplifier. Le cannabis en France est prohibé, quel que soit son mode de consommation.

Avant de dresser le cadre législatif français qui concerne le cannabis, quelques définitions s'imposent. Le cannabis fait partie des substances vénéneuses et aussi des stupéfiants. Le droit français considère comme substance vénéneuses (article L5132-1 du Code de la santé publique) :

- les substances stupéfiantes ;
- les substances psychotropes ;

- les substances inscrites sur les listes I et II (définies à l'article L. 5132-6 du Code de la santé publique).

Le Code de la santé publique (article L5132-1) définit comme :

- « substances » : les éléments chimiques et leurs composés comme ils se présentent à l'état naturel ou tels qu'ils sont produits par l'industrie.
- « préparations » : les mélanges ou solutions composés de deux substances ou plus.

Les stupéfiants sont des substances inscrites sur la liste des stupéfiants, qui peuvent s'avérer dangereuses pour la santé, faire l'objet de dépendance ou d'abus.

La notion de « drogue » ne figure pas dans la loi.

Le cannabis comme tous les autres produits stupéfiants, d'après l'article R5132-74 du Code de la santé publique : « Sont **interdits**, à moins d'autorisation expresse, la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi et, d'une manière générale, les opérations agricoles, artisanales, commerciales et industrielles relatifs aux substances ou préparations et plantes ou parties de plantes classées comme stupéfiantes. » (117)

En France, **la loi du 31 décembre 1970** relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses continue à constituer le texte principal en matière de lutte contre les stupéfiants. Ses dispositions, actuellement codifiées, punissent le trafic et l'usage des produits stupéfiants, en distinguant nettement ces deux points, car la loi cherche avant tout à punir les trafiquants et à soigner les toxicomanes. C'est pourquoi le trafic tombe sous le coup du code pénal, tandis que l'usage est régi par le code de la santé publique. (118,119)

La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), organisme français placé sous l'autorité du Premier ministre français, explique la distinction entre « l'usage » et « le trafic » :

- ▷ « Faire **usage** » de stupéfiants signifie : consommer un produit classé comme stupéfiant, quel que soit le mode de consommation ou d'absorption, qu'il soit habituel ou occasionnel, individuel ou collectif. Comme le prévoit l'article L3421-14 du **Code de santé publique**, cet « usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni **d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende** ». (120,121)
- ▷ Le terme de « **trafic** » recouvre la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la **détention**, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi (le fait d'utiliser des stupéfiants, mais non de les consommer) illicites de stupéfiants. Les peines encourues en cas de « trafic » sont prévues par **le Code pénal** (les articles 222-34 à 222-43) :
 - le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants (trafic) sont punis de **10 ans d'emprisonnement et 7 500 000 euros d'amende** ;

- la **production** et/ou la **fabrication** illicites de stupéfiants (comme cultiver du cannabis chez soi) sont un **crime**, passible de **20 ans de réclusion criminelle et d'une amende de 7 500 000 euros**, (cette peine pouvant être portée à 30 ans si les faits sont commis en bande organisée) ;
- l'exportation et/ou l'importation illicites de stupéfiants sont punis de 10 ans d'emprisonnement et d'une amende de 7 500 000 euros, (peine pouvant être portée à 30 ans si les faits sont commis en bande organisée) ;
- des peines équivalentes sont prévues en cas de **délivrance de stupéfiants au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance**, ou de facilitation, par quelque moyen que ce soit, d'usage illicite de stupéfiants ;
- la **cession ou l'offre** illicites de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle peut être punie de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende, la peine d'emprisonnement étant portée à 10 ans lorsque les stupéfiants sont, notamment, offerts ou vendus à des mineurs. Vendre ou offrir des stupéfiants, même à des amis, et même en petite quantité, caractérise les infractions d'offre ou cession de stupéfiants.(120,121)

La détention de petites quantités de produits stupéfiants est souvent assimilée par l'autorité judiciaire à de l'usage. Cependant, du fait qu'aucune quantité minimale n'est définie par le Code pénal, un sujet peut être poursuivi pour détention de stupéfiants même pour une très faible quantité.

La durée de la garde à vue est de 24 heures et peut être prolongée de 24 heures supplémentaires après autorisation du procureur de la République. Exceptionnellement, si l'enquête porte sur un trafic de stupéfiants, la garde à vue peut durer quatre jours (96 heures), même pour un usager, dès lors que pèse sur lui un soupçon de trafic.

L'article L235-1 du Code de la route prévoit une peine de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 euros d'amende pour « toute personne qui conduit un véhicule [...] alors qu'il résulte d'une analyse sanguine ou salivaire qu'elle a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants. » Il prévoit aussi les peines complémentaires par exemple la suspension du permis de conduire, son annulation, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation. (121)

En pratique, devant l'ampleur des arrestations pour usage de cannabis en France (environ 90% : en 2010, dernière année pour laquelle on dispose du détail par produit, 90 % des interpellations concernaient l'usage simple de cannabis (63)), les peines suscitées **ne font pas systématiquement l'objet de poursuites**.

En effet, il existe pour toute infraction, un principe de « l'opportunité des poursuites » qui permet aux Procureurs de la République une intervention souple, adaptée à chaque situation individuelle, examinée au cas par cas.

De plus, le Code de procédure pénale prévoit des **mesures alternatives** aux poursuites (articles 41-1 et 41-2), c'est-à-dire que le Procureur de la République, au lieu de poursuivre la personne, peut lui proposer des mesures et classe l'affaire sans suite si elles sont acceptées et exécutées. Elles peuvent-être inscrites ou non au casier judiciaire. Il peut s'agit par exemple d'un rappel à la loi, d'une orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle, la réalisation d'un

stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, d'une injonction de soins... En cas de récidive, des poursuites devront être engagées et les sanctions prévues par la loi appliquées. (120,121)

Comme le prévoit l'article R5132-86 du Code de la santé publique, il existe des **dérogations aux dispositions légales** concernant le cannabis qui peuvent être accordées « aux fins de **recherche** et de contrôle ainsi que de fabrication de dérivés autorisés par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). » (122) Il en va de même pour l'utilisation de certaines variétés de cannabis dans un but industriel, qui est possible uniquement sous les conditions suivantes qui sont nécessaires et indissociables :

- La variété de cannabis doit figurer sur la liste des variétés légales (variétés dépourvues de propriétés stupéfiantes) ;
- La teneur en THC de la plante doit être inférieure à 0,2% ;
- Seules les graines et les fibres peuvent être utilisées (il est interdit d'utiliser les fleurs). (62,62)

Le 23 novembre 2018, l'Assemblée nationale a voté la création d'une **amende forfaitaire de 200 euros pour les consommateurs de cannabis**. L'objectif est de répondre à l'augmentation constante du nombre de consommateurs de cannabis en sanctionnant mieux l'usage illicite de stupéfiants, qui était jusqu'alors réprimé uniquement par une peine de prison et une forte amende, rarement prononcées. Certains élus pointent l'absence de réponse sanitaire avec cette mesure, d'autant qu'elle ne concernerait pas les mineurs mais seulement les personnes de 18 ans et plus. (123–125) C'est dans les suites de cette décision que le docteur William Lowenstein, addictologue et président de l'association « SOS addictions », aurait déclaré lors d'une interview à Radio France : " Si on peut amener un certain nombre de personnes dans des endroits sûrs avec un marché régulé, c'est quand même mieux. La prohibition est une mauvaise politique », car elle n'a jamais prouvé son efficacité sur la baisse du nombre de consommateurs. ». Il aurait évoqué également un « espoir de levier économique ». (126)

En parallèle de ces mesures législatives répressives, il existe peu de mesures de prévention contre l'usage de cannabis en France. Pourtant, la MILDECA, initialement créée en 1982, placée auprès du Premier ministre, a pour objectif la mise en œuvre de plans de prévention. Elle a pour mission « d'animer et coordonner l'action du gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Elle élabore à ce titre le plan gouvernemental et veille à sa mise en œuvre. » (127) Elle finance l'OFDT et le centre interministériel de formation anti-drogue (CiFAD). Elle a pour rôle de former et d'informer les décideurs, les professionnels et le grand public. La politique publique de lutte contre les drogues et les conduites addictives couvre les domaines suivants :

- La recherche et l'observation ;
- La prévention ;
- La santé et l'insertion ;
- L'application de la loi ;
- La lutte contre les trafics ;
- La coopération internationale. (127)

※ Concernant le cannabis dit « thérapeutique »

L'Etat et l'administration sanitaire en France, condamnent l'usage de cannabis à des fins thérapeutiques depuis de nombreuses années. Toutefois, les discours de certains membres du gouvernement français en 2019, semblent aller dans le sens de l'ouverture du débat dans la société et envisager la possibilité de l'autorisation de cet usage en France. En effet, l'actuelle ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a déclaré à plusieurs reprises qu'elle n'était pas hostile à une réflexion sur l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques. Son sentiment est qu'il faudrait pouvoir permettre cette approche si elle apporte réellement aux patients un bénéfice inaccessible avec les prises en charge classiques actuellement en vigueur. Il en va de même le discours de l'actuel Premier ministre Edouard Philippe, lors d'un déplacement officiel en 2019 dans la Creuse, département pauvre, qui nourrit depuis plusieurs mois un projet de culture de cannabis à visée thérapeutique, afin de relancer l'économie et l'emploi dans le département. (128) L'ancienne ministre de la santé, Marisol Touraine aurait récemment déclarée être « assez ouverte » à l'éventualité d'une vente « encadrée » tout en évitant le piège : « Vous ne me ferez pas dire que le cannabis n'est pas néfaste pour la santé ». (129) Enfin, de manière non encore effective, l'Assemblée nationale autorise une expérimentation du cannabis thérapeutique pour deux ans dans le cadre de l'examen du projet de budget de la Sécurité sociale pour 2020 : « Les députés ont voté à main levée un amendement du rapporteur Olivier Véran (LREM) qui autorise pour deux ans une telle expérimentation, à laquelle l'agence du médicament (ANSM) avait déjà donné son aval. Le cannabis thérapeutique pourra être prescrit chez des patients en *impasse thérapeutique*, souffrant de certaines formes d'épilepsies résistantes aux traitements, de douleurs neuropathiques (résultant de lésions nerveuses) non soulagées par d'autres thérapies, d'effets secondaires des chimiothérapies ou encore pour les soins palliatifs et les contractions musculaires incontrôlées de la sclérose en plaques ou d'autres pathologies du système nerveux central. Les produits prescrits seront inhalés (huile, fleurs séchées) ou ingérés (solutions buvables, gouttes et capsules d'huile). Les médecins participant à l'expérimentation seront volontaires et auront obligatoirement suivi une formation en ligne, dont les modalités restent à déterminer. » (130)

En conclusion, les débats politiques autour de l'usage de cannabis à des fins thérapeutiques ont encore « de beaux jours devant eux ».

Le 10 septembre 2018, l'ANSM a créé un Comité Scientifique Spécialisé Temporaire (CSST) sur « l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France ». Ce comité nommé pour une durée de un an, comporte des médecins spécialistes (dont le Professeur Georges BROUSSE psychiatre-addictologue au CH de Clermont-Ferrand), de pharmacologues et de représentants d'associations d'usagers ou du système de santé. Ces membres ont été choisis pour leurs compétences dans divers domaines tels que la pharmacologie, la neurologie, la cancérologie, la psychiatrie, le traitement de la douleur, les sciences humaines et l'éthique médicale. Leur mission est de se réunir en 2018 (à 3 reprises en octobre, novembre et décembre) afin de faire un état des lieux de la réglementation nationale et internationale sur le sujet, et d'évaluer l'intérêt thérapeutique du cannabis dans le traitement de certaines pathologies ou certains symptômes de pathologies.

Les propositions qui émaneront des travaux de ce comité seront basées notamment sur l'analyse de l'ensemble des données scientifiques disponibles et sur les expériences d'autres pays l'ayant déjà mis en place, en prenant en compte le point de vue des patients et des professionnels de santé lors d'auditions publiques. (66)

Les premières conclusions du CSST ont été diffusées fin 2018. « Le Comité estime, qu'il est pertinent d'autoriser l'usage du cannabis à visée thérapeutique pour les patients dans certaines situations cliniques et en cas de soulagement insuffisant ou d'une mauvaise tolérance des thérapeutiques, médicamenteuses ou non, accessibles (et notamment des spécialités à base de cannabis ou de cannabinoïdes disponibles). Cet usage peut être envisagé en complément ou en remplacement de certaines thérapeutiques.

Les situations thérapeutiques retenues par les experts pour l'usage de cannabis à des fins médicales sont les suivantes :

- dans les douleurs réfractaires aux thérapies (médicamenteuses ou non) accessibles ;
- dans certaines formes d'épilepsie sévères et pharmacorésistantes ;
- dans le cadre des soins de support en oncologie ;
- dans les situations palliatives ;
- dans la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques.

Le Comité souhaite qu'un suivi des patients traités soit mis en place sous forme d'un registre national pour assurer une évaluation de son bénéfice/risque, qu'une évaluation des effets indésirables soit régulièrement faite par les réseaux de pharmacovigilance et d'addictovigilance, et que la recherche soit favorisée.

Le Comité souhaite afin que l'ensemble de ces propositions soit appliqué, qu'une « évolution de la législation soit mise en œuvre. » (131)

De nouvelles phases de travail du CSST (de janvier à mai 2019) ont pour objectif de définir le cadre pratique de l'accès au cannabis à visée thérapeutique qui fera l'objet d'une expérimentation (présentation des données générales réglementaires et pharmacologiques sur le cannabis ; modalités du circuit de prescription et de délivrance). Les séances sont retransmises en direct sur Youtube, et l'on peut retrouver les vidéos sur le site de l'ANSM. Il faudra attendre la fin de leur mission pour connaître l'ensemble de leurs conclusions. (132)

En annexe sont listé l'historique des lois encadrant les stupéfiants en France. (121)

II.1.3.e Pour conclure

En France, dans la population générale, la consommation de cannabis qui était en augmentation depuis plusieurs années, tend à se stabiliser depuis 2016-2017, ce qui est probablement lié à la diminution du tabagisme, consommation de tabac et de cannabis étant encore très fortement associé. Cependant, il persisterait une augmentation d'usages problématiques chez les jeunes, qui ont une « bonne image » du cannabis.

En France, l'écart de consommation entre les sexes tend à se resserrer.

En France et en Europe, le cannabis, tout en étant globalement prohibé, est de plus en plus disponible avec une diversification de l'offre.

Le cadre législatif français concernant le cannabis est complexe et très répressif.

L'existence de politiques favorables à l'usage du cannabis dans certains pays du monde, notamment de l'usage dit « thérapeutique », aurait une influence en France sur les représentations du cannabis, surtout chez les jeunes et tendrait à accentuer la « banalisation » de son usage et sa « bonne image ». De plus, ceci témoigne du questionnement à l'échelle mondiale sur le cadre légal le plus favorable à une réduction des dommages sanitaires et sociaux. Ceci témoigne également de la recherche d'équilibre de nos sociétés entre les composantes suivantes :

- la liberté individuelle, le respect des droits de l'Homme,
- la nécessité d'assurer une protection efficace des jeunes et des populations vulnérables,
- les mesures de prévention, de soins et réduction des risques pour les usagers
- lutte contre les trafics et la criminalité et à la fois la volonté de réduire la charge qui pèse sur toute la chaîne pénale.

II.2 DIAGNOSTIC

Dans les classifications internationales, il existe une catégorie diagnostique à part entière pour les troubles liés à une substance psychoactive et troubles addictifs. Elles sont passées de modèles catégoriels à des modèles plus **dimensionnels**.

Dans le langage de la pratique courante, nous utilisons les termes d'usage (consommation sans dommage ni complication), d'usage nocif ou d'abus (consommation entraînant des dommages et des complications pour la santé) et de dépendance ou d'addiction.

Le psychiatre américain, Aviel GOODMAN, publie en 1990 sa théorie sur le concept d'addiction aujourd'hui devenue une référence. Sa définition de l'addiction est : « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par : (1) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et (2) la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion). » (133)

Les critères de l'addiction selon GOODMAN sont les suivants :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 2. Intensité et durée des épisodes, plus importantes que souhaitées à l'origine.
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.
 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement. (133)

Chez les patients souffrant de schizophrénie on ne retrouve que rarement d'usage simple qui n'entraîne ni dommage ni complication. Il s'agit principalement pour ceux-ci de troubles allant de l'usage nocif pour la santé à la dépendance.

Il existe différents troubles qui peuvent être liés à l'usage de cannabis. Les critères diagnostiques pour différencier ces troubles, sont décrits dans diverses classifications diagnostiques. Ci-dessous sont décrits les critères diagnostiques du DSM et la CIM, qui sont les classifications les plus utilisées en France et à l'échelle internationale.

II.2.1 Le DSM 5

Auparavant, les entités diagnostiques étaient celles du trouble de l'usage, de l'abus, de la dépendance et du sevrage à une substance psychoactive. Aujourd'hui, bien que ces termes soient toujours utilisés en pratique et dans le langage courant, le DSM 5 parle de « **troubles de l'usage d'une substance** », et non d'addiction, pour désigner le large éventail clinique allant des formes les plus légères du trouble de prise de drogue compulsive, aux formes les plus sévères (comportant des consommations et rechutes chroniques). La deuxième catégorie diagnostique du DSM 5 est celle des « **troubles induits par une substance** » qui comprend l'intoxication, le sevrage et les autres troubles mentaux induits par une substance psychoactive comme par exemple les troubles psychotiques.

Selon le DSM-V, les troubles liés à la consommation de cannabis sont :

- 1) Le trouble de l'usage du cannabis (détaillé ci-après) ;
- 2) L'intoxication par le cannabis ;
- 3) Le sevrage du cannabis ;
- 4) Les autres troubles induits par le cannabis. (9)

II.2.1.a Critères diagnostiques du trouble de l'usage du cannabis

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 importantes 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 causé ou exacerbé 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).
 - b. Le cannabis (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. (9)

II.2.1.b Critères diagnostiques de l'intoxication par le cannabis

- A. Usage récent de cannabis.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (par exemple : altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage du cannabis.
- C. Au moins deux des signes ou symptômes suivants, se développant dans les 2 heures qui suivent l'usage du cannabis :
 - 1. Conjonctives injectées.
 - 2. Augmentation de l'appétit.
 - 3. Sécheresse de la bouche.
 - 4. Tachycardie.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Spécifier si :

Avec perturbations des perceptions : Les hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles surviennent en l'absence d'un état confusionnel. (9)

II.2.1.c Critères diagnostiques du sevrage du cannabis

La majorité des symptômes surviennent dans les premières 24-72 heures suivant l'arrêt, passant par un pic au cours de la 1^{re} semaine et durent environ 1 à 2 semaines. Les troubles du sommeil peuvent durer plus de 30 jours.

- A. Arrêt d'un usage du cannabis qui a été massif et prolongé (c'est-à-dire une consommation habituellement quotidienne ou presque durant une période d'au moins quelques mois).
- B. Au moins trois des signes et symptômes suivants se développent dans un délai d'environ une semaine après le critère A :
 - 1. Irritabilité, colère, ou agressivité.
 - 2. Nervosité ou anxiété.
 - 3. Troubles du sommeil (insomnie, rêves perturbants).

4. Diminution de l'appétit ou perte de poids.

5. Fébrilité.

6. Thymie dépressive.

7. Au moins un des symptômes physiques suivants cause de l'inconfort significatif : douleurs abdominales, instabilité/tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou céphalées.

C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance. (9)

II.2.1.d Autres troubles induits par le cannabis

Il s'agit des :

- troubles psychotiques induits par le cannabis, dont la schizophrénie (décrit dans le DSM-5, dans la partie intitulée « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »),
- troubles anxieux induit par le cannabis (décrit dans le DSM-5, dans la partie intitulée « Troubles anxieux »),
- troubles du sommeil induits par le cannabis (décrit dans le DSM-5, dans la partie intitulée « Troubles veille-sommeil »).

Ces troubles induits par le cannabis sont diagnostiqués à la place d'une intoxication par le cannabis ou d'un sevrage du cannabis lorsque les symptômes sont suffisamment graves pour nécessiter une prise en charge clinique spécifique. (9)

II.2.2 La CIM 10

Dans la classification **CIM 10**, on retrouve les critères diagnostiques dans la partie concernant les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. Ce groupe comprend des subdivisions qui ne sont pas spécifiques du cannabis mais sont communes à toutes les substances psychoactives comme l'alcool, la cocaïne etc. (14) On retrouve :

- ↳ Chapitre V : (F00-F99) Troubles mentaux et du comportement.
 - ↳ (F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives.
 - ↳ (F12) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis.
 - ↳ (F12.0) Intoxication aiguë aux dérivés du cannabis.
 - ↳ (F12.1) Utilisation nocive pour la santé.
 - ↳ (F12.2) Syndrome de dépendance.
 - ↳ (F12.3) Syndrome de sevrage.
 - ↳ (F12.4) Syndrome de sevrage avec delirium.
 - ↳ (F12.5) Trouble psychotique.

- ↳ (F12.6) Syndrome amnésique.
- ↳ (F12.7) Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive.
- ↳ (F12.8) Autre troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis.
- ↳ (F12.9) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, sans précision.

Le premier caractère du code définit le chapitre.

Le deuxième caractère du code définit le groupe comprenant de nombreux troubles variés, de gravité et de symptomatologie diverses, mais qui sont tous liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives.

Le troisième caractère du code identifie la substance impliquée, ici le 2 pour le cannabis.

Le quatrième caractère sert à spécifier les tableaux cliniques. Ils ne sont pas tous applicables à chaque substance.

Un cinquième caractère peut être utilisé pour préciser le tableau clinique (sévérité du tableau, l'existence de complications physiques ou psychiques, la fréquence de consommation, la durée de l'abstinence, l'existence d'une rémission partielle ou complète.

Détails des quatrièmes caractères applicables pour le cannabis :

.0 Intoxication aiguë : est caractérisée par un état directement lié aux effets pharmacologiques aigus de la consommation de cannabis et entraînant des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, de l'affect ou du comportement ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques. Ces perturbations disparaissent avec le temps avec guérison complète. (14)

.1 Utilisation nocive pour la santé : est un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Elle comprend l'abus d'une substance psychoactive. (14)

.2 Syndrome de dépendance : c'est l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associé à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique. (14)

.3 Syndrome de sevrage : est l'ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable ; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel. La survenue et l'évolution du syndrome de sevrage sont limitées dans le temps. Le syndrome de sevrage peut se compliquer de convulsions. (14)

.4 Syndrome de sevrage avec délirium : sevrage avec délirium dû à l'intoxication par l'alcool pouvant être aggravé par l'intoxication au cannabis.

.5 Trouble psychotique : est l'ensemble de phénomènes psychotiques survenant durant ou immédiatement après la consommation de cannabis, qui ne peuvent être entièrement expliqués par une intoxication aiguë et qui n'entrent pas dans le cadre d'un syndrome de sevrage. Ce trouble se caractérise par la présence d'hallucinations (typiquement auditives, mais souvent également polysensorielles), d'une distorsion des perceptions, d'idées délirantes (souvent de type paranoïaque ou persécutoire), de perturbations psychomotrices (agitation ou stupeur) et d'un affect anormal, pouvant aller d'une peur intense à l'extase.

Les fonctions élémentaires ne sont habituellement pas touchées, mais il peut exister un certain degré d'obnubilation de la conscience, n'atteignant toutefois jamais le caractère d'une confusion grave.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour spécifier la présence de complications :

- 0 d'allure schizophrénique
- 1 avec idées délirantes au premier plan
- 2 avec hallucinations au premier plan
- 3 avec symptômes polymorphes au premier plan
- 4 avec symptômes dépressifs au premier plan
- 5 avec symptômes maniaques au premier plan
- 6 mixte (14)

.6 Syndrome amnésique : syndrome dominé par la présence de troubles chroniques de la mémoire (faits récents et anciens). La mémoire immédiate est habituellement préservée et la mémoire récente est plus sévèrement perturbée que la mémoire des faits anciens. Il y a habituellement des perturbations manifestes de la perception du temps et de la chronologie des événements, ainsi que des difficultés à apprendre des matières nouvelles. Le syndrome peut comporter une fabulation intense. Les autres fonctions cognitives sont d'habitude relativement préservées et les troubles mnésiques sont sans commune mesure avec les autres perturbations. (14)

.7 Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive : c'est un état dans lequel les modifications, induites par le cannabis, des cognitions, des affects, de la personnalité ou du comportement persistent au-delà de la période où l'on estime que le cannabis a des effets directs. La survenue de la perturbation doit être directement liée à la consommation de cannabis, l'existence d'arguments clairs et précis permettant d'attribuer le trouble aux effets résiduels de la substance. (14)

II.2.3 La CIM 11

Comme pour la schizophrénie, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont classées dans la CIM 11 dans le chapitre « 6 » sur « Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux ». Le sous-chapitre concerné est identifié par la lettre : « C » : « troubles liés à la l'utilisation de substances psychoactives ou à des comportements addictifs ». Le sous-chapitre sur les « troubles liés à l'usage de cannabis » est identifié par le code « 6C4 ». (27)

Le changement le plus important concerne l'existence d'une catégorie spécifique pour les cannabinoïdes de synthèse. Ces différentes catégories sont décrites ci-dessous. (27)

Catégories concernant le cannabis (27) :

- ↳ **06. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders** (Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux)
 - ↳ **Disorders due to substance use or addictive behaviours** (Troubles liés à la l'utilisation de substances psychoactives ou à des comportements addictifs)
 - ↳ **Disorders due to substance use** (Troubles liés à la l'utilisation de substances psychoactives)
 - ↳ **6C41 Disorders due to use of cannabis** (troubles liés à l'usage de cannabis)
 - ↳ **6C41.0 Single episode of harmful use of cannabis** (Épisode unique d'utilisation nocive de cannabis)
 - ↳ **6C41.1 Harmful pattern of use of cannabis** (Usage nocif de cannabis)
 - ↳ 6C41.10 ..., **episodic** (épisodique)
 - ↳ 6C41.11 ..., **continuous** (continue)
 - ↳ 6C41.1Z ..., **unspecified** (sans précision)
 - ↳ **6C41.2 Cannabis dependence** (dépendance au cannabis)
 - ↳ 6C41.20 ..., **current use** (utilisation actuelle)
 - ↳ 6C41.21 ..., **early full remission** (en rémission complète récente)
 - ↳ 6C41.22 ..., **sustained partial remission** (en rémission partielle)
 - ↳ 6C41.23 ..., **sustained full remission** (en rémission complète)
 - ↳ 6C41.2Z ..., **unspecified** (sans précision)
 - ↳ **6C41.3 Cannabis intoxication** (intoxication aiguë au cannabis)
 - ↳ **6C41.4 Cannabis withdrawal** (sevrage au cannabis)
 - ↳ **6C41.5 Cannabis-induced delirium** (Delirium induit par le cannabis)
 - ↳ **6C41.6 Cannabis-induced psychotic disorder** (Trouble psychotique induit par le cannabis)
 - ↳ **6C41.7 Other cannabis-induced disorders** (autres troubles induits par le cannabis)
 - ↳ **6C41.Y Other specified disorders due to use of cannabis** (autres troubles liés à l'usage de cannabis)

- ↳ 6C41.Z **Disorders due to use of cannabis, unspecified** (troubles liés à l'usage de cannabis, sans précision).

La CIM 11 comprendra une spécifique concernant les cannabinoïdes de synthèse, il s'agit des mêmes subdivisions que pour l'usage du cannabis à la différence près de la dernière subdivision comme précisée ci-dessous (27) :

- ↳ **Disorders due to substance use** (Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives)
- ↳ 6C42 **Disorders due to use of synthetic cannabinoids** (troubles liés à l'usage de cannabinoïdes synthétiques)
 - ↳ 6C42.0 Single episode of harmful use of synthetic cannabinoids
 - ↳ 6C42.1 Harmful pattern of use of synthetic cannabinoids
 - ↳ 6C42.2 Synthetic cannabinoid dependence
 - ↳ 6C42.3 Synthetic cannabinoid intoxication
 - ↳ 6C42.4 Synthetic cannabinoid withdrawal
 - ↳ 6C42.5 Synthetic cannabinoid-induced delirium
 - ↳ 6C42.6 Synthetic cannabinoid-induced psychotic disorder
 - ↳ 6C42.7 Other synthetic cannabinoids-induced disorders
 - ↳ 6C42.70 Synthetic cannabinoid-induced mood disorder (troubles de l'humeur induit par l'usage de de cannabinoïdes synthétiques)
 - ↳ 6C42.71 Synthetic cannabinoid-induced anxiety disorder (troubles anxieux induits par l'usage de de cannabinoïdes synthétiques)

II.2.4 Diagnostic différentiel

Comme l'illustre le tableau ci-dessous issu du DSM 5, les troubles associés à l'usage de cannabis sont multiples. Les troubles psychotiques et anxieux peuvent survenir pendant l'intoxication, pouvant faire l'objet d'un diagnostic différentiel avec une schizophrénie débutante. Dans le DSM 5, il existe une catégorie diagnostique à part entière, distincte qui est intitulée : « **trouble psychotique induit par une substance** », elle est située dans la partie sur le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques et les critères diagnostiques sont les suivants :

A. Présence d'un ou deux des symptômes suivants :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.

B. Mise en évidence par l'anamnèse, l'examen physique, ou les examens complémentaires des éléments [1] et [2] :

1. Les symptômes du critère A sont apparus pendant ou peu de temps après une prise médicamenteuse, une intoxication ou un sevrage d'une substance.
2. La substance/le médicament en cause est capable de produire les symptômes du critère A.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique non induit par une substance/un médicament. La preuve d'un trouble psychotique indépendant pourrait comprendre les éléments suivants :

Les symptômes ont précédé le début de la prise de la substance/du médicament ; les symptômes persistent pendant une période prolongée après la fin du sevrage aigu ou d'une intoxication grave (par exemple environ 1 mois) ; ou il existe d'autres preuves d'un trouble psychotique indépendant, non induit par une substance/un médicament (par exemple des antécédents d'épisodes récurrents non induits par une substance/un médicament).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un syndrome confusionnel.

E. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

N.B. : Ce diagnostic ne doit être fait à la place d'un diagnostic d'intoxication par une substance ou de sevrage d'une substance que lorsque les symptômes du critère A dominent le tableau clinique et qu'ils sont suffisamment marqués pour justifier une prise en charge clinique.

	Troubles psychotiques	Troubles bipolaires	Troubles dépressifs	Troubles anxieux	Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés	Troubles du sommeil	Dysfonctions sexuelles	État confusionnel	Troubles neurocognitifs	Troubles liés à l'utilisation d'une substance	Intoxication par une substance	Sevrage d'une substance
Alcool	I/S	I/S	I/S	I/S		I/S	I/S	I/S	I/S/P	X	X	X
Caféine				I		I/S					X	X
Cannabis	I			I		I/S		I		X	X	X
Hallucinogènes												
Phencyclidine	I	I	I	I				I		X	X	
Autres hallucinogènes	I*	I	I	I				I		X	X	
Substances inhalées	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opiacés			I/S	S		I/S	I/S	I/S		X	X	X
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques	I/S	I/S	I/S	S		I/S	I/S	I/S	I/S/P	X	X	X
Stimulants**	I	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I	I		X	X	X
Tabac						S				X		X
Autres (ou inconnues)	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S/P	X	X	X

Légende :

X = La catégorie est reconnue dans le DSM-5.

I = La spécification « avec début pendant l'intoxication » peut être utilisée pour la catégorie.

S = La spécification « avec début pendant le sevrage » peut être utilisée pour la catégorie.

I/S = Soit « avec début pendant l'intoxication » soit « avec début pendant le sevrage » peut être utilisée pour la catégorie.

P = Le trouble est persistant.

* = Y compris le trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (flashbacks).

** = Inclut les substances de type amphétaminique, la cocaïne et les stimulants autres ou non spécifiés.

Figure 47 : Diagnostics associés aux classes de substances (9)

II.2.5 Dépistage

Le dépistage concerne deux volets : le dépistage de la dépendance au cannabis (traité dans la partie suivante intitulée « les échelles psychométriques ») et le dépistage biologique de l'usage de cannabis.

En raison de la longue demi-vie d'élimination des cannabinoïdes et de leurs métabolites, ainsi que le stockage de ceux-ci dans les graisses, les tests de dépistage biologiques peuvent être positifs plusieurs semaines après avoir consommé du cannabis ou des cannabinoïdes. Les résultats varient en fonction, de la sensibilité du test utilisé, la fréquence de consommation et du moment lors duquel le test est effectué. Plus l'usage est régulier, plus le cannabis sera dépistable longtemps. Le cannabis est dépistable dans la salive, dans les urines et dans le sang. Il peut également être détecté dans les cheveux et la sueur. (42,45) En pratique courante, on le dépiste dans les urines.

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques des différents tests de dépistage en fonction de la fréquence de l'usage de cannabis.

Fréquence de l'usage Type de dépistage	dans le cas d'un usage occasionnel et modéré (entre 1 et 9 usages au cours de l'année)	dans le cas d'un usage régulier (entre 10 et 29 usages au cours des 30 derniers jours)
salivaire	6 à 8 heures	jusqu'à 24h, voire dans certains cas jusqu'à 8 jours après l'arrêt de la consommation (usage chronique quotidien)
urinaire	3 à 5 jours	30 à 70 jours / entre une et trois semaines selon le degré d'imprégnation.
sanguin	2 à 8 heures	jusqu'à un mois après l'arrêt de la consommation (consommation quotidienne et intensive)

Figure 48 : Tableau récapitulatif des durées possibles de détection du cannabis au niveau biologique en fonction du type de dépistage, de la fréquence de l'usage de cannabis et des délais d'élimination du cannabis par l'organisme.

(42)

II.2.6 Les échelles psychométriques

Les échelles psychométriques n'ont pas de valeur diagnostique mais représentent un outil. Elles permettent à un instant « t », de repérer un usage problématique de toxique, d'évaluer la présence d'une addiction, le niveau et la sévérité de la dépendance à une substance. Comme pour les autres échelles psychométriques, elles peuvent être réalisées sous la forme d'auto-questionnaire ou d'hétéro-questionnaire. Elles peuvent être réalisées à tous les temps de la prise en charge. Les résultats peuvent ensuite être comparés afin d'apprécier l'évolution clinique et l'efficacité de la prise en charge et de l'adapter aux besoins spécifiques du patient.

Voici certaines échelles qui peuvent être utilisées dans le dépistage de l'usage problématique ou de la dépendance au tabac et au cannabis (liste non exhaustive).

II.2.6.a Pour le cannabis

- Le **CAST** (Cannabis Abuse Screening Test) est une échelle de repérage des consommations problématiques de cannabis en 6 items. Chacun de ces items décrit des comportements d'usage ou des problèmes rencontrés dans le cadre de la consommation de cannabis. Il peut être réalisé en auto ou hétéro questionnaire. Il a été développé par l'OFDT. Simple, rapide et efficace, ce test s'est imposé comme le test de référence dans les enquêtes européennes et françaises notamment auprès des adolescents. (63)
- Le **test ALAC** (Alcohol Advisory Council) permet d'évaluer la consommation de cannabis du patient sans critère de jugement en faisant intervenir le document comme « un autre tiers ». Il constitue un excellent support à la discussion ultérieure et à la prise en charge.
- Test d'évaluation du degré **d'addiction à une substance** basé sur les critères du DSM-5. 11 question, un score inférieur à 2 : absence d'addiction ; de 2 ou 3 : addiction légère ; modérée si le score est de 4 ou 5 ; et sévère s'il est supérieur ou égal à 6.

II.2.6.b Pour le tabac

- Le **test de Fagerström** est un auto ou hétéro questionnaire, il permet de quantifier le niveau de dépendance du patient au tabac. En fonction des réponses, un score de 0 à 10 est obtenu. La dépendance est jugée nulle si le score est compris entre 0 et 2, faible entre 3 et 4, moyenne entre 5 à 6, forte entre 7 et 8 et très forte entre 9 et 10.
- Le **test de Lagrue et Légeron** est un auto ou hétéro questionnaire qui permet d'évaluer la motivation à arrêter de fumer du tabac en 4 questions. Un score supérieur à 13 points détermine une motivation élevée, quant au résultat inférieur à 6 points, il montre une faible ou une absence de motivation.
- D'autres test peuvent être utilisés, tels que : test de Honc évaluant la perte de contrôle de la consommation, le test de Horn évaluant le profil psychologique de la dépendance, ou encore le test de Demaria évaluant les chances de réussite du sevrage tabagique.

II.3 POUR CONCLURE

Le cannabis est l'une des plantes les plus anciennement connues et utilisée par l'homme. Sa culture et son utilisation ont traversé les époques depuis des millénaires. Il est de tout temps utilisé pour ses fibres, à des fins récréatives, spirituelles ou thérapeutiques. Sa consommation a toujours fait l'objet de débats et de controverses, encore de nos jours.

Le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée en France, en Europe et dans le Monde. En France, la consommation de cannabis représente un problème de santé publique. Elle est en augmentation depuis plusieurs années et tend à se stabiliser depuis 2016-2017, bien qu'il existe une augmentation d'usages problématiques chez les jeunes. Cet usage concerne l'ensemble de la population française, il est fréquent chez les jeunes et aussi plus fréquent chez les sujets atteints de troubles psychiatriques.

Le cannabis est responsable de nombreux effets néfastes socio-professionnels et économiques et de nombreux effets toxiques sur la santé, au niveau somatique, psychologique, cognitif, comportemental et psychiatrique, notamment un risque accru de survenu de troubles schizophréniques chez les individus vulnérables. La consommation de tabac et de cannabis sont encore très fortement associées. La sensation d'euphorie et le soulagement d'une souffrance psychique notamment de l'anxiété sont les principaux effets recherchés par les consommateurs. Néanmoins, les cannabinoïdes présents dans la plante peuvent avoir des effets bénéfiques. Généralement on qualifie de cannabis thérapeutique des plantes qui ont un taux de CBD élevé et de THC faible ou des médicaments à base de cannabinoïdes se fixant sur les récepteurs du système endocannabinoïdes du corps humain. Bien que dans ce domaine, la recherche en soit encore à ses débuts, le cannabis thérapeutique soulagerait les douleurs chroniques, les nausées et des symptômes de certaines maladies telles que la sclérose en plaques, le cancer, l'épilepsie et les problèmes psychologiques. Le CBD aurait des vertus antipsychotiques.

En France le cannabis est prohibé. Le cadre législatif français concernant le cannabis est complexe et très répressif. Pourtant, il est de plus en plus disponible avec une diversification de l'offre et il contient des concentrations de cannabinoïdes, surtout de THC, de plus en plus élevées. Il est sur le devant de la scène médiatique et les débats concernant son usage et son encadrement législatif font rage. De plus, l'existence de politiques favorables à l'usage du cannabis dans certains pays du monde, aurait une influence en France sur les représentations du cannabis, surtout chez les jeunes et tendrait à accentuer la « banalisation » de son usage et sa « bonne image ».

III PRISE EN CHARGE

III.1 PRISE EN CHARGE DE LA SCHIZOPHRENIE

Les conséquences liées aux troubles sont tels que l'impact socio-économique est considérable avec un coût moyen de la prise en charge estimé à 15 000 euros par an. (3) En effet, dans la schizophrénie, les difficultés d'adhésion aux soins sont supérieures à celles retrouvées dans d'autres pathologies chroniques et touchent jusqu'à 80 % des patients. Cette différence serait notamment liée à la sévérité des symptômes psychotiques, la fréquence des effets secondaires médicamenteux et le manque d'insight. Pourtant, aujourd'hui, une prise en charge adaptée permet d'obtenir une rémission durable chez un tiers des patients. C'est pourquoi, les stratégies de prise en charge tout au long du parcours de soins, comprennent des éléments visant à favoriser l'adhésion aux soins qui est capitale dans le pronostic de la schizophrénie.

L'objectif de la prise en charge est d'intervenir le plus tôt possible pour viser le rétablissement et prévenir la sévérité de la maladie. Au long cours, les objectifs sont centrés la diminution du risque de rechute et favoriser le rétablissement.

D'après l'HAS, les objectifs principaux de la prise en charge sont :

- Établir un **diagnostic précoce** et **prendre en charge le plus précocement possible**.
- **Identifier les comorbidités** somatiques, psychiatriques et addictives, et **inciter à leur prise en charge**.
- **Prévenir** et détecter précocement une aggravation, une rechute.
- **Planifier la prise en charge** et les modalités thérapeutiques. **Surveiller** l'efficacité, la tolérance et l'observance des stratégies thérapeutiques mises en place. Réévaluer périodiquement le projet thérapeutique et ses objectifs.
- Évaluer les risques d'autoagressivité et d'hétéroagressivité, notamment le risque suicidaire.
- Etablir une **relation soutenante** et de **confiance** (alliance thérapeutique) avec le patient et son entourage. Délivrer et poursuivre dans le temps les informations thérapeutiques, les mesures psycho-éducatives de manière adaptées au patient et à son entourage. (10)

La prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie est rendue difficile du fait de l'anosognosie qui amène à des problématiques motivationnelles, et du fait de l'existence de troubles cognitifs qui vont nécessiter certaines adaptations dans la mise en œuvre des psychothérapies.

La prise en charge comprend 3 axes : **médicamenteux**, **psychothérapeutique** et **sociothérapeutique**. Il est impossible d'en décrire l'ensemble des mesures tant il existe de variétés d'évolutions cliniques auxquelles elles s'adaptent. La prise en charge est personnalisée et requiert autant que faire se peut le consentement du patient. Elle est généralement coordonnée par un soignant référent qui est souvent le psychiatre traitant du patient. Les paragraphes suivant exposent les bases de cette prise en charge.

III.1.1 Lieux et intervenants de la prise en charge

Les traitements institutionnels peuvent prendre plusieurs formes qui s'inscrivent à différents temps de la prise en charge. L'hospitalisation est souvent nécessaire au début de la maladie et au décours des phases aiguës de décompensation. Cependant, l'idéal est une prise en charge ambulatoire. En effet, l'hospitalisation de longue durée peut avoir des effets délétères comme favoriser la chronicité et la dépendance. Les lieux de soins et de suivi sont déterminés en fonction du domicile du patient, on parle de sectorisation.

L'hospitalisation a lieu en service spécialisé de psychiatrie. L'hospitalisation peut se faire en soins libres ou sous contrainte en cas de déni important de la nécessité de soins, de mise en danger de soi et/ou d'autrui. L'objectif initial de la prise en charge en hospitalisation est l'amélioration de la symptomatologie psychotique, la diminution de la souffrance et la protection du patient et de ses proches. Il est nécessaire de mettre en place un climat sécurisant et de confiance, c'est **d'autant plus important durant les premières phases de la maladie où l'engagement dans les soins constitue une priorité.**

Les structures de suivi et d'accompagnement ambulatoires sont les centres médico-psychologiques (CMP), les hôpitaux de jour (HDJ) et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Elles permettent d'assurer un suivi régulier réalisé par une équipe médicosociale stable et connue du patient, disponible éventuellement en urgence. Elles constituent une première étape vers l'insertion ou la réinsertion sociale.

Il existe des structures d'aide à la réinsertion socioprofessionnelle comme les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), ainsi que des organismes sociaux et des associations.

La complexité et la durée des soins imposent une prise en charge pluridisciplinaire, menée par des équipes formées, utilisant des traitements individuels, groupaux et institutionnels, successifs ou simultanés. Ce dispositif concerne différents acteurs travaillant en réseau de soins, ce qui pose des problèmes de liens, de cohérence, de temporalité, de coordination et de confiance réciproque. Ces problèmes doivent être gérés et résolus au mieux afin d'optimiser les résultats thérapeutiques. Les professionnels sont les psychiatres, les médecins généralistes, les addictologues, autres médecins spécialistes, les travailleurs sociaux, les infirmiers diplômés d'état (IDE), les psychologues, ergothérapeute, psychomotriciens, les associations, etc. **L'alliance thérapeutique** entre le patient, son entourage et l'équipe soignante est fondamentale.

(5,10,13,15,38)

III.1.2 Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux repose sur la mise en place d'un traitement **antipsychotique de 2^{ème} génération, en monothérapie, à la dose minimale efficace**. Ce doit être la règle. L'instauration du traitement se fait après la réalisation d'un bilan préthérapeutique clinique (taille, poids, prise des constantes vitales, examen physique, etc.) et paraclinique (bilan sanguin complet, électrocardiogramme, etc.). Le maintien d'un traitement antipsychotique permet de **réduire significativement le risque de rechute** sur le long terme. Il apporte une amélioration de base de la symptomatologie qu'aucune autre thérapeutique ne peut égaler.

Les objectifs du traitement médicamenteux sont d'éliminer ou de réduire les symptômes, de préserver les capacités cognitives et d'adaptation du sujet, pour contribuer à son autonomie, la qualité de vie, la prise de conscience de ses troubles, et l'acceptation de son traitement, ainsi que de prévenir la consommation de toxiques et de rechutes.

Plusieurs molécules sont disponibles en France et le choix du traitement repose essentiellement sur le profil clinique, la tolérance, l'existence de comorbidités somatiques et les résultats du bilan initial. Le but est de trouver rapidement la molécule la mieux adaptée à chaque patient, des différences d'efficacité et d'effets secondaires variant d'un patient à l'autre.

Les antipsychotiques de 2^{ème} génération recommandés sont : la rispéridone (Risperdal®), l'olanzapine (Zyprexa®), l'aripiprazole (Abilify®) et l'amisulpride (Solian®). Les trois premiers existent en formes injectable à libération prolongée. L'utilisation de la clozapine (Leponex®) est recommandée en cas de résistance avérée aux traitements antipsychotiques de première intention.

Le traitement antipsychotique est généralement débuté en milieu hospitalier est poursuivi en ambulatoire. Il nécessite une surveillance clinique et biologique de la tolérance et de l'efficacité.

Leur action est en général retardée et apparaît au mieux en 3 à 6 semaines. L'apparition de leur efficacité est souvent d'autant plus retardée que la durée de psychose non traitée est longue et qu'il existe de rechute.

En théorie la durée du traitement serait d'au moins 2 ans après un premier épisode psychotique et d'au moins 5 ans si les épisodes sont multiples. Le plus souvent le traitement sera poursuivi à vie, même si nul ne peut à l'issue d'un premier épisode, prédire l'évolution du trouble et dire avec certitude si le traitement sera nécessaire à vie.

D'autres traitements sont utilisés en association tels que les anxiolytiques, les hypnotiques et le traitement antidépresseur et thymorégulateurs en cas de trouble thymique associé. L'association d'antipsychotiques est envisagée après l'échec d'une monothérapie bien conduite. L'électroconvulsivothérapie (ou sismothérapie) peut être utilisée en cas d'intolérance ou contre-indication aux antipsychotiques, ou bien dans des cas grave de schizophrénie résistante aux traitements ou comportant une composante thymique au tableau clinique.

Afin de favoriser l'observance médicamenteuse, il est important de veiller à l'utilisation de posologies minimales efficaces, à la simplification des prises notamment l'utilisation d'antipsychotique à action prolongée par voie injectable, de rechercher et corriger les effets secondaires. Dans ce but, il est nécessaire de favoriser une relation thérapeutique de qualité et de délivrer des informations claires et adaptés sur la maladie, ses symptômes et ses traitements au patient et à son entourage.

(5,10,13,15,38)

Comme expliqué dans le paragraphe ci-après sur le traitement de la consommation de cannabis, les cannabinoïdes ont été étudiés dans le traitement de la psychose et de la consommation de cannabis. Le THC peut provoquer des symptômes psychotiques et favoriser la survenue de troubles schizophréniques. Le CBD, pourrait avoir un potentiel thérapeutique antipsychotique, avec une meilleure tolérance que les traitements antipsychotiques actuels. Le CBD pourrait également avoir des propriétés anti-inflammatoires et neuroprotectrices. L'établissement du rôle et de l'intérêt de préparations à base de CBD dans le traitement des troubles psychotiques nécessite d'autres recherches chez l'homme. (134)

Lorsqu'on rencontre un jeune patient présentant des symptômes psychotiques, il est impossible de savoir avec certitude s'il va développer par la suite une pathologie schizophrénique. Pour autant, à ce stade, la disparition totale des symptômes, la prévention d'une éventuelle rechute et d'une évolution chronique sont d'une importance capitale. D'où l'intérêt d'utiliser des traitements antipsychotiques à visée strictement symptomatique, en expliquant clairement au patient et à ses proches les objectifs du traitement, ses limites, et éventuellement sa durée. Il est tout aussi nécessaire d'assurer, tout au long de la période du traitement, et même bien après, un accompagnement psychologique, afin d'adapter les attitudes thérapeutique à l'évolution, très changeante et imprévisible à cette période de la vie. Il est important de transmettre un message d'espoir, puisque la schizophrénie comprend des formes plus ou moins grave, et des évolutions favorables qui sont fort heureusement plus nombreuses que les évolutions catastrophiques, lorsque la prise en charge est précoce. (4)

III.1.3 Traitement psychothérapeutique

L'approche psychothérapeutique est fondée sur **l'établissement et le maintien d'une relation interpersonnelle de confiance** et de **respect mutuel** entre le patient et le thérapeute. Une **alliance thérapeutique de qualité** est le pilier de tout travail thérapeutique. Elle est à la fois un soin à part entière et le préalable indispensable à l'initiation de tout travail psychothérapeutique. Elle nécessite disponibilité, écoute, empathie et authenticité. Elle favorise le processus de pensée et d'expression verbale des émotions.

Il existe plusieurs types de prise en charge psychothérapeutique qui s'exercent en complément du traitement médicamenteux, tout au long du parcours de soins du patient. Le traitement psychothérapeutique a une importance certaine dans l'observance et l'efficacité du traitement médicamenteux. Elle permet une meilleure acceptation des troubles et des soins dans leur ensemble, d'améliorer le vécu de la maladie, de favoriser l'insertion sociale. Elle a pour objectif de restaurer le fonctionnement mental du patient et de rétablir le contact avec la réalité. Elle favorise le changement et permet de diminuer le risque de rechute.

III.1.3.a La psychothérapie de soutien

La psychothérapie de soutien peut se définir comme le point de départ de toutes les psychothérapies. Elle est généraliste car elle ne met pas en œuvre de technique précise appartenant à un mode psychothérapeutique particulier. Le « soutien » passe par le cadre thérapeutique réassurant, sécurisant, apaisant, par l'attitude du thérapeute accueillant, disponible, à l'écoute et empathique. La psychothérapie de soutien vise à apporter une aide, un soulagement, un renforcement positif des ressources du patient. Il ne s'agit pas d'un processus visant à changer les mécanismes psychiques de celui-ci. Elle favorise l'instauration d'une relation thérapeutique de confiance.

Elle peut être pratiquée par tous les soignants à tous les temps de la prise en charge. Elle constitue souvent une étape initiale et peut être complétée par une psychothérapie codifiée. (5,10,13,15,38)

III.1.3.b La psychoéducation

La psychoéducation (non formalisée, réalisée en pratique courante par les soignants) ou l'éducation thérapeutique (formalisée par la HAS : ce sont des programmes spécifiques réalisés par des soignants formés en éducation thérapeutique), fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Son efficacité a été démontrée dans la prise en charge de la pathologie chronique. (135) Elle est basée sur 3 principes : l'éducabilité, l'approche centrée sur la personne et la liberté de choix. Elle consiste en une transmission et une acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation du sujet sur sa pathologie. Par une transmission de connaissances, elle a pour but **d'informer et de former** le patient sur sa maladie et ses symptômes pour mieux la comprendre, sur ses traitements leurs objectifs et effets secondaires, sur les modes et stratégies de prise en charge et

de prévention des rechutes par l'identification des signes précurseurs grâce au modèle de vulnérabilité-stress. Le patient va acquérir des compétences pour affronter ses troubles, pour mieux se soigner, comme la réalisation de plan d'action et la mise en place de stratégies de résolution de problèmes. Ces stratégies faisant du patient un acteur à part entière de sa prise en charge, sont aussi appelées « empowerment ». Elles vont amener le patient à une certaine maîtrise sur sa pathologie et favoriser la reprise d'un « pouvoir d'agir » afin de mieux prévenir les conséquences négatives, d'améliorer son autonomie, sa qualité de vie, et de favoriser le pronostic évolutif de la maladie.

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique vise à aider le patient à acquérir ou maintenir des compétences pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. L'éducation thérapeutique « s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui. »

Elle a aussi pour objectif de fournir des **conseils hygiéno-diététiques** (activité physique, sommeil, alimentation, hygiène corporelle, etc.) et d'informer des risques et conséquences de **l'usage de cannabis** et des autres substances toxiques, sur le pronostic évolutif des troubles (vis-à-vis des symptômes, des rechutes etc.). Elle permet d'inciter à l'arrêt des consommations et d'accompagner le patient dans cette démarche.

Elle permet aussi de questionner le patient sur sa **vie sexuelle** afin de prévenir le risque de grossesse par la prescription d'une contraception adaptée, les infections sexuellement transmissibles et les rechutes par arrêt du traitement du fait de troubles de la libido, de l'érection et de l'éjaculation qui peuvent y être liés.

La psychoéducation est initiée dès le début de la prise en charge et renforcée tout au long du suivi du patient, car il faut consacrer du temps pour que l'utilité du traitement soit bien comprise par le patient et que son adhésion soit acquise. Elle peut être réalisée en individuel ou en groupe. La gestion et l'assimilation des connaissances du patient sont évaluées régulièrement. Elle permet d'améliorer l'efficacité des autres thérapies engagées. (5,10,13,15,38,136)

La HAS a établi des recommandations de bonne pratique sur la pratique de l'éducation thérapeutique. (137)

III.1.3.c Les thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles, réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive

La plupart des formes de psychothérapie individuelle ou en groupe proposées aux patients souffrants de schizophrénie sont d'inspiration cognitive et comportementale. Elles se basent sur un **rapport collaboratif**, c'est-à-dire que patient et thérapeute travaillent ensemble, de manière active, pour résoudre les problèmes posés dans la psychothérapie.

On distingue d'une part les thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles (TCCE) indiquée dans la persistance des symptômes de la maladie, l'acceptation de celle-ci et la préservation des capacités adaptatives du sujet. Et d'autre part, les interventions cognitives, comportementales et émotionnelles à visée de réadaptation que sont les entraînements aux habilités sociales et la remédiation cognitive.

L'objectif des TCCE est de définir en collaboration avec le patient quels sont ses buts et les obstacles pour les atteindre, c'est-à-dire les problèmes concrets auxquels il est confronté dans l'instant présent. Les conceptualisations de cas précis de différentes situations-problèmes vont permettre de travailler au plus près des difficultés de vie du sujet et diminuer la présence ou le vécu de certains symptômes. Les processus d'apprentissage appelé restructuration cognitive, consiste à ce que le patient s'auto-observe « ici et maintenant », qu'il prenne conscience de sa subjectivité, de son système de croyance et de ses dysfonctionnements. Il va à assouplir la signification qu'il donne aux événements, apprendre de nouveaux modes de fonctionnements et élaborer des stratégies (ou *coping*) pour faire face à aux difficultés perçues et contribuer à son bien-être. L'objectif est que le patient considère, de lui-même, de nouvelles perspectives, plus réalistes et plus fonctionnelles, quant à sa personne et sa place dans le monde.

Les techniques de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive consistent à la sauvegarde et à l'amélioration des capacités cognitives du patient. Elles permettent d'améliorer les fonctions cognitives défaillantes, de développer la métacognition et ainsi de favoriser l'adaptation psychosociale globale. Elles prennent aussi bien en compte les déficits de mémoire, d'attention et des fonctions exécutives, que l'altération des processus cognitifs impliqués dans la cognition sociale. Elles s'inscrivent tout au long le parcours du patient et sont tout particulièrement utiles chez les jeunes patients en début d'évolution des troubles. Elles peuvent être initiées dès le début de la prise en charge, dès le premier épisode de décompensation. Il existe de nombreux programmes de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive.

L'objectif final de toutes ces interventions en TCCE est de **rendre le sujet autonome par rapport à son trouble, d'améliorer sa qualité de vie et d'éviter les rechutes**. Elles sont très utiles pour l'éducation à la maladie et au traitement, à la gestion des événements de vie stressant et à la prise en charge de comorbidités associées. Dans la schizophrénie, les interventions au long cours sont plus efficaces que les interventions brèves. En effet, les déficits cognitifs rencontrés chez ces patients ne leur permettent pas, même aux plus motivés d'entre eux, de bénéficier intégralement de cette approche

dans sa théorie stricte. Ainsi, dans cette population, les TCCE s'exercent à raison d'une à plusieurs séances par semaine, sur plusieurs mois. La durée des séances doivent être raccourcies, le nombre augmenté et le contenu adapté à leurs besoins spécifiques. Elles peuvent être renouvelées dans le temps. (5,10,13,15,38,136)

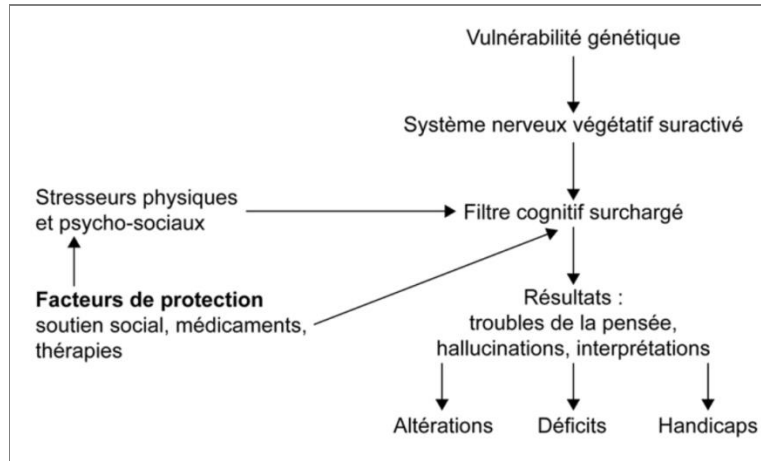


Figure 49 : Analyse fonctionnelle, modèle cognitif de la schizophrénie. (93)

Les notions de bases et techniques de TCCE seront détaillées dans la partie suivante sous la prise en charge des addictions en TCCE.

III.1.3.d Les thérapies familiales

Le retentissement de la maladie sur l'entourage et le fonctionnement familial est très important ainsi que le rôle de la famille dans l'évolution du patient. C'est pourquoi la prise en charge familiale est indispensable, soit si le contexte le rend possible, sous une des formes codifiées de thérapie familiale (thérapie systémique, psychoéducation familiale, etc.), soit sous une forme plus générale de soutien familial par des entretiens réguliers.

(5,13,15,38)

III.1.3.e Les thérapies analytiques

Les thérapies analytiques sont moins utilisées aujourd'hui à titre individuel ou en groupe (psychodrames). Toutefois, leur utilisation institutionnelle reste encore fréquente.

(5,13,15,38)

III.1.4 Accompagnement psychosocial ou sociothérapie

L'accompagnement psychosocial est fondamental pour le bon pronostic de la schizophrénie. Il commence dès le premier épisode et tous les moyens dont nous disposons doivent être mis en œuvre pour limiter le handicap social lié à la maladie. Il existe 3 domaines d'interventions en sociothérapie :

- au niveau social et financier,
- au niveau scolaire et professionnel,
- au niveau du milieu de vie du patient.

III.1.4.a Interventions au niveau social et financier

Les interventions au niveau **social et financier** peuvent consister en :

- un suivi par un assistant de service social,
- la mise en place de mesure de protection des biens (curatelle, tutelle),
- la déclaration d'affection longue durée (ALD) donnant droit à l'exonération du ticket modérateur,
- la mise en place de l'allocation adulte handicapé (AAH) si le patient est incapable de travailler,
- les interventions des groupes d'entraide mutuelle (GEM) dont l'objectif est l'amélioration des conditions de vie des personnes souffrants de handicaps psychiques et cognitifs.

(5,13,15,38)

III.1.4.b Intervention au niveau scolaire et professionnel

Favoriser le maintien scolaire ou professionnel est très important, car cela conditionne le devenir et l'indépendance financière du patient, et aussi parce que les investissements intellectuels sont thérapeutiques en soi, favorisant l'ouverture au monde en luttant contre la tendance à la désorganisation et à l'isolement social.

L'intervention d'une aide au maintien de la scolarité passe par la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI).

Au niveau professionnel l'aide peut passer :

- par la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH),
- par des structures de réadaptation et de travail protégés (ESAT et entreprises adaptées)
- par le lien avec le médecin du travail.

(5,13,15,38)

III.1.4.c Intervention dans le milieu de vie du patient

Les interventions au niveau **social au domicile** et dans **le milieu de vie** du patient peuvent consister en :

- une aide au domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie, IDE intervenant au domicile) ;
- une aide d'accès au logement avec des possibilités pour ceux qui le nécessite d'hébergement en appartement thérapeutique ;
- une aide au maintien dans le milieu de vie, à la socialisation ou à la réalisation de projets de vie, grâce au service d'aide à la vie sociale (SAVS) ou de service d'aide médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

(5,13,15,38)

III.1.5 Prise en charge somatique

La prise en charge somatique des patients souffrants de schizophrénie est fondamentale dans le suivi au long cours compte tenu des nombreuses comorbidités somatiques qu'ils présentent, d'autant plus lorsqu'il existe des comorbidités addictives. Pour ce faire, il est important d'établir des collaborations étroites avec la médecine générale. (38)

D'après l'HAS, le repérage de la présence de comorbidités addictives doit faire partie du bilan initial de la schizophrénie. (10)

III.2 PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE DE L'USAGE DE CANNABIS

« Les 3 étapes de la prise en charge des conduites addictives sont la prévention des risques des dommages, le contrôle des conduites addictives et ou le sevrage dans certains cas et enfin la prévention des rechutes. À chacune de ces étapes, des techniques relationnelles comme l'entretien motivationnel ainsi que des compétences psychiatriques et somatiques sont indispensables. Il convient de cerner au mieux les difficultés les attentes des personnes afin de les engager vers une démarche de changement et le maintien de celle-ci dans le temps. Au travers de ces étapes la prise en charge sera pluridisciplinaire avec différents acteurs qui interviendront à tous les temps de la prise en charge. L'objectif étant d'optimiser les chances de réussite d'atteindre les objectifs fixés par le patient. » (90)

III.2.1 Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022

Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 a été validé par le cabinet du Premier ministre le 19 décembre 2018. Il s'articule autour de 6 grands défis :

- 1) Protéger dès le plus jeune âge.
- 2) Mieux répondre aux conséquences des addictions pour les citoyens et la société.
- 3) Améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic.
- 4) Renforcer les connaissances et favoriser leur diffusion.
- 5) Renforcer la coopération internationale.
- 6) Créer les conditions de l'efficacité de l'action publique sur l'ensemble du territoire.

Quelques objectifs intéressants la prise en charge de la consommation de cannabis :

- « Changer de regard sur les consommations » : débanaliser et déstigmatiser.
- « Adopter un discours public clair, objectif et partagé sur les risques et les dommages liés aux consommations, fondé sur les dernières données scientifiques nationales et internationales. Le faire porter par tous les départements ministériels. Susciter des débats, en particulier au niveau local. Promouvoir ce discours au niveau européen et envisager des actions d'information convergentes entre les Etats membres. »
- « Rendre les connaissances scientifiques sur les addictions accessibles aux jeunes en poursuivant le soutien à ces initiatives de culture scientifique (média numérique, événements nationaux et régionaux, les outils de prévention par l'aide à distance). »
- Soutenir les programmes et actions de prévention notamment en y associant les jeunes, les acteurs œuvrant sur internet, l'enseignement supérieur et les services de santé au travail. Utiliser l'opportunité du service sanitaire des étudiants en santé dans les actions de prévention en particulier celles menées auprès de publics vulnérables.

- Renforcer la sensibilisation et la formation du grand public et des acteurs de soins. En particulier ceux du dispositif de soins de premier recours, articulé à titre principal autour des médecins généralistes. Développer la formation des professionnels de santé depuis la formation initiale jusqu'au développement professionnel continu (DPC). L'objectif pour les médecins généralistes est de pouvoir « proposer à leurs patients une réponse adaptée, en termes de repérage des usages à risque, d'évaluation de l'ensemble des consommations, de motivation au changement, de réduction des risques et de dépistage systématique des comorbidités infectieuses (VIH, VHC et VHB), d'engagement dans le soin ainsi que d'orientation, le cas échéant. »
- « Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire notamment de suivi médico-psychosocial de proximité qui est le plus adapté aux situations souvent complexes de certains patients » notamment ceux présentant une pathologie duelle.
- « Favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap mental. »
- Mieux organiser, structurer et rendre visible l'offre de soins sur chaque territoire, et la rendre plus uniforme au niveau national.
- Concernant le domaine de la recherche : « promouvoir des recherches sur les trajectoires de consommateurs de cannabis : déterminants des risques de troubles psychiatriques (facteurs génétiques, âge, précocité d'exposition) » ; « étudier la perception des risques associés à l'alcool et au cannabis » ; « étudier la production et l'offre de cannabis en Europe et en France. »
- Mettre en place un système de prévention et de prise en charge spécifique pour les personnes placées sous-main de justice et dans tous les milieux pénitentiaires.

III.2.2 Prévention et réduction des dommages

Le développement des interventions menées dans la dépendance aux opiacés avec l'épidémie du virus du SIDA a marqué un tournant dans la prévention des risques et des dommages.

Par la suite, il y a eu de nombreuses campagnes de prévention contre le tabagisme en France et un peu moins pour l'alcool, par contre il y a très peu de campagne de prévention qui ont été mené contre le cannabis. En parallèle de ces mesures législatives répressives, il existe peu de mesure de prévention gouvernementales spécifique contre l'usage de cannabis en France, qui est traité avec le reste des toxiques illicites. Pourtant, ce travail de prévention a montré sa nécessité dans le contrôle des conduites addictives et parfois à leur arrêt. (90)

La première et l'unique campagne nationale de prévention contre le cannabis a été lancée en 2005, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Cette campagne a consisté à la création d'une ligne téléphonique « écoute cannabis », qui est toujours en service, la création et le développement sur le territoire de centres de consultation dédiée au cannabis (CSAPA pour les patients quel que soit leur âge et pour leur proches) et à une campagne médiatique avec la diffusion de films et de spots publicitaires diffusés à la radio trois brochures d'informations.

Sur le site internet de santé publique France sont disponibles ce numéro d'écoute cannabis 0 811 912 020, ainsi que les brochures. Ce numéro a pour but de délivrer une information personnalisée, l'écoute, une aide pour arrêter, et si nécessaire une orientation vers des structures de soins. Le site de l'association « drogues info service » a aussi son propre numéro d'écoute : 0 800 23 13 13.

Il existe de nombreux sites internet proposant des informations, des outils et des supports, notamment (liste non exhaustive) :

- Site de l'OFDT
- Site Drogues Info Service
- Site SOS Addictions
- Site de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)
- Site de Santé Publique France
- Site drogues.gouv.fr de la MILDECA

Certains sont entièrement ou en partie, dédiés aux professionnels de santé. Ce sont souvent des associations qui organisent notamment des colloques des thématiques d'addictologie. Il s'agit de (liste non exhaustive) :

- Site d'Addiction Méditerranée au niveau des bouches du Rhône
- Site Fédération Addiction
- Site cannabis-medecin.fr
- Site intervenir-addictions.fr
- Site « Addict'Aide », le village des addictions
- Site de la Fédération Française d'Addictologie

- Site RESPADD, qui est association à but non lucratif qui fédère en France, plus de 600 établissements de santé engagés dans la prévention et la prise en charge des pratiques addictives. Elle organise fin juin 2019 une rencontre professionnelle sur les nouveaux usages cliniques des cannabinoïdes.

Outre les numéros d'écoutes, sites internet et les brochures, des associations réalisent des interventions en milieu scolaire, ainsi que des programmes de psychoéducation (individuels ou groupaux). Toutefois, ces derniers impliquent que le patient soit déjà inscrit dans un parcours de soins.

Le site de drogue info-service, a établi une liste de conseil de réduction des risques concernant le cannabis :

- Toute consommation expose à des risques. Il est toujours préférable de s'abstenir, en tout cas de reporter la consommation, quand on se sent fatigué, stressé, mal ou qu'on éprouve de l'appréhension. Il est également préférable de consommer avec des gens de confiance, dans un contexte rassurant.
- Attention aux doses : surtout les premières fois, attendre de connaître les effets sur soi avant de chercher à consommer plus ou plus souvent.
- Ne pas mélanger plusieurs produits ensemble.
- Limiter la fréquence de la consommation.
- Préférer la vaporisation à la combustion (au joint ou au bang).
- Ne pas utiliser de bangs artisanaux : qui libèrent des fumées acides et des toxiques entraînant des complications pouvant être graves, voire mortelles.
- Lorsque le cannabis est ingéré, l'apparition des effets est différée. Il est indispensable de ne pas consommer pendant le temps d'attente car l'utilisateur s'expose à une surdose.
- S'abstenir de conduire un véhicule après avoir consommé.
- Face à une réaction de panique causée par la consommation de cannabis (« bad trip »), il faut rassurer l'utilisateur en lui expliquant que les effets vont disparaître et que tout va redevenir normal. (42)

Santé publique France a réédité en 2016, un guide d'aide, de soutien, à l'arrêt de la consommation du cannabis pour le grand public. Il comprend une liste de structures ressources pour trouver des aidants extérieurs. Il est conçu en 5 parties :

- comprendre pourquoi on fume du cannabis ;
- définir pourquoi l'on veut arrêter de fumer (raisons liées à la santé, à la vie sociale, aux finances, à la loi) ;
- choisir son jour d'arrêt ;
- mettre en place une stratégie pour arrêter de fumer : changer ses habitudes, gérer le manque, éviter les situations favorables à la consommation, etc. ;
- gérer les rechutes éventuelles.

III.2.3 Les thérapies médicamenteuses

III.2.3.a Introduction

Dans le premier temps, les traitements médicamenteux de l'addiction ont pour but de prévenir et de soulager l'état de manque, le syndrome de sevrage. Il s'agit de médicaments non spécifiques qui vont atténuer les symptômes du sevrage notamment l'anxiété par des traitements sédatifs, ou encore des antispasmodiques et myorelaxants pour les douleurs digestives et musculaires. Ils vont permettre au patient de s'investir dans un suivi médical, psychologique et social, contribuant ainsi au changement de comportement.

Dans un deuxième temps, ils ont pour but de réduire voire d'arrêter les consommations, puis d'éviter les rechutes à moyen et à long terme. Il s'agit des médicaments de substitution aux opiacés pour l'addiction aux opiacés, des benzodiazépines pour l'alcool, des substituts nicotiques et de la varénicline pour le tabac. La poursuite ou la reprise des consommations est favorisée par le *craving* (envie irrésistible de consommer) et un déficit du contrôle comportemental. Les médicaments d'aide au maintien de l'abstinence visent notamment à réduire le craving.

III.2.3.b Les thérapies médicamenteuses dans le sevrage au cannabis

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé. Cependant il n'existe pas pour l'instant de traitement spécifique pour gérer les symptômes de sevrage au cannabis, ni même de traitement de substitution ou autres pour faciliter le sevrage ou le maintien de l'abstinence. (138) Les médicaments utilisés visent à réduire l'anxiété et les troubles du sommeil induit par l'arrêt du cannabis, et à traiter les éventuels problèmes psychiatriques sous-jacents. Le traitement médicamenteux ne représente qu'un aspect de la prise en charge. Et on ne peut pas compter sur celui-ci en ce qui concerne la consommation de cannabis. Ainsi, les actions thérapeutiques sont limitées par le statut illégal de la consommation de cannabis, les limites des médicaments à notre disposition et par l'absence de traitement de substitutif. La « légalisation contrôlée » de l'usage de cannabis, pourrait constituer une option « thérapeutique », c'est une des hypothèses qui fait débat et qui permettrait selon certains professionnels de santé de résoudre cette problématique. (139)

Ci-dessous sont détaillées des perspectives thérapeutiques qui pourraient être envisagées et qui sont décrites dans le document « renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marijuana, marihuana) et les cannabinoïdes » réalisé par le gouvernement canadien (printemps 2018). (45)

Les traitements qui ont été étudiés dans le sevrage au cannabis n'ont montré qu'une efficacité limitée (138) (notamment les antidépresseurs, les régulateurs de l'humeur, (140,141), et la quétiapine, (142)). Le zolpidem a été étudié pour le traitement des perturbations du sommeil causées par

l'abstinence. (143,144) « Toutefois, **les thérapies de substitution aux agonistes** (par exemple, le dronabinol, le nabilone, le nabiximols) **pourraient être une approche plus prometteuse.** (138)

Une étude clinique à répartition aléatoire et double insu, contrôlée par placebo, menée pendant six jours chez des patients hospitalisés et portant sur le nabiximols utilisé à titre de traitement de substitution par des agonistes des symptômes de sevrage au cannabis a indiqué que le traitement au **nabiximols atténue les symptômes de sevrage au cannabis et améliore la rétention des patients suivant le traitement** (138). Toutefois, le placebo était aussi efficace que le nabiximols pour promouvoir une réduction à long terme de la consommation de cannabis tel que mesuré lors du suivi. Le traitement au nabiximols a réduit considérablement la gravité générale des symptômes du sevrage au cannabis par rapport au placebo, notamment les effets sur **l'irritabilité, la dépression et l'état de manque, et a eu un effet limité sur les troubles du sommeil, l'anxiété, la perte d'appétit, les symptômes physiques et l'agitation.** »

« Une étude clinique intra-sujet et contrôlée par placebo a démontré que le **nabilone diminue les symptômes de sevrage du cannabis, y compris l'irritabilité et les perturbations du sommeil et de l'alimentation causées par l'abstinence** chez les fumeurs de cannabis chroniques recherchant un traitement. (145) Le nabilone avait aussi **réduit l'autoadministration de cannabis au cours de la période d'abstinence.** ».

Une étude de suivi a observé que le nabilone administré avec du zolpidem « avait aussi **amélioré les perturbations de l'humeur, du sommeil et de l'appétit causées par l'abstinence et avait aussi réduit la consommation de cannabis fumé** tout en n'ayant aucun effet sur les capacités cognitives des participants. » (143)

« Une étude a montré l'efficacité du dronabinol administré à raison de 40 mg par jour par rapport au placebo, le **dronabinol ayant atténué les symptômes du sevrage et amélioré la volonté de poursuivre le traitement, mais non l'abstinence.** » (146)

Le nombre limité d'études précliniques effectuées à ce jour (14 études ont été menées principalement sur des animaux et seulement quelques-unes chez les humains (147)) suggèrent que « le CBD aurait un pouvoir thérapeutique dans le traitement de l'addiction aux opioïdes, à la cocaïne et à des psychostimulants et certaines données préliminaires semblent indiquer que le CBD serait aussi **bénéfique dans le traitement de l'addiction au cannabis** et au tabac chez les humains. » (147) **Le CBD ne renforcerait pas la dépendance au cannabis.** (147)

« Dans une étude clinique, une femme de 19 ans ayant développé une dépendance au cannabis et manifestant des symptômes de sevrage au cannabis dès l'arrêt de la consommation a reçu du CBD pendant 11 jours et le traitement a été associé à une diminution rapide des symptômes du sevrage. (147,148) Dans une autre étude menée chez l'humain, le cannabis dont le rapport CBD/THC était plus élevé a été associé à de plus faibles d'effets plaisants de la consommation, aucune différence entre les groupes n'a été observée en ce qui concerne les « état de manque » ou de « défonce ». » (147,149)

(45)

III.2.3.c Les thérapies médicamenteuses dans le sevrage tabagique

Il est impossible d'aborder la question de la prise en charge de l'usage de cannabis sans parler de celle du tabac, ces deux consommations étant encore très fortement associées chez les consommateurs de cannabis, et la consommation de cannabis fumé mélangé à du tabac engendrant une dépendance plus forte à la nicotine. Ainsi la prise en charge de la consommation de cannabis vers le sevrage, peut être aidée par la prise en charge du sevrage tabagique.

Il existe 3 types de la dépendance au tabac la dépendance psychique, physique et comportementale.

- La dépendance physique est liée à la nicotine, la molécule addictogène du tabac.
- La dépendance comportementale : habitudes et situations à risque d'entraîner une envie de consommer du tabac (le geste de fumer, voir d'autres personnes consommer, les moments où l'on a l'habitude de consommer, sentiments de convivialité associée à la cigarette, etc.).
- La dépendance psychique : émotions et pensées favorisant la consommation de tabac. sentiments d'apaisement Le fumeur devrait identifier les situations à risques, et apprendre à gérer différemment ses émotions et les moments de la journée où la cigarette est consommée.

Il existe 3 médicaments utilisés dans l'aide au sevrage tabagique. Il s'agit :

- les **traitements de substitution nicotinique (TSN)** qui sont prescrits en première intention. Ils sont disponibles sous différentes formes, en vente libre ou sur prescription ;
- les deux médicaments : la **varénicline** (Champix®) et le **bupropion** (Zyban®) qui sont dispensés uniquement sur prescription médicale et généralement prescrits en 2^{ème} intention, chez les patients les plus dépendants après l'échec du sevrage avec les TSN. (77,150)

Leur objectif est de lutter contre la dépendance physique au tabac en remplaçant la quantité de nicotine apportée par celui-ci (pour les TSN) ou de mimer l'action de la nicotine au niveau des récepteurs cellulaires (pour la véricline et le bupropion). Ils réduisent efficacement les symptômes de manque (signes du sevrage), voire du plaisir associé au tabac, le *craving* (envie irrésistible et compulsive de fumer), l'irritabilité, les troubles de la mémoire, de la concentration et du sommeil. Ils n'ont aucun effet sur les dépendances psychologique et comportementale. Ils sont prescrits en fonction de la consommation de tabac par jour, du type de consommation (cigarettes manufacturée, tabac à rouler, en association avec du cannabis) et du niveau de dépendance (évalué avec le test de Fagerström), tout en tenant compte des comorbidités associées (psychiatriques et addictologiques). (77)

Leur utilisation et la maîtrise de leur prescription par les soignants est importante dans le sevrage au cannabis. En effet, l'usage de cannabis est le plus souvent associé au tabac, la consommation de joint majore la dépendance à la nicotine et lors du sevrage au cannabis les patients ont tendance à augmenter leur consommation de cigarettes. De plus, chez les patients souffrant de schizophrénie, ont une dépendance accrue au tabac et des difficultés de sevrages qui leurs sont spécifiques.

L'HAS préconise l'utilisation des TSN et de la véricline pour le sevrage tabagique dans la schizophrénie. (10)

c.1 Traitements de substitution nicotinique

Le dosage est calculé en fonction des résultats au test de Fagerström qui évalue le degré de dépendance en fonction du nombre de cigarette consommé.

Les différentes galéniques retrouvées sont : les comprimés et les pastilles à sucer, les gommes à mâcher, le comprimé sublingual, la solution pour pulvérisation buccale, le dispositif pour inhalation buccale, et enfin le dispositif transdermique ou « patch ». Ils ont une efficacité comparable à dose équivalente et peuvent être associés entre eux pour être adapté aux besoins des patients. Les dispositifs transdermiques sont utilisés comme traitement de fond, libérant de la nicotine sur 24 heures. Les formes orales ou inhalées apportent une libération immédiate et de courte durée de nicotine et permettent de gérer le *craving*.

Ils sont utilisables dès l'âge de 15 ans, y compris chez la femme enceinte et allaitante, aussi chez les personnes venant de faire un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral.

Le syndrome de manque est maximal durant les premiers jours et dure jusqu'à 4 semaines, ce qui justifie une durée de traitement de 6 semaines minimum et qui peut aller jusqu'à 6 mois chez les fumeurs très dépendants. La fin du traitement fera l'objet d'une réduction progressive des TSN. (77,150)

c.2 Varénicline

Il s'agit d'un agoniste partiel des récepteurs cholinergiques nicotiniques.

Il est prescrit en 2^e intention chez les sujets de plus de 18 ans. Il est instauré progressivement avant l'arrêt du tabac, ce qui permet d'abord atténuer l'effet renforçant induit par la nicotine, puis de compenser son absence lorsque la consommation de tabac est interrompue.

La durée du traitement est de 12 semaines, prolongeable de 12 semaines, et suivi d'une réduction progressive chez les patients à haut risque de rechute.

Ses effets indésirables fréquents sont la nausée, les céphalées, l'insomnie, les rêves anormaux et les troubles digestifs. Il est contre-indiqué chez la femme enceinte et allaitante. (77,150)

c.3 Bupropion ou amfébutamone

Ce médicament a plusieurs modes d'action, il est utilisé comme antidépresseur dans d'autres pays que la France, et c'est un antagoniste non compétitif des récepteurs nicotiniques.

Il est prescrit en 2^{ème} intention chez des sujets de plus de 18 ans. Il est initié à doses progressive avant l'arrêt du tabac. La durée du traitement est de 7 à 9 semaines, suivi d'une décroissance progressive des doses.

L'insomnie est un effet indésirable fréquent. Il peut aussi induire des réactions d'hypersensibilité, des convulsions, et des effets psychiatriques grave que sont : la survenue d'une dépression, d'idées voire de comportements suicidaire, de symptômes psychotiques et maniaques, surtout chez les patients vulnérables ou ayant des antécédents psychiatriques. Il est contre-indiqué chez la femme enceinte et allaitante ainsi que chez les patients ayant des antécédents de convulsions et de troubles bipolaires. En conséquent, c'est un traitement à manier avec précaution chez les patients souffrants de schizophrénie. (77,150)

c.4 Autres approches

✧ La cigarette électronique

Ces dispositifs électroniques (cigarette électronique, e-cigarette, vaporeuse etc.), avec ou sans nicotine, ne sont pas indiqués actuellement dans le sevrage tabagique, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Leur statut de produits de consommation fait qu'elles ne peuvent pas être vendues en pharmacie car elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée. Elles sont généralement vendues dans des commerces spécialisés ou sur internet. Elles échappent à la réglementation sur les médicaments et aux contrôles applicables aux produits du tabac. (150)

A ce jour, leur utilisation n'est pas recommandée en raison de l'insuffisance de données sur la preuve de leur efficacité et de leur innocuité. (150) Néanmoins, son utilisation semble beaucoup moins nocive que celle du tabac. Elle est à ce jour largement utilisée par les fumeurs pour qui elle représenterait une réelle aide au sevrage. Elle semble surtout être utile pour lutter contre les dépendances comportementale et psychologique. Elle serait aussi efficace que les TSN pour l'arrêt de la consommation à 6 mois. (77) C'est pourquoi, d'après l'HAS « leur utilisation ne doit pas être déconseillée mais doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt avec accompagnement ».

Une étude nationale appelée ECSMOKE, ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité de la cigarette électronique (avec ou sans nicotine) comparée à la varénicline, est prévue d'être menée dans onze hôpitaux et un dispensaire. Cette étude va être financée par les autorités de santé. (151)

✧ Le CBD

Une étude clinique à répartition aléatoire et double insu, contrôlée par placebo et portant sur 24 fumeurs de tabac a montré que le **CBD en inhalation était associée à une réduction significative du nombre de cigarettes fumées**. (147,152) Toutefois, son efficacité sur le sevrage tabagique reste incertaine du fait du manque de données d'études précliniques et cliniques.

c.5 Sevrage tabagique et schizophrénie

Les TSN, le bupropion et la varénicline sont tous des traitements efficaces de sevrage tabagique pour les patients atteints de schizophrénie, donc ils constituent trois options de prescription possibles pour l'arrêt de la consommation de tabac dans cette population. Les études ont montré que tous étaient bien tolérés.

Plusieurs revues de la littérature montrent une supériorité du bupropion et de la varenicline dans l'efficacité du sevrage tabagique chez les personnes souffrant de schizophrénie, par rapport à la seule utilisation des TSN. (153,154) De plus, ils présenteraient une efficacité pour stabiliser les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie. Les taux d'abstinence sont accrus lorsque le bupropion est associé aux TSN ou à un antipsychotique de deuxième génération. Il semblerait que la varénicline soit supérieure au bupropion d'après certaines études. La combinaison de plusieurs traitements est plus efficace qu'un traitement en monothérapie, c'est ce que l'on appelle une « thérapie

combinée ». Les TSN associant différentes formes galéniques, et la varénicline serait la thérapie combinée la plus efficace, avec un arrêt des consommations a au moins 6 mois chez 31,5 et 28 % des patients respectivement, contre 18 à 19 % pour les TSN et le bupropion, et environ 11 % pour le placebo. (77,155) Dans tous les cas, le prescripteur devra évaluer la motivation du patient à s'arrêter de fumer, les traitements ayant plus de chance de succès chez les patients motivés et qui bénéficient d'un soutien de la motivation. Cela amène à penser que le traitement du sevrage tabagique chez les patients atteints de schizophrénie est multidimensionnel et qu'il est nécessaire d'utiliser plus d'un médicament de cessation pour parvenir à une abstinence durable. (153,154)

III.2.4 Les prises en charge psychothérapeutiques

On peut classer les interventions psychothérapeutiques en trois catégories de modalités de traitement :

1. **L'intervention individuelle** : elle s'appuie sur deux approches pour les comorbidités : l'entretien motivationnel et la TCCE.
2. **L'intervention de groupe** : il en existe trois types différents : les groupes axés sur un stade précis du traitement, les groupes d'apprentissage de compétences sociales et les groupes d'entraide.
3. **L'intervention familiale** qui vise plusieurs objectifs : l'atténuation du stress global au sein de la famille, la porte des informations générales sur la maladie mentale et les comorbidités. (76,156)

Au préalable de toute prise en charge en addictologie, un **entretien addictologique** aussi exhaustif que possible, doit recueillir **l'histoire de la conduite addictive** afin de permettre d'orienter au mieux la prise en charge. Le professionnel doit rechercher :

- L'âge de début (un début précoce est un facteur de gravité) ;
- Les conditions des premières expériences addictives (seul ou en groupe, relation avec ses pairs) ;
- Les effets ressentis lors des premières expériences ;
- L'existence d'éléments de gravité liés à l'addiction ainsi que l'existence d'un *craving* important ;
- L'existence de période d'abstinence et/ou de tentatives de sevrage. Et quels ont été les moyens utilisés ;
- Les antécédents de manifestations dues au sevrage ;
- L'existence de complication somatique et psychiatrique liées aux consommations ;
- L'existence de troubles psychiatriques personnels et familiaux ;
- Les ressources personnelles, relationnelles et sociales du sujet. (90)

III.2.4.a L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) se base sur le modèle théorique du changement de Prochaska et Diclemente. Prochaska fut marqué par l'alcoolisme de son père, en 1979, il liste ce qu'il considère être les principes communs du changement :

- 1) Prise de conscience,
- 2) Auto-évaluation,
- 3) Récompense,
- 4) Contrôle de l'environnement. (157,158)

L'EM peut s'utiliser dans toutes les situations nécessitant le changement ou l'abandon d'un comportement habituel. Il peut aussi s'utiliser pour améliorer l'engagement du patient dans le traitement. Cette technique permet de renforcer la dynamique de changement face aux consommations de substances et les comportements à risques qui en découlent. De nombreuses études ont montrées l'efficacité de l'EM pour aider les patients à avoir une consommation contrôlée ou à maintenir leur abstinence. Il a un rôle fondamental dans la prise en charge de toute addiction. (156)

Les 4 étapes de l'EM :

- L'engagement dans la relation : construction de l'alliance thérapeutique.
 - La focalisation : faire émerger une demande.
 - L'évocation : passer du discours maintien au discours changement.
 - La planification : élaboration du plan de changement, de la mise en œuvre du changement.
- (157,158)

Pour Prochaska, l'évolution dans le processus de changement comprend 6 étapes que l'on peut répartir en 2 phases (157,158) :

※ PHASE 1 : MOTIVATION

1) Stade 1 : **Précontemplation.**

A ce stade, le patient est en déni total du trouble addictif et des conséquences négatives de son comportement. Il ne considère pas le changement.

L'objectif à ce stade est de faire naître le doute.

2) Stade 2 : **Contemplation.**

A ce stade, le patient a conscience de l'existence d'un problème. Il considère le changement, mais au conditionnel. Il prend conscience des avantages et des inconvénients liés au changement, c'est une phase d'ambivalence.

L'objectif à ce stade est de faire pencher la balance décisionnelle en faveur du changement grâce notamment à des techniques d'entretien (recontextualiser, reformuler, répéter, refléter, résumer, renforcer et valoriser) et à des stratégies pour faire face aux résistances du patient. Les individus ont

tendance à vouloir préserver leur sentiment de liberté dans leurs actes et leurs décisions. Lorsqu'un événement menace ou réduit cette liberté (par exemple diminuer sa consommation de cannabis pour des raisons de santé, ou d'efficacité du traitement antipsychotique) les individus réagissent en tentant de restaurer ce sentiment de liberté et notamment en s'opposant à la prise en charge. C'est le principe de réactance. Et plus les discours sont moralisateurs voire culpabilisateurs (de la part des proches, des soignants), plus cela sera vécu par l'individu comme des obstacles à son sentiment de liberté.

L'ambivalence est une attitude normale de l'être humain, lorsqu'on est en manque de maîtrise et de contrôle sur une situation ou sur un changement. Elle est source d'anxiété. Cette ambivalence est très présente chez les sujets présentant une conduite addictive, elle est aussi un symptôme de la schizophrénie, ce qui vient ajouter une difficulté supplémentaire dans la prise en charge des comorbidités addictives dans cette population. (90,156)

3) Stade 3 : **Détermination.**

Le patient a un désir et un objectif concret de diminution ou d'abstinence.

L'objectif à ce stade est de planifier un programme d'action avec le patient.

※ PHASE 2 : THERAPEUTIQUE

4) Stade 4 : **Action.**

Cette période dure jusqu'à 3 mois après l'arrêt de la consommation.

L'objectif à ce stade est d'accompagner le patient dans les étapes du changement et de modifier son comportement. L'aide à ce stade peut passer par la prescription d'une médication et un suivi psychothérapeutique.

5) Stade 5 : **Maintien.**

Cette période commence 3 mois après l'arrêt de la consommation.

L'objectif à ce stade est l'aide au maintien de l'abstinence (en favorisant l'autonomie du patient et le maintien du changement dans le temps) et la prévention des rechutes (gestion des envies, recherche de stratégies comportementales et cognitives). Il est important d'identifier les facteurs précipitant et moteur des conduites addictives qui sont surtout liées aux besoins de satisfaire un plaisir immédiat et ou la disparition d'un inconfort, obtenir un soulagement un apaisement. Il est tout aussi important d'identifier les ressources du patient et les stratégies qui ont déjà été mises en place pour le changement. Ce mode de prise en charge basé sur les ressources du sujet (la psychologie positive et le renforcement positif) est essentiel, car la perception et les attentes des soignants peuvent modifier de manière durable le comportement des patients. L'alliance thérapeutique basée sur l'empathie, une continuité, l'espoir et la confiance dans les capacités de la personne à changer constitue un pilier, un réel levier de changement. (90)

L'alliance thérapeutique est fondamentale et centrale. Les rechutes et la mauvaise adhésion à la prise en charge, sont le plus souvent liées à la mauvaise qualité de l'alliance thérapeutique. Il en va

de même pour l'accès aux soins chez les personnes les plus vulnérables qui se méfie souvent des soignants. (90)

La prise en charge des conduites addictives passe par une prise en charge intégrée avec l'appui des aidants et la connaissance du quotidien du patient. Ne pas prendre en compte l'environnement du sujet et ses proches dans la prise en charge risque de renforcer des conduites addictives. C'est pourquoi, afin de prévenir le risque de rechute, lorsque le patient est pris en charge en hospitalisation, la préparation de sa sortie est essentielle. (90)

6) Stade 6 : **Rechute.**

L'objectif à ce stade est de déculpabiliser le patient et l'accompagner vers un nouveau processus de changement. Le *craving* est un facteur prédictif considérable de rechute chez les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, notamment les patients souffrants de schizophrénie. (159) Il est important d'aider le patient à identifier les facteurs prédictifs d'une rechute, les facteurs favorisant l'envie de consommer et la gestion de cette envie, notamment par des techniques comportementales, cognitives et émotionnelles.

La rechute fait partie du processus de changement, elle constitue la règle plus que l'exception. Les rechutes et les échecs de la prise en charge sont le plus généralement attribués aux troubles ou à l'absence de motivation du sujet. Cette perception rend difficile la prise en charge de ces personnes car elle ne favorise pas une bonne alliance thérapeutique, ni une bonne dynamique motivationnelle. D'autant plus que chaque rechute renforce le sentiment d'inefficacité personnelle et une baisse d'estime de soi chez le patient, et implique de ce fait la nécessité d'une attention accrue des soignants dans la mise en œuvre des programmes aide au sevrage. En ce sens la formation des soignants est essentielle, car les soignants ont une influence directe sur le pronostic évolutif du patient.

Chaque rechute ne représente pas un échec mais une opportunité d'adapter à nouveau la prise en charge de manière plus efficace. Elle permet d'identifier les facteurs de rechute les mécanismes et le fonctionnement de l'individu. Et ainsi de développer les ressources du sujet afin de réussir à y faire face, et ainsi pouvoir sortir du cercle vicieux de l'addiction. (90)

« Le secret du changement consiste à concentrer son énergie pour créer du nouveau, et non pas pour se battre contre l'ancien. » Dan Millman.

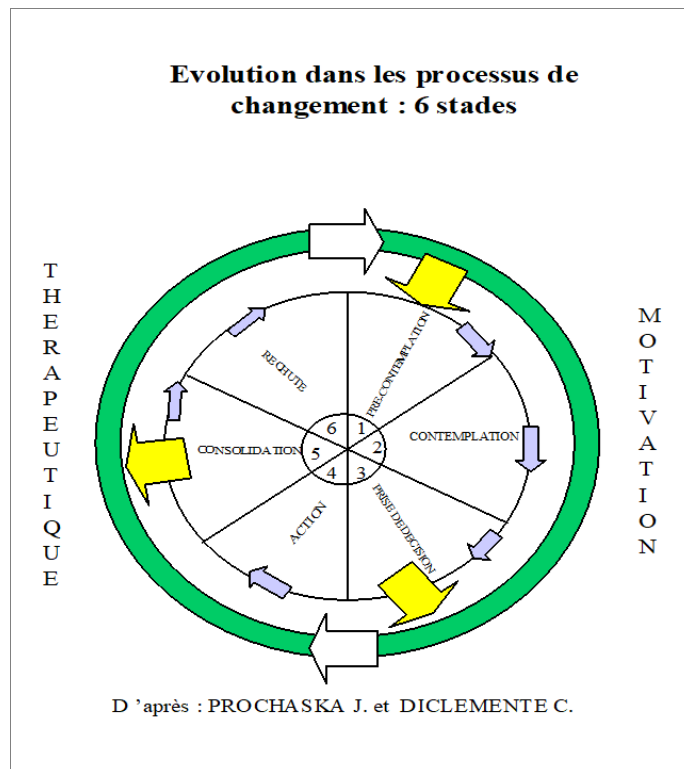


Figure 50 : Modèle théorique du changement de Prochaska et Diclemente.

Le professionnel de santé doit être celui qui favorise et permet le changement. C'est dans l'interaction que l'on peut faire naître la motivation au changement. L'objectif de l'EM est de faire émerger la motivation intrinsèque du sujet en faveur d'un changement. L'amener à passer du stade de non-considération (précontemplation) au stade de considération du changement (contemplation) puis au stade de détermination. L'intervention d'un tiers (même soignant) ne fait que favoriser la mise en place ou la réalisation d'un processus naturel. (90)

Les 4 principes fondamentaux de l'EM sont :

- De **faire preuve d'empathie**, sans aucune forme de jugement. Cela est peut-être d'autant plus important chez les jeunes où le regard des autres compte probablement plus qu'à d'autres âges plus avancés.
 - De **faire ressortir les contradictions** entre le comportement et les objectifs du patient.
 - De **composer avec la résistance** (ne pas argumenter, ne pas s'opposer, pas de discours moralisateur). La peur étant source d'angoisse et de résistance, elle ne favorise pas le sevrage mais risque au contraire de renforcer la consommation de substances psychoactives.
 - De **soutenir le sentiment d'efficacité personnelle** (encourager, féliciter).
- (90,157,158)

Une intervention de 4 séances a été développée spécifiquement pour améliorer l'anticipation au changement et l'engagement au traitement chez des patients présentant une co-occurrence de la schizophrénie et de conduites abusives d'alcool et à d'autres substances. Au cours de cette étude pilote 92 % des 22 participants en tous affirmé que **l'intervention était positive et apporter un soutien**. Les

patients de l'étude auraient améliorés leur reconnaissance des problèmes liés aux conduites addictives et auraient développés une plus grande implication dans le traitement lié à cette conduite. Lors de l'intervention après intervention, la majorité des participants (77%) utilisaient moins fréquemment leur substance problématique, utilisaient davantage de services de traitement, reconnaissaient mieux leur problème et avaient un engagement accru en faveur du traitement. Cependant, les auteurs précisent que des évaluations continues de l'efficacité, utilisant des conceptions de groupes témoins, seraient nécessaires à la suite de cette étude. (160)

Les patients souffrant de schizophrénie ont des difficultés à changer leur consommation sans une intervention clinique et un renforcement de leur motivation. Des facteurs de motivation externes tels que l'intervention des proches, du personnel soignant et du système juridique peuvent être utilisés pour améliorer le faible degré de motivation interne. (156) De ce fait, il est essentiel d'évaluer la motivation de ces patients afin de les aider à réduire leurs consommations de substances psychoactives. Il est aussi important d'adapter l'entretien motivationnel au sujet, notamment aux difficultés cognitives, à l'ambivalence et au défaut d'insight qui sont inhérents à la maladie. (161)

III.2.4.b La Thérapie Cognitive, Comportementale et Emotionnelle (TCCE)

Les TCCE ne résolvent pas tous les troubles du comportement ni tous les troubles mentaux, mais elles peuvent être considérées comme des outils très efficaces dans certaines prises en charge. L'efficacité de cette approche dans la prise en charge de patients présentant une comorbidité psychiatrique et addictive a été validée par la recherche. (156)

b.1 Notions de base en TCCE

Les thérapies cognitives et comportementales sont nées dans les années 1960. Historiquement, on discerne 3 vagues : comportementale (années 1950), cognitive (années 1970), et émotionnelle (années 1990).

Voici quelques définitions de base de la TCCE selon Jean COTTRAUX.

La psychologie cognitive est « l'étude de l'activité mentale dans ses relations avec la perception, les pensées et l'action. » (93)

L'action ou comportement est « un enchaînement ordonné d'actions destiné à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète. » (93)

Les cognitions, les schémas de pensées, sont nos grilles de lecture du monde, ce sont « les entités organisées de l'expérience préalable, qui contiennent à un moment donné, tout le savoir d'un individu sur lui-même et sur le monde. » (93)

Les émotions « sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir, correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux. La transformation de l'émotion (phénomène physique) en affect (phénomène mental : plaisir, tristesse, anxiété, peur, dégoût, colère) dépend de l'interprétation de la situation, donc de la cognition. » (93)

De manière générale, la TCCE considère que les **émotions, les cognitions et les comportements sont trois notions en interaction permanente**. Cette interaction se retrouve dans tous le fonctionnement mental, permettant à l'individu d'être correctement adapté à son environnement.



Figure 51 : Eléments fondamentaux du fonctionnement psychique en TCCE.

Sur le plan psychopathologique, les TCCE considèrent qu'un trouble est un comportement qui a été appris de manière inadapté à un moment donné et qui est maintenu par un ensemble de processus. Cette approche utilise des techniques visant à désapprendre les comportements inadaptés pour les remplacer par des comportements plus adaptés.

Le modèle TCCE des addictions repose sur les principes de la psychologie de l'apprentissage, issus de l'expérimentation animale et humaine : le conditionnement classique et opérant et la théorie de l'apprentissage social. L'intégration des concepts cognitifs et émotionnels ont permis de compléter le traitement des conduites addictives. (156)

※ **Apprentissage classique, pavlovien, ou apprentissage répondant**

Le conditionnement classique ou répondant a été décrit par Ivan Pavlov (1927) selon le schéma : stimulus-réponse. Un stimulus inconditionnel (SI) provoque une réponse inconditionnelle (RI) (par exemple un chien qui salive devant sa nourriture). L'exposition à un stimulus neutre (par exemple le son d'une cloche) venant s'ajouter au stimulus inconditionnel, va toujours provoquer la même réponse inconditionnelle. Par la suite, le stimulus neutre devient un stimulus conditionné (SC), et la seule exposition au stimulus conditionnel va provoquer une réponse conditionnée (RC) (le seul son de la cloche fera saliver le chien en l'absence de toute nourriture). (93)

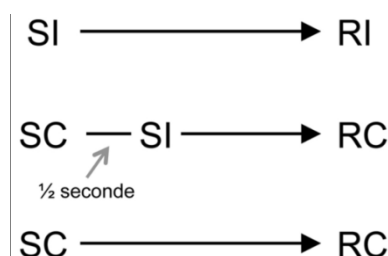


Figure 52 : Conditionnement répondant, classique, pavlovien. (93)

Le conditionnement classique est le plus souvent évoqué comme le **mécanisme principal** par lequel les **stimuli environnementaux vont induire des envies compulsives de consommer**. Par exemple, un sujet consommant du cannabis lorsqu'il est seul dans sa chambre le soir. Le fait de se retrouver seul dans une chambre d'hôpital, ou simplement une fois le soir arrivé quel que soit l'endroit où il se trouve, peu lui déclencher une envie compulsive de consommer.

Le conditionnement classique est à l'origine du traitement des conduites addictives par **l'exposition au stimulus, le contrôle du stimulus, et la relaxation**. (93)

※ Apprentissage skinnérien, instrumental, ou apprentissage opérant

Le conditionnement opérant a été décrit par Skinner (1938). La présence d'un stimulus apéritif ou aversif, provoquant une conséquence émotionnelle, peut diminuer ou augmenter la fréquence d'un comportement. « Le conditionnement opérant est donc un apprentissage par les conséquences de l'action. Une action qui a des conséquences positives tendra à se répéter (renforcement positif). Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement à la situation susceptible de provoquer des désagréments. C'est le renforcement négatif : conditionnement d'échappement ou d'évitement des situations aversives. L'absence de conséquences négatives ou positives à une action entraînera progressivement la disparition de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction. » (93)

Renforcement positif	La présentation des renforçateurs permet d'accroître l'intensité et la fréquence du comportement qui le précède
Renforcement négatif	Le retrait du renforçateur permet d'accroître l'intensité et la fréquence du comportement qui le précède
Aversion (punition)	La présentation du stimulus aversif fait décroître l'intensité et la fréquence du comportement qui le précède

Figure 53 : Renforcement positif, renforcement négatif et aversion. (93)

En résumé, l'individu a tendance à répéter les actions qui lui paraissent avoir des conséquences bénéfique ou qui lui permettent d'échapper à une situation désagréable. (156)

L'effet relaxant et apaisant du cannabis induit un renforcement positif du comportement de consommation, c'est-à-dire que les conséquences du comportement vont accroître la fréquence de celui-ci.

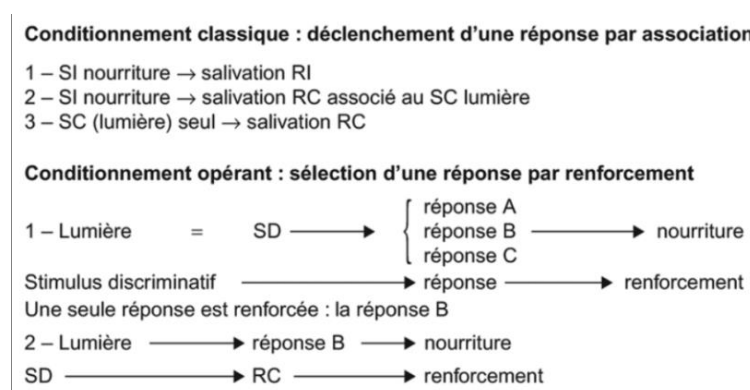


Figure 54 : Schéma comparatif du conditionnement classique et du conditionnement opérant. (93)

※ Apprentissage social

Décrit par Albert Bandura (1969 et 1977), elle se fonde sur des bases expérimentales du comportement humain. Cette théorie propose un schéma où le comportement externe, la personne et l'environnement sont en constantes interactions.

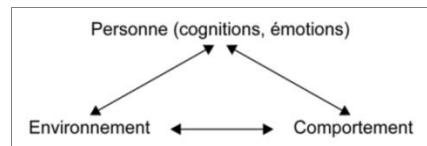


Figure 55 : Modèle bidirectionnel (d'après Bandura, 1977). (93)

Deux types de processus régissent l'apprentissage humain d'après Bandura sont :

- les processus symboliques ou cognitifs (pensées, images mentales, croyances, etc.). « Ces processus sont accessibles à l'analyse expérimentale et ne sont pas de pures inférences. La conscience du renforcement est nécessaire à la modification du comportement ;
- les individus apprennent en observant d'autres personnes c'est un apprentissage par imitation. L'observation et le canal visuel de communication ont donc un rôle capital dans ce type d'apprentissage.» (93)

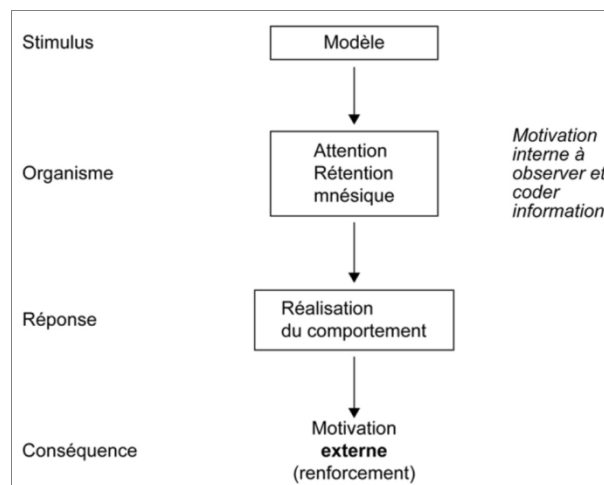


Figure 56 : Apprentissage par imitation (d'après Bandura, 1977). (93)

L'observation des pairs, consommateur de substance, permet un apprentissage rapide du comportement de consommations. L'apprentissage par modelage est très efficace. Il suffit de peu d'exposition, contrairement au conditionnement classique ou opérant. Ce mode d'apprentissage est fortement impliqué dans le développement des conduites addictives à l'adolescence ; et nombreux sont les patients souffrants de schizophrénie ayant débuté leur consommation de cannabis à cette période. De plus, il est très fréquent que les personnes atteintes de conduites addictives souffrent d'un défaut d'affirmation de soi et d'un faible sentiment d'efficacité personnelle, leur offrant peu de ressources pour faire face à des situations à risque (envie de consommer, se voir proposer du cannabis, etc.). (156)

b.2 Quelques techniques de TCCE dans les conduites addictives

Le traitement psychothérapeutique proposé en TCCE découle de l'analyse fonctionnelle et du diagnostic.

La thérapie commence par une conceptualisation du cas sous la forme d'une analyse fonctionnelle (AF) qui permet l'établissement d'hypothèse concernant le déclenchement et le maintien du comportement addictif. Cette AF est à la fois synchronique (actuelle) et diachronique (historique).

Elle est diachronique car elle permet d'identifier l'ensemble des données, sur la vie entière du sujet, utiles à la thérapie et qui peuvent interagir avec le problème posé.

Elle est synchronique car elle permet d'identifier ce qui interagit avec le problème posé, ici et maintenant. Elle relie le comportement problème aux cognitions et aux émotions du patient, dans une situation donnée, dans l'instant présent, avec ses antécédents d'une part et ses conséquences d'autre part.

La prise en charge en TCCE consiste à être au plus près de la demande du patient, de sa problématique. En conséquence, l'objectif de l'AF est de définir et de comprendre le fonctionnement singulier du patient, et ainsi de construire des hypothèses thérapeutiques adaptées et personnalisées.

C'est sur cet ensemble d'hypothèses communes que se fonde la relation de collaboration thérapeutique. Ainsi, l'AF présente déjà des vertus thérapeutiques car elle permet au patient de commencer à comprendre les mécanismes qui semblent déclencher et entretenir ses problèmes. Cette étape de la prise en charge va donc être très utile à la psychoéducation.

Les consultations sont en théorie structurées de la manière suivante :

- 1) Accueil du patient dans le bureau ;
- 2) Rappel de l'entretien précédent et évaluation clinique des modalités thérapeutiques mises en place : on fait un point sur les exercices effectués entre les séances ;
- 3) Accueil de la demande actuelle, de la souffrance (domaine de problème) du patient. Définition du programme de la séance en accord avec lui ;
- 4) Choix d'une situation cible ;
- 5) Utilisation des techniques d'entretien ;
- 6) Technique de remédiation comportementale, cognitive, émotionnelle ;
- 7) Construction d'un raisonnement alternatif ;
- 8) Réévaluation de la cognition/comportement initial ;
- 9) Nouvelle consigne ou exercice, à réaliser jusqu'à la prochaine séance, établie avec l'accord le patient ;
- 10) Résumé de l'entretien pour voir ce qui a été assimilé ;
- 11) Fin d'entretien.

※ Techniques d'entretien

Premièrement, être attentif, observer. Cela consiste à la mise en place d'une méthode d'observation dite du « petit vélo » de Charly Cungi. Il s'agit d'obtenir une attention à la fois centrée sur le patient (verbal et non verbal), soi-même (le thérapeute) (émotions, sentiments, pensées automatiques) et la relation (symétrie, complémentaire). Il faut prêter attention aux réactions du patient, notamment celles d'opposition explicite (réactance), d'opposition subtile (résistance) et un état de tension désagréable lorsque l'on entre en opposition avec des croyances ou valeurs du patient (dissonance).

Deuxièmement, utiliser des techniques de dialogue que sont : la technique des « 4 R » et le questionnement socratique.

La technique des « 4 R » :

- 1) Recontextualiser : questions ouvertes permettant d'aller du général au spécifique, en se plaçant dans un contexte, une situation précise.
- 2) Reformulation : par différentes modalités : le reflet simple (on répète mot pour mot ce que le patient a dit), le reflet double (on reformule pour faire ressortir l'ambivalence du patient), le reflet amplifié (on exagère les propos), le reflet de l'émotion (on exprime l'émotion qui transparait du comportement non verbal du patient), la précision de terme ou formulation d'hypothèse (sous forme de question pour préciser des termes ou des émotions, qui ne sont pas exprimés explicitement mais sous-entendus).
- 3) Résumer ce qui a été dit ou fait.
- 4) Renforcer : valoriser.

Le questionnement socratique consiste à adopter une attitude feignant de ne pas savoir tout en formulant des questions ouvertes, discrètement orientées pour mener le patient à une prise de conscience de ses dysfonctionnements et à assouplir la signification qu'il donne aux événements. L'objectif est que le patient considère, de lui-même, de nouvelles perspectives, plus réalistes et plus fonctionnelles, quant à sa personne et sa place dans le monde.

Cette méthode a un rôle central en TCCE car elle permet ce processus d'apprentissage qu'est la restructuration cognitive, c'est-à-dire à apprendre au patient à s'auto-observer, à analyser ses réactions et à trouver de nouveaux modes de fonctionnement.

Le questionnement en « flèche descendante » est un mode de questionnement socratique en cascade, permettant de mettre en évidence une pensée ou une conséquence que le patient redoute le plus.

Troisièmement, l'utilisation de techniques qui s'inscrivent à la fois dans le champ de l'échange, des questions que le thérapeute pose en séance, et dans le champ des techniques de remédiation cognitives. Il s'agit de :

- L'évaluation du pourcentage de croyance d'une pensée, puisque les pensées ne sont pas des faits, cela permet de les discuter.

- L'évaluation des conséquences positives et négatives d'un comportement ou d'une pensée, qui permet de relativiser et de continuer à discuter les hypothèses.
- Le thérapeute va discuter l'évidence, c'est-à-dire aider le patient à rechercher les arguments en faveur et en défaveur de l'hypothèse que ce dernier avance.
- L'utilisation des colonnes de Beck au cours de l'entretien, permet au patient de prendre conscience de son fonctionnement dans son ensemble, et de rechercher les alternatives.

※ **La restructuration cognitive, modèle de Beck**

Beck a décrit un modèle du maintien de la conduite addictive comme le montre la figure ci-dessous. Une situation donnée va entraîner une émotion, provoquant des pensées automatiques, provoquant une forte envie de consommer, provoquant à son tour une croyance permissive puis une recherche de substance et une consommation ou un risque important de rechute. (156)

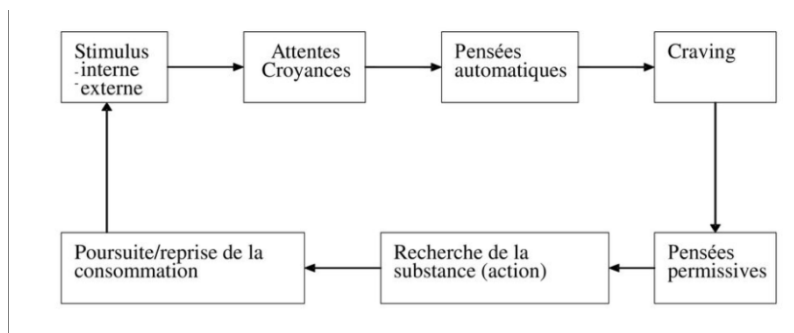


Figure 57 : Modèle cognitif de Beck du maintien de la conduite addictive. (156)

La démarche thérapeutique consiste à plusieurs étapes successives :

- L'identification des situations à risques de consommation ;
- L'identification des pensées automatiques négatives, des croyances et des schémas ;
- La prise de conscience du comportement qui en découle ;
- La recherche de pensée alternatives plus positives, l'assouplissement des croyances et des schémas ;
- La modification du comportement.

Situation	Emotion	Pensée automatique	Comportement	Pensée alternative	Réévaluation
J'ai appris une mauvaise nouvelle	Tristesse Anxiété	Fumer un joint me détendra et me rendra moins triste	Je fume un joint	Fumer ne changera pas la survenue de cet évènement. Et cela risque d'aggraver les choses (difficultés d'adaptation)	Je me sens moins triste et moins anxieux, je n'ai plus envie de consommer

Figure 58 : Colonnes de Beck, exemple de technique de modification des pensées automatiques négatives. (156)

※ Modèle de prévention de la rechute de Marlatt

Marlatt distingue plusieurs stratégies d'intervention spécifique :

- L'identification et la reconnaissance des situations à haut risque de rechute : le patient et le thérapeute listent les différentes situations à risques et recherchent les causes des précédentes rechutes (état émotionnel négatif, augmentation soudaine d'une émotion positive, conflit interpersonnel, pression sociale, influence des autres, exposition au produit, etc.).
- L'apprentissage de stratégie de *coping* : il s'agit d'aider le patient à rechercher les comportements adaptés face aux situations difficiles, à apprendre à gérer ses émotions négatives grâce à des techniques de relaxation et de gestion du stress. Le but est d'apprendre au patient à maîtriser et à anticiper une rechute et de diminuer les situations à risque.
- La préparation à l'éventualité d'une rechute ou de se trouver dans une situation à risque de rechute. Cela passe par la modification du style de vie ou par des techniques de restructuration cognitive (prendre conscience des pensées négatives, les lister et peser les bénéfices et les inconvénients à consommer et à maintenir son abstinence). Enfin, encourager le patient à éviter les situations juger les plus dangereuses. Plus la période d'abstinence est longue, plus la perception que l'individu a de son auto-efficacité et de son contrôle sur la substance est grande.

(156)

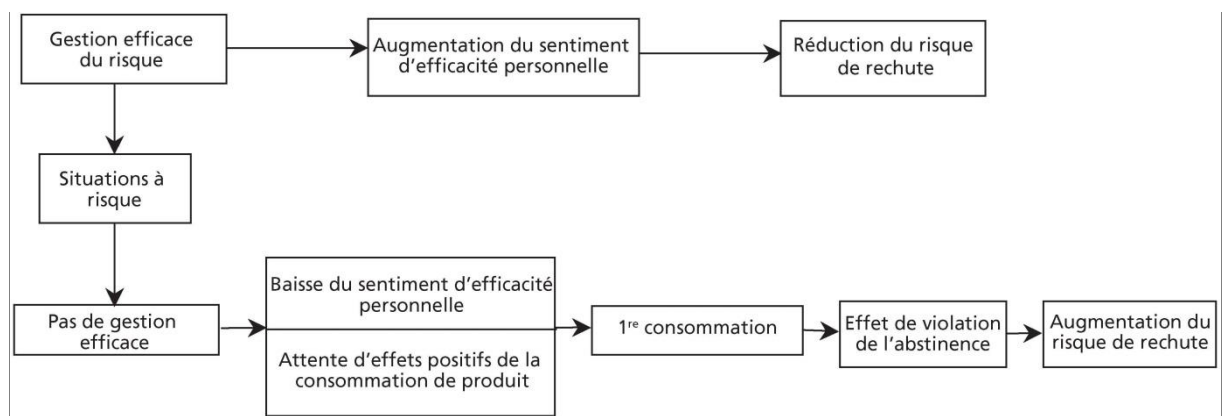


Figure 59 : Modèle de prévention de la rechute de Marlatt. (156)

※ Méditation de pleine conscience

La méditation de pleine conscience est une pratique très ancienne puisqu'elle aurait plus de 3 000 ans. Principalement rattachée aux rituels religieux monastiques de la tradition bouddhiste, elle était transmise oralement de maître à disciples. Elle s'est répandue dans le monde grâce à divers courants philosophiques, spirituels et religieux. Son essor dans les pays occidentaux date des années 1970-1980. C'est une approche simple, laïque et rigoureuse, qui a inspiré la 3^{ème} vague dite « émotionnelle », des TCCE. Le psychiatre français Christophe André a largement contribué à introduire l'usage de la méditation en France dans la prévention des troubles anxieux et dépressif. Le

moine bouddhiste français et docteur en génétique cellulaire, Matthieu Ricard, a aidé et favorisé les recherches sur la méditation en occident.

La traduction française de « méditation » vient du sanskrit « *bhavana* » qui signifie « cultiver » et « *gom* » qui signifie « se familiariser ». Il s'agit principalement de se familiariser avec une vision claire et juste de toutes choses, et de cultiver les valeurs et qualités que nous possédons tous en nous. La méditation de pleine conscience, appelée aussi « *mindfulness* », est un entraînement de l'esprit, un exercice de concentration. L'objet de la méditation est l'esprit. Son objectif est d'être au cœur de la réalité, lâcher le futur et le passé, se centrer sur l'instant présent, sur l'ici et maintenant. Elle implique deux composantes : **une attention particulière** (c'est-à-dire, maintenir volontairement l'attention sur un élément donné, par exemple la respiration) et **sans jugement**. Le but est de prendre conscience de toutes les facettes de notre état actuel, qu'elles soient positives ou négatives. Elle permet une meilleure connaissance de soi, de ses pensées et schémas, de son mode de fonctionnement. Elle permet de prendre conscience et de développer les ressources naturelles du sujet. (162,163)

La méditation n'est pas une technique de relaxation car elle ne cherche pas à promouvoir un état physique ou psychologique agréable ou détendu. La relaxation qui découle de la pratique est plutôt liée à un soulagement qui accompagne le lâcher prise (sur les espoirs ; les craintes ; les pensées négatives ; les attachements ; les caprices de l'ego, qui ne cesse de nourrir nos conflits intérieurs). Elle n'est pas non plus une fuite de la réalité, au contraire elle vise à l'acceptation de celle-ci. (162,163)

Depuis de nombreuses années, les grandes universités américaines mènent des recherches intensives sur la méditation. Différents programmes ont été élaborés et validés scientifiquement pour aider à la résolution de certains troubles. Il s'agit des techniques de :

- MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction program) élaborée par Jon Kabat-Zinn (1982), pour la réduction de l'anxiété et des troubles anxieux.
- DBT (Dialectal Behavior Therapy) élaborée par Marsha Linehan (1992) pour aider à la gestion émotionnelle des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline.
- MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) élaborée par Teasdale, Segal et Williams (1995) pour la prévention de la rechute d'épisodes dépressifs.
- MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention) élaborée par Alan Marlatt (1994; 2010) pour la prévention de la rechute dans les addictions, notamment pour l'alcool-dépendance. Pour cette technique, il s'agit d'un programme de 8 séances hebdomadaires de 2h45, en groupe (6 à 12 personnes), avec des exercices à domicile.

Les effets bénéfiques pour la santé de la méditation de pleine conscience ont été démontrés. Il s'agit de l'augmentation des capacités attentionnelles et de concentration ; la gestion émotionnelle, la diminution de l'anxiété, de la tendance à la colère et le renforcement des émotions positives ; la diminution du risque de rechute des épisodes dépressifs, de trouble anxieux et de consommation de toxiques ; le renforcement du système immunitaire ; la diminution de la tension artérielle ; l'accélération de la guérison du psoriasis. (162–164)

Elle a aussi montré son efficacité dans la schizophrénie, sur les symptômes positifs et négatifs, l'efficacité de la psychoéducation et la diminution de la charge anxieuse. Certaines études ont montré

des réductions significatives de la durée des réadmissions à l'hôpital, et des effets durables sur l'humeur. Les limites de cette pratique concernent les sujets ayant des troubles cognitifs sévères, les états dissociatifs graves et les phobies intéroceptives. (165–167)

Il existe de nombreuses applications de méditations guidées, disponibles sur les téléphones mobiles (par exemple : PetitBambou, Mind, Headspace, Serenity, etc.).

b.3 TCCE et comorbidités

Les usagers de substances psychoactives présentent :

- des **troubles cognitifs et d'adaptation élevés**. Les fonctions cognitives les plus couramment altérées sont précisément les fonctions considérées comme essentielles à l'efficacité du traitement. Il s'agit des fonctions telles que la possibilité d'échanger sur le traitement, le suivi du comportement, le contrôle de la réponse impulsive *l'insight*, et la mise en œuvre de nouvelles stratégies d'adaptation ou stratégie de *coping*. Les **distorsions cognitives** (ou erreur de pensées) sont plus sévères chez les personnes présentant une comorbidité addictive et psychiatrique. Les difficultés dans la réalisation des responsabilités et tâches du quotidien sont aussi fréquemment retrouvées chez ces individus.
- des **difficultés hédonique**, d'où une recherche de plaisir immédiat et facile par le biais de la consommation de toxiques activant les systèmes de la récompense.
- une **mestime de soi et un sentiment d'efficacité personnelle faible**.
- **des difficultés dans la gestion des situations sociales, émotionnelles**.

Du fait de ces éléments, la **prise de substances** peut-être pour ces personnes **une solution pour faire face à des situations de vulnérabilité** afin de **gérer les réactions émotionnelles** qui en découlent. Les techniques de TCCE accèssur la prévention de la rechute semblent être une bonne indication de soin pour les personnes comorbides. Elles visent à la modification et le renforcement de nouvelles stratégies d'adaptation sociales et à la gestion des envies de consommer face à une situation à haut risque de rechute. (90,156)

III.2.4.c Les approches familiales

Les approches familiales ont fait leur apparition aux États-Unis en 1964 avec Peter Laqueur. (168)

L'efficacité des thérapies familiales systémiques a été mise en évidence dans divers troubles psychiatriques, les troubles addictifs et les troubles comorbides. En effet, « la compréhension des addictions est complexe, impliquant pour l'individu divers aspects biologiques, génétique, psychologique, familial et socioculturel. Les modèles explicatifs des conduites addictives doivent prendre en considération les variables environnementales, dont les facteurs familiaux. D'autre part, il apparaît que la participation active de la famille au projet psychothérapeutique peut être une aide importante pour établir un lien stable avec la personne présentant une addiction. » (168)

Il s'agit d'une « approche collaborative, fondée sur la recherche d'alliance, d'affiliation, qui pose la famille en co-thérapeute au sein d'un groupe d'entraide composé d'autres familles partageant le même problème. » La thérapie multifamiliale consiste à regrouper plusieurs familles autour d'une problématique donnée dans le but de créer une « communauté soignante ». (169)

Cette approche a initialement été réalisée dans les troubles psychotiques et a montré ses preuves dans le traitement de la schizophrénie. L'objectif notamment de permettre aux familles de mieux comprendre la maladie et d'améliorer la communication dans les familles afin de lutter contre l'isolement social des patients. Elle s'opère en établissant une alliance thérapeutique, puis passe par de la psychoéducation (connaissances de la maladie, ses origines multifactorielles, sa prise en charge globale et thérapeutique, la gestion des crises, le réseau de soins, etc.), jusqu'à une prise en charge familiale plus étendue. Les patients et leurs proches vont pouvoir être plus compétent dans la gestion du trouble et vont pouvoir mieux s'y adapter.

Cette approche vise aussi à réduire les sentiments d'isolement, de honte et de culpabilité en favorisant le soutien mutuel, l'entraide, les échanges d'expériences au sein de la famille et entre les familles. Les sujets présentant une co-occurrence schizophrénie et usage de cannabis, souffrent d'une double stigmatisation sociale majeure, liée aux deux troubles. Ceci rend particulièrement intéressante cette approche qui crée un contexte propice à la déstigmatisation. De plus, les influences sociales, groupales, sont importantes sur les problèmes d'addiction, tant dans sur le versant négatif (favorisant la consommation) que sur le versant positif (favorisant le sevrage).

Enfin, elle permet aussi de travailler sur certains dysfonctionnements familiaux. Le partage d'expériences de plusieurs familles permet d'avoir accès à de nouvelles informations et instaure des perspectives favorisant le changement.

La méthode de thérapie familiale MDFT (Multidimensionnal Family Therapy) a été expérimentée dans certaines structures avec des résultats encourageants. Elle serait particulièrement efficace pour les situations les plus complexes (mineurs de moins de 15 ans, jeunes consommateurs dépendants au cannabis, jeunes présentant en outre des troubles psychiatriques ou des troubles du comportement).

Bien que les études concernent essentiellement les patients alcoolo-dépendant, cette technique serait une approche thérapeutique intéressante à développer en pratique clinique, en l'intégrant à d'autres types de prise en charge chez les patients souffrant de la co-occurrence schizophrénie et usage de cannabis. Cependant, elles n'occupent qu'une place insuffisante dans l'offre de soins actuelle. (168,169)

III.2.4.d Autres approches

Ces approches ont fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac. Leur bénéfice n'est pas établi, cependant, elles n'ont pas montré à ce jour de risque majeur et peuvent avoir un effet placebo. La HAS estime que « l'éthique du médecin ne lui permet pas de recommander une thérapeutique non validée. » (150) Pour autant, le médecin ne doit pas empêcher un patient d'avoir recours à une approche qui pourrait être utile de par son effet placebo, d'autant plus si ces approches sont associées à une prise en charge dont l'efficacité a été établie.

※ L'hypnose

L'hypnose est un processus complexe difficile à cerner du point de vue psychologique aussi bien que neurobiologique. Selon les époques et les auteurs, elle est comprise comme un état de conscience spécifique (différent de la veille et du sommeil) ou comme une disposition psychique. L'hypnose est un état modifié de conscience qui se caractérise par une diminution des conduites spontanées et par un renforcement de la suggestibilité. C'est donc de l'hypnose que sont nées les premières psychothérapies, centrées autour de la suggestion. En TCCE, l'hypnose possède un emploi pratique certain, de façon à supplanter le réel par « l'exposition à l'imaginaire ». Elle permet au patient de diminuer les réactions négatives et les résistances psychiques, et favorise le développement de stratégies de changement. Elle permet aussi l'élaboration psychique à partir de perceptions corporelles. Elle est souvent utilisée dans l'aide au sevrage de substances psychoactives. Elle est contre-indiquée dans les états délirants et dissociatifs sévères. (170,171)

※ Acupuncture

L'acupuncture est une médecine traditionnelle chinoise a vocation à rétablir les équilibres énergétiques, considérant le corps, l'esprit et l'environnement comme un ensemble. Les points d'acupuncture se trouvent sur des zones appelées « méridiens », que l'on en retrouve tout le long du corps. Des aiguilles d'acupuncture sont plantées sur ces différents méridiens en fonction des symptômes à traiter. Cette technique aurait des bienfaits sur le stress et dans l'aide au sevrage des addictions. (172)

※ Techniques de relaxation, sophrologie et activité physique.

La sophrologie peut être définie comme un ensemble de techniques de relaxation, dynamiques ou statiques, associées selon les cas à des techniques de respiration et d'évocations positives. Elle permet une décontraction neuromusculaire. Elle consiste à favoriser une unité harmonieuse entre les émotions, les pensées et les comportements. Elle s'effectue en séance individuelle ou en groupe. (173)

Inutile de détailler tous les bienfaits sur la santé physique et mentale que peut avoir l'activité physique. Elle est à conseiller et à renforcer à chaque patient comorbide.

Outre l'activité physique, il existe de nombreuses techniques de réduction du stress qui peuvent être proposées aux patients, soit lui être conseillées, soit être réalisées dans les structures de soins (en individuel ou en groupe) :

- Le yoga.
- Tout exercice de respiration.
- Le training autogène de Schultz. Cette technique de relaxation passe par différentes étapes : faire l'expérience du calme, assis ou allongé les yeux fermés, puis l'expérience de la pesanteur des membres, puis l'expérience de la chaleur du corps, le contrôle des battements cardiaques et de la respiration, et enfin de la fraîcheur du front.
- La relaxation musculaire progressive ou méthode Jacobson. Elle consiste à contracter et décontracter tous les muscles jusqu'à ce que le corps soit entièrement détendu.
- La cohérence cardiaque. Elle consiste à des exercices de respiration pour ralentir le rythme cardiaque.
- La méthode de la visualisation positive. Elle consiste à plonger dans son imaginaire pour concevoir un tableau paisible.
- L'art thérapie.
- La musique (le chant, jouer d'un instrument, écouter de la musique...).
- Les massages corporels et toute activité de bien-être.
- Les applications mobiles de relaxation.

III.2.5 Les approches médico-sociales

La loi du 2 janvier 2002 énonce les grands principes selon lesquels, l'action sociale et médico-sociale « tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir l'exclusion et à corriger ses effets ». Cette action relevant de « l'intérêt général et de l'utilité sociale » consiste à fournir des prestations en fonction d'une « évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux ». Cette loi intègre les CSAPA à au sein du secteur médico-social du fait que ses missions « ne sont pas seulement sanitaires au titre du sevrage, mais également sociales au titre de l'accompagnement et de l'aide à la réinsertion ». (174) Pour la pathologie mentale et pour les addictions, l'objectif est de penser le parcours de soins comme étant défini au cas par cas (**case management**), et au sein du lieu de vie du patient. (90,174)

III.2.5.a Intervention précoce

L'intervention précoce a pour objectif de repérer les personnes présentant des problèmes, afin d'intervenir le plus tôt possible (avant l'usage problématique) et d'agir en amont de la demande de soins ou de l'interpellation pénale. Elle a aussi pour objectif l'amélioration des compétences des acteurs en lien avec les usagers afin de leur permettre de mieux repérer et d'intervenir auprès des sujets qui le nécessitent et de s'articuler avec les professionnels spécialisés.

Les consultations de jeunes consommateurs CJC (intégré dans celle des CSAPA) créés depuis une dizaine d'années ont des objectifs de proximité, d'accessibilité et de globalité de l'action (aller au-devant des jeunes consommateurs et de leur entourage). Leur mission entre la prévention et les soins, vise à mieux orienter vers les soins spécialisés en psychiatrie. Elles permettent de raccourcir la durée de psychose non traitée et le risque de développer des dépendances sévères aux substances psychoactives, elles favorisent la mise en œuvre de traitement adapté et un meilleur accès au parcours de soins. (174)

III.2.5.b Réduction des risques et accompagnement à l'insertion et à l'inclusion sociale

Comme déjà évoqué plus haut dans cette section, la réduction des risques a comme objectifs de « réduire les risques sanitaires, comportementaux et sociaux, de prévenir les dommages et d'éviter l'aggravation des usages ». (174) La réduction des risques est la base de la prévention des comportements addictifs. Elle s'est imposée en France, depuis 1990, en réponse à l'épidémie du virus du SIDA, au nombre croissant d'overdoses et de scènes ouvertes de consommations de toxiques. De nouvelles stratégies de santé publique ont vues le jour, notamment : la création d'établissements médico-sociaux ; de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD en 2006) ; d'équipes mobiles de rue et de médiation sociale notamment pour les sujets en errance, en situation de précarité et de grande exclusion ; d'hébergements spécialisés en réduction des risques pour les usagers sans domicile fixes ; et elle donne une mission de réduction des

risques pour les CSAPA (en 2007). Des équipes pluridisciplinaires accompagnent le patient dans sa globalité et vers un accès à des soins plus spécialisés, en lien avec les services de psychiatrie, tout en construisant un projet de vie. Il s'agit d'une approche psycho-médico-sociale. (174)

III.2.5.c Le soin dans le dispositif médico-social

Le soin vise à sortir de l'usage nocif de la substance psychoactive, ainsi qu'à améliorer l'intégration sociale et la santé des sujets. Il consiste aussi bien aux moyens permettant la mise en œuvre d'une consommation contrôlée, qu'à des accompagnements ambulatoires et résidentiels. Le travail au niveau du domicile du patient fait partie intégrante des missions de ces équipes. Cela consiste à l'accès à un hébergement adapté, car le changement d'environnement va protéger le patient des influences externes ou d'une trop grande proximité vis-à-vis de la substance ; et à une meilleure adaptation possible à ce logement pour que le changement puisse s'inscrire au plus près des nouvelles habitudes de vie du patient.

Comme le décrit Amine Benyamina au chapitre 22 de son livre « addictions et comorbidités » : « l'efficacité des interventions du dispositif médico-social repose sur les critères suivants :

- Les services doivent être accessibles (dans le temps et la proximité) ;
- La personne doit être au centre et auteur du processus qui la concerne ;
- Les soins et les traitements doivent être d'intensité et de durée adaptées à la gravité de l'addiction et des ressources de la personne ;
- la question de la motivation doit être abordée comme une variable susceptible d'être influencer dans le processus même de l'intervention ;
- Les objectifs des soins, et donc la réduction des risques, doivent être fixés avec la personne et être adaptés à celle-ci ;
- Les familles et l'entourage doivent être impliqués, les patients bénéficient du soutien de leurs parents et de leur communauté de vie ;
- La qualité de la relation qui est nouée avec le patient se conjugue avec la technique d'intervention ;
- Les changements que le traitement fait émerger doivent être durables et améliorer la qualité de vie ;
- La réduction des risques et des dommages est partie intégrante du processus de soins. » (174)

Les équipes développent « des soins ambulatoires transdisciplinaires adaptés à leur public et leurs missions » qui passent par l'accueil, l'évaluation et le diagnostic ; la prise en charge médicale pour l'accès aux traitements, les soins somatiques et psychiatriques (notamment des conséquences des consommations, les dépistages des pathologies infectieuses, etc.), l'orientation et l'accompagnement vers les services spécialisés (dont les centre sevrage). (174)

IV NOTION DE PATHOLOGIE DUELLE

IV.1 GENERALITES

IV.1.1 Définition

Depuis les années 1990, de nombreuses études ont montré qu'il existait un risque élevé pour les personnes présentant un trouble mental grave d'avoir un trouble lié à l'usage de substances psychoactives et inversement. Les notions de « comorbidité », de « double diagnostic », de « co-occurrence » et de « pathologie duelle » ont commencé à émerger. (18,139)

Les pathologies duelles désignent la co-occurrence d'un trouble mental sévère et d'une pathologie addictive. Elle peut être définie par : « **la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, conduisant à une modification des symptômes, une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution.** » (139)

L'idée de ce concept est de prendre en compte la spécificité de l'articulation des deux pathologies et non simplement l'association de deux troubles, comme deux données indépendantes. Nous allons voir dans les sections suivantes, en quoi la co-occurrence usage de cannabis et schizophrénie, constitue une pathologie duelle.

IV.1.2 Historique

Historiquement, le concept de pathologie duelle a été conçu aux Etats-Unis par les compagnies d'assurance car le remboursement des soins était accordé sous la condition de l'établissement d'un diagnostic précis. Il était alors nécessaire de trouver un diagnostic prenant en compte l'association fréquente de l'usage de drogues et des troubles psychiques. Le terme de « Pathologie Duelle » est né à Sitges en Espagne en 1986 (Miguel Casas). Il résultait d'une approche scientifique novatrice qui considérait les addictions comme des maladies psycho-organiques demandant à la psychiatrie qu'elle porte ce diagnostic et adapte la prise en charge des patients souffrant de cette pathologie. (18)

Depuis le début des années 1990 l'intérêt grandissant des études réalisées sur cette interface entre l'usage de substances, la dépendance et la maladie mentale, montre que cette problématique bien réelle était souvent mal évaluée. En effet, **cliniquement, les troubles psychiques graves et les troubles addictifs sont souvent associés.** Ils évoluent dans le même temps, sont souvent **intriqués** et **interagissent mutuellement** l'un sur l'autre. C'est donc dans la pratique clinique quotidienne concrète que ce concept de pathologie duelle prend tout son sens et sa pertinence d'autant plus que **les professionnels de santé se retrouvent en difficultés** dans sa prise en charge. (18)

IV.1.3 Epidémiologie

Les **pathologies duelles** sont loin de constituer des exceptions, elles concerneraient :

- environ **3 %** de la population générale ;
- environ **1 personne sur 2** ayant un **trouble addictif** ;
- **1 individu sur 3** ayant un **trouble mental** et cette proportion augmenterait avec la sévérité du trouble ;
- **plus d'un tiers des patients suivi en milieu psychiatrique** ;
- entre **30 % à 50 %** des patients souffrants de **schizophrénie** sans prise en compte du tabac et jusqu'à **70 % en prenant en compte le tabac**. (18,20)

Comme le montre le graphique ci-dessous, 18.8% des sujets adultes ayant consommé du cannabis en 2011 ont développé un trouble mental dans l'année écoulée.

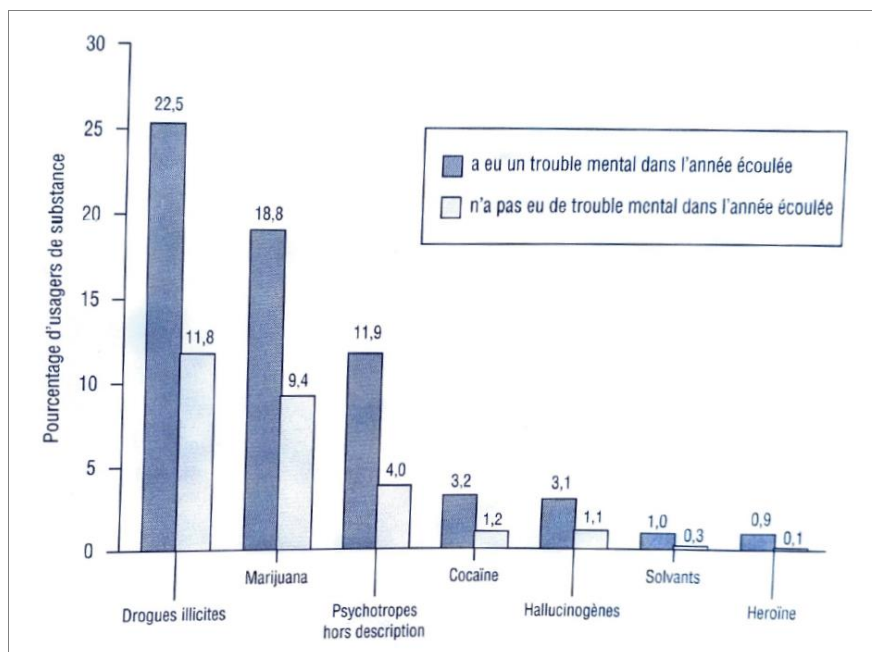


Figure 60 : Usage de substances illicites et troubles mentaux chez les adultes de plus de 18 ans sur l'année 2011.

(20)

Comme l'illustre le graphique ci-dessous, la pathologie duelle est très fréquente chez les patients souffrant de schizophrénie.

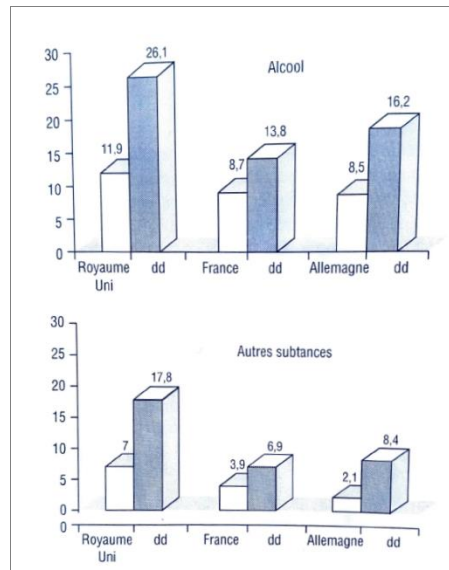


Figure 61 : Taux de pathologie duelle chez les patients souffrants de schizophrénie en Europe, selon les pays et les substances. (20)

L'existence d'une pathologie duelle est très élevée chez les usagers de cannabis. (91) Cet usage favoriserait la polyconsommation de substances et serait associée à des troubles mentaux graves dont la schizophrénie. (20,91,175)

Il est donc essentiel face à un trouble addictif de rechercher de manière systématique une problématique psychiatrique et inversement.

IV.2 SHIZOPHRENIE ET CANNABIS

Chez les patients souffrant de schizophrénie, **l'usage de cannabis** concernerait **1 patient sur 2**, (9) et **plus d'un sujet sur 4** aurait **un trouble de l'usage du cannabis**. (20)

Cette association est le plus souvent retrouvée chez les **hommes jeunes** au cours **d'un premier épisode de décompensation psychotique** et ils sont associés à des symptômes plus graves. (20–22)

L'usage de cannabis (surtout le cannabis prédominant en THC) **augmente le risque de survenue** de troubles psychotiques et donc de schizophrénie. (23,176–178) Ce risque serait multiplié par **4 chez les usagers sévères**, et par **2 chez les usagers modérés**. (19) Les patients souffrants de schizophrénie initieraient précocement l'usage de cannabis, et cette consommation précoce est associée à un risque accru de survenu de la schizophrénie. (19,20,91,175)

L'usage de cannabis, qu'il soit initié tôt ou non, favoriserait **un âge de survenue plus précoce** de la schizophrénie. D'après une méta analyse publiée en 2011, l'entrée dans la maladie serait d'environ 3 ans plus tôt chez les patients consommateurs de cannabis. (19,23) Ce risque est accentué lorsque la consommation a lieu durant l'adolescence. Ce qui suppose que le cerveau de l'adolescent est plus « sensible » aux effets des cannabinoïdes, qui interfèreraient avec le développement cérébral normal. (19,91,179)

L'âge d'apparition de la psychose semble être linéaire avec un écart d'environ 7 à 8 ans entre la consommation de cannabis et l'initiation de symptômes psychotiques. (19) De plus, l'écart entre l'âge de survenue de la schizophrénie chez les hommes et chez les femmes, serait réduit voire annulé par la consommation de cannabis (normalement plus précoce chez les hommes). (19)

Il existe une relation dose-réponse entre le niveau d'usage de cannabis et le risque de survenue de psychose : plus la consommation est élevée plus le risque de survenue de trouble schizophrénique est important. (180) Cependant, plus d'études seraient nécessaires pour déterminer l'ampleur de cet effet de relation dose-réponse, pour déterminer les effets de différentes souches de cannabis sur le risque de survenue de la schizophrénie, et pour identifier les groupes de sujets à hauts risques ou particulièrement sensibles aux effets du cannabis sur la psychose. (176)

La consommation de cannabis impacte aussi le profil évolutif de la schizophrénie et son pronostic, puisqu'elle accentue le risque de mauvaise observance thérapeutique, de mauvaise adhésion aux soins, le risque de rechute et entraîne un plus grand nombre d'hospitalisations. Les symptômes sont ainsi plus sévères et le risque de développer une dépendance et des handicaps est plus élevé. (19,181,182)

Certaines études suggèrent qu'au fil du temps, les effets néfastes de cette consommation pourraient être réversibles, (25) c'est-à-dire que les conséquences de l'usage de cannabis sur le trouble schizophrénique pourraient se réduire voire disparaître suite à un arrêt de cette consommation.

Bien que les données montrent clairement que l'exposition au THC est préjudiciable aux personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de schizophrénie, les données recueillies

semblent également indiquer un rôle potentiel antipsychotique ou anti-schizophrénique concernant le CBD, mais plus de recherches seraient nécessaires. (45)

Pour conclure, **l'association entre cannabis et schizophrénie est systématiquement délétère.** Elle l'est d'autant plus si la consommation de cannabis est initiée à un âge plus jeune et si le niveau de consommation est élevé. (76)

IV.3 ÉTIOLOGIES DE CETTE COMORBIDITE

Les mécanismes sous-tendant cette forte comorbidité entre usage de substances psychoactives et schizophrénie, sont peu connus.

Concernant le cannabis, certaines hypothèses peuvent être avancées :

- L'association serait fortuite, liée à des phénomènes culturels et sociétaux similaires à ceux de la population générale (notamment la consommation pour ses propriétés hédoniques).
- Le comportement addictif serait à l'origine de la schizophrénie.
- La consommation de cannabis serait un symptôme de la schizophrénie.
- La consommation de cannabis serait liée à un effet cumulatif d'un ensemble de facteurs intrinsèques et environnementaux (mauvais fonctionnement cognitif, social, éducatif et professionnel, la présence de pauvreté, de victimisation et d'environnements sociaux déviants...).
- La consommation de cannabis serait utilisée dans un but d'automédication ou d'auto-soulagement, comme un moyen pour le patient de lutter contre les symptômes de la maladie (notamment l'angoisse) ou de diminuer les effets indésirables des traitements antipsychotiques.
- L'addiction au cannabis et la schizophrénie exprimeraient un facteur de risque génétique commun sous-jacent.
- L'addiction au cannabis et la schizophrénie partageraient une « pathophysiologie » commune dans les circuits neuronaux qui se chevaucheraient.
- L'addiction au cannabis serait liée à un dysfonctionnement du circuit de récompense du cerveau chez les patients atteints de schizophrénie, qui auto-soulageraient leur manque de récompense par la consommation de substance. (19,76,183–185)

Concernant le tabac, différentes hypothèses pourraient expliquer le fait que la nicotine soit la substance psychoactive la plus utilisée dans cette population. Cela pourrait simplement être lié à la forte disponibilité du tabac. Cela pourrait aussi être une forme « d'automédication » en lien avec les effets de la nicotine sur les récepteurs cérébraux nicotinique de l'acétylcholine qui lèveraient certains déficits cognitifs retrouvés dans la schizophrénie. Cette hypothèse est corroborée par le nombre élevé de cigarettes fumées par ces patients par rapport à la moyenne de la population générale. Enfin, cela pourrait aussi être lié à des facteurs environnementaux et intrinsèques (biologiques, génétiques, neuronaux...) et d'autres facteurs tels que ceux cités ci-dessus pour le cannabis. (183)

IV.4 CONSEQUENCES DE LA PATHOLOGIE DUELLE

Les conséquences de la pathologie duelle sont multiples et rejoignent celles de la schizophrénie et celles de l'usage de cannabis. Celles-ci ont de graves répercussions sociétales, économiques ainsi que sur la santé et le fonctionnement social des patients.

IV.4.1 Conséquences médicales

Les sujets souffrant de pathologie duelle cumulent les complications médicales des troubles addictifs, des troubles mentaux et de leurs traitements. Ils ont un moins bon état de santé et de nombreuses comorbidités somatiques venant diminuer leur espérance de vie. (cf. partie sur les comorbidités somatiques et addictive de la schizophrénie et les parties sur les effets de l'usage de cannabis). La fréquence des hospitalisations est majorée, les rechutes sont plus nombreuses, et le risque de chronicisation plus important. Ces patients ont une plus mauvaise compliance aux traitements. Le fonctionnement clinique est globalement moins bon et le risque de passage à l'acte suicidaire est plus élevé. L'augmentation progressive de la prévalence de comorbidités addictives chez les patients souffrants de pathologies psychiatriques est devenue un facteur de confusion très important tant sur le plan du diagnostic comme du traitement. La prise en charge de la pathologie duelle est plus longue, plus complexe, complexifiant ainsi le succès thérapeutique, l'évolution et le pronostic des patients souffrant de ces comorbidités. (20)

IV.4.2 Conséquences économiques

La prise en charge de ces personnes est plus coûteuse en termes de dépenses de santé. Le niveau d'utilisation de soins augmente avec la sévérité du trouble mental et de la comorbidité addictive. Le recours aux soins ambulatoires, aux services d'urgences et aux hospitalisations est plus important que dans une pathologie non comorbide. De plus, ces sujets sont souvent désocialisés voire exclus, et ils seraient plus souvent auteurs de faits de violence ou délictueux, ce qui viendrait ajouter au coût sanitaire, un coût sociétal important. (20)

IV.4.3 Conséquences sociales

Les patients souffrants de pathologies duelles sont accablés par une double stigmatisation du fait de leurs troubles et de leurs consommations. Ils subissent donc un double rejet de la société dans son ensemble, venant entraver leur intégration socio-professionnelle. Les patients s'identifient souvent plus à leur problématique addictive que psychiatrique, un peu moins stigmatisante et leur permettant une forme d'appartenance à certains groupes sociaux. Toutefois, préférer entrer dans « la case addiction », plutôt que dans « la case psychiatrique » vient aggraver le déni des troubles psychiatriques, la symptomatologie (difficultés sociales etc.) et mettre à mal la prise en charge de ceux-ci. La prise en charge globale du patient et l'articulation entre les différents professionnels de santé est rendu difficile.

IV.5 IMPLICATIONS DE LA NOTION DE PATHOLOGIE DUELLE AU NIVEAU DE LA PRISE EN CHARGE

Le terme de pathologie duelle implique l'apparition d'une nouvelle entité nosographique résultant de l'interaction synergique entre les maladies mentales et les addictions. Ce terme permet une approche plus globale de la prise en charge de ces patients.

En effet, si l'on considère ces deux pathologies séparément, que l'on pense qu'elles sont présentes simultanément de manière accidentelle, on ne prend en charge que l'une ou l'autre de manière individuelle. Autrement dit, on prend en charge la schizophrénie d'un côté, et l'addiction de l'autre, à des temps différents et possiblement par des acteurs différents. Alors que lorsque l'on considère ces deux entités comme interdépendantes, comme constituant une seule problématique, on s'inscrit forcément dans un mode de prise en charge coordonné, plus global, plus complet, intégré et pluridisciplinaire. On prend donc en compte la nécessité d'adopter un traitement intégral et simultané des deux troubles, l'obligation de faire de la prévention de la rechute lorsque l'un des deux troubles se manifeste, puisque l'on considère justement que la cooccurrence des deux troubles fait apparaître une nouvelle pathologie cliniquement différente des deux premières : la « Pathologie Duelle ».

En conséquence, au regard de cette vision de la co-occurrence de la consommation de cannabis et de la schizophrénie, il est logique que la prise en charge séquentielle d'un trouble après l'autre ralentit et complique la prise en charge du patient. L'évolution des deux troubles est liée, ce qui implique que toute rechute de l'un provoquera la rechute de l'autre, la rémission globale du patient, donc des deux troubles, dépendra de l'amélioration du tableau clinique de l'ensemble. Une prise en charge intégrée est donc nécessaire. Pourtant, les réseaux conventionnels de la psychiatrie et de l'addictologie sont habituellement distincts. Historiquement, ces deux institutions se sont construites de manière indépendante et séparée. L'addictologie est une discipline indépendante et autonome pas seulement issue de la psychiatrie, mais aussi d'autres spécialités comme la médecine générale, la pneumologie, l'hépatogastroentérologie et la santé publique. Cet état de fait complexifie la prise en charge de ces patients et met en difficultés les professionnels de santé qui s'occupent d'eux.

Amine Benyamina relève dans son livre « addictions et comorbidités » 2014, les facteurs qui viennent entraver les progrès dans la l'approche et la prise en charge de la pathologie duelle. Ce sont :

- 1) Le manque d'intérêt de connaissances des pathologies addictives dans le champ de la psychiatrie générale.
- 2) Le manque d'intérêt de connaissance de la psychopathologie et la nosologie psychiatrique chez les professionnels travaillant dans le champ des addictions.
- 3) Le manque de professionnels formés pour la recherche.
- 4) Le manque de professionnels formés à la prise en charge et à la délivrance du traitement dans sa globalité.
- 5) Le manque de ressources de soins ambulatoires et résidentiels pour répondre aux besoins de ses patients.

- 6) Le manque de traitements psychopharmacologiques et psychothérapeutiques efficaces.
- 7) Le manque d'intérêt de l'industrie pharmaceutique dans la réalisation des essais cliniques sur ces pathologies.
- 8) L'existence d'importantes voix critiques envers les professionnels impliqués dans le repérage et la prise en charge des comorbidités psychiatriques, les accusant de manquer de fondement théorique et de vouloir simplement « psychiatriser » les addictions.

La prise en compte de cette pathologie duelle devrait permettre une approche diagnostique et thérapeutique menée conjointement, ainsi que des stratégies de prévention adoptées dès le début de la prise en charge et de manière simultanée. Réunir les deux réseaux de la psychiatrie et de l'addictologie, de manière urgente, semble être la meilleure option pour faire face à l'augmentation de la consommation de cannabis chez les patients souffrants de schizophrénie et plus globalement, de la consommation de substances psychoactives chez les patients souffrant de pathologie mentale. La médecine et la prise en charge médicale, comme l'individu ne se divisent pas. Ainsi, psychiatre et addictologue ne devrait jamais négliger les deux dimensions des pathologies duelles et ils devraient intensifier leurs efforts pour développer des programmes spécifiquement adaptés à cette population des plus vulnérables.

IV.6 LES SOINS INTEGRES – PRISE EN CHARGE DE LA PATHOLOGIE DUELLE

Actuellement, les patients comorbides sont le plus souvent pris en charge de manière parallèle par la psychiatrie d'un côté et l'addictologie de l'autre. Ces patients sont considérés comme « difficiles », mettant les services face à leurs propres limites, dans des situations d'échecs complexes, engendrant des clivages et conflits institutionnels entre la psychiatrie et l'addictologie. Les questions autour de la responsabilité de la prise en charge du patient, les modalités de celle-ci, font que les soignants peuvent « se renvoyer la balle » au détriment des soins. De ce phénomène, vulgairement appelé effet de « la patate chaude », découle un manque de coordination des différentes équipes, une multiplication de rendez-vous, de traitements différents et un manque de communication avec une perte d'information affectant considérablement les soins. Tous ces éléments perturbent le bon déroulement et la qualité de la prise en charge, provoquent un manque de cohérence globale, de continuité dans la prise en charge et favorisent un échappement aux soins.

Il peut paraître difficile de comprendre et d'expliquer ce phénomène. D'autant plus qu'il n'est pas envisageable dans d'autres spécialités médicales de ne pas prendre en charge le patient dans sa globalité. Par exemple aujourd'hui, il n'est pas concevable de prendre en charge un patient ayant fait un IDM uniquement sur le plan cardiaque, sans traiter les autres facteurs de risques cardiovasculaires et les pathologies comorbides telles qu'un diabète, une obésité, une hypertension artérielle, ou encore prévenir le risque de survenue d'accident thromboembolique. Ce qui semble être du bon sens s'agissant des pathologies somatiques, ne semble pas être considéré comme tel pour la pathologie duelle psychiatrique et addictologique.

D'après le modèle « bio-psycho-social », les troubles addictifs et les troubles mentaux, sont par définition multifactoriels et multidimensionnels. La souffrance engendrée par ces troubles est toujours complexe et polyforme (psychique, somatique, sociale...). Ce modèle renvoie à des approches et des modes d'interventions spécifiques au cas par cas. Il appelle à une conception globale et holistique de la prise en charge de l'individu dans son environnement ; par des soins intégratifs et transdisciplinaires. La prise en charge des patients présentant une pathologie duelle est par nature complexe, car elle nécessite soit une **prise en charge intégrée dans un même lieu de soins**, soit une **coordination efficiente entre deux milieux spécialisés**. Dans la majorité des cas une telle prise en charge intégrée n'est pas accessible aux patients. Les soins intégrés, développés depuis les années 1990, permettant d'aborder les deux problématiques simultanément, au sein d'un même service, avec une stratégie thérapeutique globale accordant à chaque trouble la même importance et visant de manière spécifique l'intégration entre ces troubles. Ils impliquent une formation spécifique des équipes (techniques de groupe, de counseling, de résolution de problèmes, d'affirmation de soi, de prise en charge basée sur la motivation du patient sur le modèle des stades du changement de Prochaska et DiClemente, etc.) et des capacités d'adaptation et de flexibilité de celles-ci. Les soins intégrés s'inscrivent dans une logique de globalité et d'engagement sur le long cours. (184,186–188) Les moyens étatiques (financiers,

humains, etc.) devraient être à la hauteur de la complexité de cette prise en charge, afin de faciliter sa mise en œuvre par les professionnels de santé.

IV.6.1 Evaluation et diagnostic des pathologies duelles

Dans les études menées sur les troubles comorbides, il apparaît qu'ils ne sont pas systématiquement recherchés malgré leurs fortes prévalences, que ce soit par les services de psychiatrie ou d'addictologie. Et donc, dans la majorité des cas, ces patients ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée. Le diagnostic et l'évaluation de la pathologie duelle est difficile. Toutefois, des échelles de dépistage ont pour certaines été validées. Par exemple, le Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI) a été conçu pour des patients atteints de troubles mentaux graves. Une meilleure sensibilisation et formation des différents intervenants, notamment à l'utilisation d'outils diagnostiques adaptés doit être promue, afin que ces patients puissent être identifiés et qu'une prise en charge adaptée puisse être mise en place le plus précocement possible. (186)

IV.6.2 Traitement médicamenteux dans les pathologies duelles

Une approche intégrée englobe tous les aspects de la prise en charge y compris les traitements médicamenteux. L'objectif est toujours d'utiliser une monothérapie à dose minimale efficace. Il est souhaitable d'utiliser des traitements à action prolongée, de manière à obtenir une meilleure observance et efficacité sur les troubles. A minima, l'objectif est d'utiliser d'un traitement efficace sur la pathologie mentale, n'entraînant pas d'interaction avec les consommations de substances psychoactives. En effet, l'usage de certaines molécules agissant de manière isolée sur un des deux troubles, peut exposer le patient comorbide à certains risques ou interactions. L'idéal pour les patients comorbides serait la prescription d'un traitement ayant une efficacité sur les deux troubles donc sur la pathologie duelle. Cependant, il n'existe pas de médicaments dont l'efficacité soit démontrée à la fois sur le trouble mental grave et sur le trouble addictif. Plusieurs études ont mis en évidence des résultats suggérant que la CLOZAPINE (LEPONEX®) réduirait la consommation de substances psychoactives chez les patients psychotiques traités. Elle aurait une efficacité supérieure aux autres antipsychotiques dans le traitement de cette pathologie duelle. (90,155,189–191) Pour cette comorbidité, la CLOZAPINE serait notamment supérieure à la RISPERIDONE (RISPERDAL®) (155,192) qui lui serait d'efficacité égale à l'OLANZAPINE (ZYPREXA®). (193,194) D'autres essais cliniques contrôlés sont toutefois nécessaires pour établir la preuve l'efficacité et la supériorité de la CLOZAPINE.

L'instauration d'autres traitements peut être nécessaire pour contrer les effets de dépendances liés aux consommations et à des effets secondaires de la schizophrénie telle que l'instauration d'un traitement antidépresseur. (90)

IV.6.3 Les interventions psychosociales dans les pathologies duelles

Ces interventions ne diffèrent pas de celles décrites dans la prise en charge de la schizophrénie ni des addictions. Elles doivent être adaptées au stade motivationnel où se trouve le patient. Leurs objectifs sont de prendre en charge le patient de manière individualisée, de favoriser l'alliance thérapeutique, de travailler en lien avec les proches et l'environnement du patient, et enfin de faire de la psychoéducation. Le but n'est pas systématiquement l'abstinence, mais l'obtention d'une consommation n'interférant plus avec la pathologie psychiatrique, ou à un niveau ne mettant plus en danger la santé du patient, tout en augmentant la compliance au traitement du trouble mental grave.

Le cannabis est souvent utilisé par les patients souffrants de schizophrénie pour surmonter un sentiment d'exclusion sociale. Par conséquent, l'amélioration des compétences et de la participation sociale des patients utilisant du cannabis pourrait constituer une stratégie efficace pour réduire la consommation. (185,195)

IV.6.4 Soins intégrés psychothérapeutiques

Les prises en charges psychothérapeutiques des pathologies duelles ne diffèrent pas de celles de celles décrites dans la prise en charge de la schizophrénie ni des addictions. Elles sont basées sur les stades de changement de Prochaska et Diclemente, les stratégies de prévention et de réduction des risques, la psychoéducation, la psychothérapie de soutien, l'EM, les TCCE, la réhabilitation psychosociale et les thérapies systémiques. (23,161,180,181,189,195–199) Les interventions peuvent être individuelles, de groupe ou familiales. Elles ont pour particularité la prise en compte de la co-occurrence et du patient dans sa globalité. Elles demandent une formation spécifique des professionnels de santé.

Les difficultés autour de la prise en charge de ces patients sont importantes à plusieurs niveaux. Il convient d'abord de définir quels sont les lieux et les acteurs de soins compétents pour assurer une offre thérapeutique adaptée. Ensuite, il convient de définir les objectifs, les stratégies et l'organisation des soins. Il existe deux possibilités : rassembler dans un même lieu des compétences psychiatriques et addictologiques ou organiser un dispositif de coordination et de collaboration de ces deux champs. Ce dernier semble être le plus faisable en pratique au vu du système de soins actuel en France. En effet, la prise en charge de la pathologie duelle schizophrénie – usage de cannabis, nécessite de décloisonner les dispositifs d'organisation des soins afin de favoriser des soins intégrés et une coordination efficiente entre professionnels. La continuité des soins pendant une longue durée, généralement plusieurs années doit être assurée. Bien qu'il existe des preuves croissantes de l'efficacité de tels soins articulés, la promotion de la recherche dans ce domaine est essentielle afin de recueillir plus de preuves scientifiques. (184,186,187,195)

V CONCLUSION

La co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis constitue une pathologie duelle. C'est un problème de santé majeur, tant par sa prévalence que par sa gravité. Elle est plus complexe que la présence d'un des deux troubles de manière isolée et est plus difficile à traiter. Trop peu de patients comorbides bénéficient à l'heure actuelle d'une prise en charge spécifique. L'appétence pour l'usage du cannabis et sa particulière nocivité chez les sujets souffrants de schizophrénie, imposent de développer des approches spécifiques et adaptées à cette population.

L'utilisation d'une large palette d'options thérapeutiques est cruciale chez ces patients. Les spécificités cliniques de la pathologie duelle ont poussé à développer de nouveaux types de prise en charge appelés « programmes intégratifs » pour être au plus près de la problématique du patient. Ils se réalisent en partenariat entre des équipes ayant des compétences complémentaires, ou par la même équipe si elle possède la double compétence. Ils permettent d'aborder les deux troubles simultanément avec une stratégie thérapeutique globale accordant à chaque trouble la même importance dans un système de soin décloisonné, sans omettre les interactions qui lient les deux pathologies. Ainsi, l'approche diagnostique et thérapeutique devra toujours être menée conjointement et globalement pour les deux troubles, l'évolution et la rémission du patient dépendront de l'amélioration du tableau clinique dans son ensemble, de même que la rechute de l'un des deux troubles provoquera celle de l'autre. (184,186,187)

En raison des limites des traitements pharmacologiques et des conséquences cognitives du trouble mental, l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité doit être central et l'intensité de la prise en charge doit être augmentée. Les combinaisons avantageuses des techniques de psychoéducation et de dépistage, des approches psychothérapeutiques, des interventions comportementales, motivationnelles, d'apprentissage de compétences sociales, d'identification de nouvelles sources de plaisirs, et des traitements pharmacologiques, associées à des recherches de toxiques urinaires, offrent le traitement le plus efficace pour la comorbidité schizophrénie – usage de cannabis. Envisager la prise en charge uniquement sur un seul de ces aspects, constitue une perte de chances pour le patient. Les effets synergiques de potentialisation mutuelle de ces stratégies, permettent une meilleure efficacité thérapeutique, un plus grand succès de la mise en œuvre et du maintien d'un changement. Néanmoins, il n'existe aucune preuve permettant de privilégier un protocole de soins particulier. De plus, l'application de ces prises en charge se heurte à la rigidité de notre système de soins, et aux résistances des acteurs de soins à considérer une réelle coordination et un vrai travail en réseau. L'union de l'addictologie et de la psychiatrie semble être la clé de la mise en œuvre de soins intégrés. Ces domaines sont actuellement insuffisamment communicants et exercent la plupart du temps les soins de manière parallèles. (90,161,186,189,195–199)

DEUXIEME PARTIE PRATIQUE

DEUXIEME PARTIE PRATIQUE

I CAS CLINIQUES

Il nous est apparu essentiel et pertinent, d'illustrer ce travail par la présentation de trois cas cliniques, illustrant certains aspects des problématiques cliniques et thérapeutiques rencontrées dans la prise en charge de ces patients présentant la pathologie duelle : schizophrénie – usage de cannabis.

I.1 LE CAS D'ANTHONY

I.1.1 Eléments biographiques

Anthony est né en 1995 à Marseille. Il est le 3^{ème} d'une fratrie de 4 enfants. Lorsque ses parents se sont rencontrés, ils avaient tous deux un enfant d'un premier lit, le père un fils, la mère une fille. De cette union, naissent Anthony et sa sœur cadette. La mère travaillait dans la restauration comme aide cuisinière, elle passait son temps devant la télévision, ou sortait avec des amies laissant les enfants seuls au domicile. Elle consommait divers toxiques, elle était probablement fragile psychologiquement et en difficulté pour éduquer ses enfants. Le père était ouvrier sur le Port Autonome de Marseille, c'était un homme dépendant à l'alcool, instable et violent avec son épouse. Il passait son temps entre le travail et le bar du quartier. Anthony a connu une enfance rude, avec des parents peu impliqués et dépassés par leurs responsabilités. Les enfants étaient livrés à eux-mêmes souffrants de sévères carences, tant matérielles, nutritionnelles, qu'affectives et socio-éducatives. Cette situation de grande détresse sociale et familiale a justifié l'intervention de diverses structures d'accompagnement sociales mais aussi médico-psychologiques. Mais malgré tout, force a été de constater l'insuffisance des aides proposées au point d'ordonner judiciairement le placement des enfants. Les parents ont gardé un droit de visite durant les weekends et les périodes de vacances scolaires. Ils se sont séparés lorsqu'Anthony avait 7 ans, il avait alors été confié à une famille d'accueil. Le père s'est complètement désinvesti de l'éducation de ses enfants et ne les voyait que rarement. Anthony avait 14 ans lorsqu'il est décédé accidentellement par noyade. Le placement à l'origine provisoire a été pérennisé face à l'incapacité de sa mère à assumer ses responsabilités.

Anthony a souffert de cet environnement familial difficile fait d'évènements stressants, qui ont eu des conséquences sévères sur le plan psychique, affectif et donc sur son développement intellectuel. Le retard dans les apprentissages et les acquisitions l'ont menés redoubler plusieurs classes puis à suivre une scolarité spécialisée. Il a été admis en Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA) dans un établissement professionnel. Son adolescence a été

tumultueuse, très vite livré à lui-même il s'est retrouvé en perdition. En conflit avec sa famille d'accueil, il fugue à l'âge de 16 ans, interrompt sa scolarité et part vivre chez son frère avec l'espoir de s'insérer. Ce qui n'a malheureusement pas été le cas. Anthony a commencé très jeune à consommer des toxiques, principalement du cannabis de manière régulière depuis l'âge de 12 ans, mais aussi de manière plus occasionnelle, de l'alcool, des amphétamines et de l'ecstasy. Ces consommations associées à son mode de vie anarchique ont favorisé les conflits avec son frère. Il quitte alors son domicile pour vivre dans la rue pendant environ un an, coupant tout contact avec sa famille. Il a mené une vie où le désœuvrement régissait son quotidien, augmentant sa consommation de cannabis et sombrant dans la délinquance au point de se retrouver incarcéré pour des faits de vols avec violence. Il expliquera plus tard qu'il « avait besoin d'argent pour manger et acheter du cannabis. »

C'est au cours de cet emprisonnement en 2013, à l'âge de 18 ans, qu'Anthony a présenté un premier épisode de décompensation psychotique justifiant des soins en milieu spécialisé avec une hospitalisation de plusieurs semaines sous le régime de soins à la demande d'un représentant de l'état (SDRE). A sa sortie il est retourné vivre chez sa mère à Martigues, qui partageait sa vie avec un compagnon. Il renoua quelques liens avec sa sœur cadette résidant à proximité. Il a suivi une formation de pépiniériste qu'il n'a jamais achevée. Confronté au monde du travail, ne trouvant pas d'emploi stable, il a effectué sans succès une formation pour travailler dans les espaces verts. Il n'a pas poursuivi les soins comme cela lui avait été conseillé, il a mené une vie monotone et indolente, source d'ennui, générant de l'angoisse qu'il a tenté de surmonter en reprenant ses habitudes de consommation de cannabis. Son quotidien consistait à s'enfermer dans sa chambre à jouer aux jeux vidéo en fumant des joints. Progressivement, il y a eu une réémergence des troubles avec apparition d'un syndrome délirant et de troubles du comportement qui ont atteint un paroxysme, nécessitant l'intervention des pompiers à son domicile et qui a conduit à sa deuxième hospitalisation sous contrainte sous le mode de Soins à la Demande d'un Tiers (SDT).

I.1.2 Histoire des troubles

I.1.2.a La phase prémorbide

Anthony a été suivi en ambulatoire de manière très épisodique par des services de pédopsychiatrie de secteur dans son enfance et son adolescence. Il était décrit comme un enfant sensible, replié, inhibé et avec une certaine propension à la solitude.

I.1.2.b La phase prodromique

Durant l'adolescence, les équipes de pédopsychiatrie posent un diagnostic de fonctionnement psychotique et dressent un tableau clinique pouvant se rapporter à un trouble de la personnalité schizotypique. Anthony est solitaire, il n'a pas d'ami proche, il interagit peu avec les autres enfants et adolescents du CMP. Il présente une anxiété excessive en situation sociale associée à une méfiance inadaptée et une pauvreté des affects. Il peut présenter par moment des comportements étranges et impulsifs, avec des accès de colères à type de crises clastiques.

I.1.2.c L'entrée dans la maladie

Les facteurs de stress ayant favorisé l'entrée dans la maladie sont nombreux et variés chez Anthony. En effet, sa vie a été marquée de multiples traumatismes, de carences affectives et éducatives sévères, associées à une forte précarité sociale et aux diverses consommations précoces de toxiques. Il semblerait que l'incarcération ait acutisé les troubles préexistants, marquant un tournant dans l'histoire de sa maladie en faisant surgir un état de décompensation psychotique bruyant.

Il a été hospitalisé en milieu spécialisé à deux reprises en 2013 et 2015, pour des états de décompensations psychotiques inauguraux d'une entrée en schizophrénie. La première fois à l'âge de 18 ans au décours de son emprisonnement en SDRE. Il avait présenté un tableau de délire et de dissociation. Il avait été traité par ABILIFY® 20 mg per os par jour. A sa sortie, il a interrompu le suivi en CMP et s'est trouvé en rupture thérapeutique. Il a repris sa consommation de cannabis et les troubles psychotiques sont réapparus, confortant ainsi le diagnostic de schizophrénie. C'est lors de cette nouvelle hospitalisation sous contrainte en SDT, à l'âge de 20 ans, que nous l'avons pris en charge.

I.1.3 Historique des consommations

Anthony a commencé très jeune à consommer des toxiques. Sa consommation de tabac débute à l'âge de 11 ans. Son usage illégal de substances psychoactives débute à l'âge de 12 ans. Il consomme principalement du cannabis de manière régulière et de manière plus occasionnelle, de l'alcool, de la cocaïne, des amphétamines et de l'ecstasy. Il aurait consommé ces dernières par voie nasale uniquement. Il dit avoir essayé l'héroïne fumé dans une cigarette, ne jamais avoir consommé de drogue par voie intraveineuse, et jamais d'autres toxiques illégaux.

Il n'a jamais cessé sa consommation de tabac et de cannabis, mais a interrompu toutes les autres consommations à la suite de sa première hospitalisation.

Son tabagisme s'élève à un paquet de cigarettes par jour. Soit 9 paquets année au moment de l'hospitalisation. Plus si l'on prend en compte sa consommation de cannabis sous forme de joint mélangée à du tabac. Il consomme principalement du tabac à rouler.

La consommation de cannabis oscillait entre 5 et 20 joints par jour, en fonction de ses possibilités financières. Essentiellement sous forme de résine de cannabis, parfois d'herbe. Suite à sa deuxième hospitalisation, il a considérablement diminué sa consommation avec une conscience partielle des conséquences négatives sur son trouble mental. Il continuait de consommer entre 1 et 5 joints par semaine.

I.1.4 Description clinique et évolution des troubles

La mère décrit qu'Anthony a présenté au domicile un état d'agitation aigu, des propos incohérents à thème de persécution, des soliloques et des troubles majeurs du comportement apparus de manière progressive vers l'aggravation. Lorsque sa mère lui amène son repas dans sa chambre, probablement en lien avec un vécu intrusif, il s'agite et la bouscule, la poussant à faire appel aux pompiers qui l'accompagnent aux urgences d'où il a été hospitalisé sous contrainte en milieu spécialisé.

En début d'hospitalisation Anthony est très tendu et angoissé. Il présente un état dissociatif sévère se traduisant notamment par un repli autistique, un retrait social important. Il apparaît comme solitaire, passant ses journées à déambuler les poings serrés dans l'unité de soins, avec une attitude hostile à l'égard des soignants et des autres patients. Anthony est un jeune homme de 20 ans, de taille moyenne, à la silhouette mince et athlétique. Sa chevelure blonde ondulée lui tombe sur les épaules. Son regard bleu, vide et vague, ne témoigne d'aucune expression émotionnelle. Il porte jour et nuit un maillot de foot sale de l'Olympique de Marseille traduisant avec son mauvais état buccodentaire, un état d'incurie chronique. La présentation est figée, le discours est pauvre, diffluent, décomposé de manière monosyllabique, comme s'il était robotisé avec la perception d'un fading mental. On repère un syndrome dissociatif au travers d'une désorganisation conceptuelle, d'une discordance idéo-affective avec un comportement inadapté. Il évoque lui-même un sentiment d'étrangeté, de bizarrerie, en phase avec ses capacités de raisonnement qui ne sont plus ancrés dans la réalité. Il dit : « quelque chose s'est déchiré dans ma tête, mon cerveau ne fonctionne pas, il est dans mon ventre, ça me fait mal. » Le discours est par moment incohérent et insensé, schizophasique, compréhensible par lui seul. L'angoisse psychotique est perceptible, on décrit une angoisse de morcellement qui s'exprime au travers de dysmorphophobies. Il pense que son corps ne lui appartient pas, qu'il est déformé, comme s'il était habité, ce qui occasionne des hallucinations cénesthésiques à type de sensation de touché et d'électricité dans les membres, auxquelles il donne une explication délirante : « j'ai été ensorcelé par le diable ». Lors des premiers entretiens dans le bureau médical, il tire la chaise à environ 2 mètres derrière le bureau disant « mes jambes sont trop grandes, je ne peux pas m'asseoir, je ne rentre pas dans l'espace entre la chaise et le bureau. » Souvent, il se plaint d'avoir « perdu son nez » et de « se sentir glisser de son fauteuil » alors qu'il est correctement assis en salle télévision.

Anthony présente un syndrome délirant, de mécanisme interprétatif et intuitif. Il est aussi parasité par de nombreux phénomènes hallucinatoires acoustico-verbales responsables d'un syndrome d'automatisme mental avec des idées de devinement et de vols de pensées. Cette conviction délirante de pouvoir communiquer par télépathie, participe certainement au fait qu'il communique peu lors des premiers temps de la prise en charge. Le syndrome délirant est riche et polymorphe, s'exprimant par des thématiques de persécution, de sorcellerie, mais aussi sexuelle. Il explique qu'il lui est arrivé en se promenant dans la rue d'avoir eu des relations sexuelles par le regard et de faire exploser des voitures par la pensée. Il est persuadé d'avoir une puce électronique implantée dans sa cage thoracique, qui serait reliée aux satellites et qui permettrait au gouvernement de suivre ses mouvements et d'entrer dans ses pensées. Il refuse de dévoiler le contenu de ses hallucinations acoustico-verbales, mais arbore

souvent une capuche couvrant ses oreilles, comme pour se laisser moins envahir par celles-ci. Il l'a portée de moins en moins avec l'amélioration de son état clinique.

Il existe un fond dépressif que l'on retrouve au travers, d'idées de dévalorisations et d'autoaccusations. Il existe un apragmatisme et un trouble des fonctions exécutives, il ne montre aucune initiative et a besoin qu'on le guide au quotidien. Il existe un ralentissement idéique, un déficit de l'attention, de la concentration ainsi que la compréhension. Les déficits cognitifs observés sont probablement à la fois en lien avec le trouble mental et un retard intellectuel. En effet, l'examen clinique révélera plus tard un retard scolaire modéré, se caractérisant par un niveau de lecture correct pour des textes non complexes, l'écriture de niveau élémentaire, et une réelle difficulté à réaliser des opérations simples de calcul mental. On peut aussi suspecter un syndrome amotivationnel en lien avec la consommation chronique et ancienne de cannabis.

L'évaluation psychiatrique met en évidence des symptômes évocateurs d'une décompensation psychotique aiguë dominée par un tableau mixte dissociatif et délirant. Elle est en rapport avec une psychose chronique de type schizophrénie paranoïde de sévère intensité, évoluant depuis environ 2 ans, favorisée par une consommation excessive de cannabis et de multiples facteurs de stress environnementaux.

I.1.5 Histoire des soins et évolution de la prise en charge

Une longue hospitalisation de 8 mois avec plusieurs séjours en chambre d'isolement thérapeutique, ont été nécessaires pour parvenir à une stabilisation de sa pathologie. Au cours de son hospitalisation, il a bénéficié d'une prise en charge globale, intégrée, pluridisciplinaire médicosociale.

La prise en charge thérapeutique de son trouble mental a consisté à l'instauration d'un traitement antipsychotique par RISPERDAL® qui a permis une régression totale du syndrome délirant associé à une bonne tolérance au traitement. Par la suite, a été instauré un antipsychotique à action prolongée par XEPLION® 150 mg tous les 28 jours, avec pour projet une instauration de TREVICTA® tous les 90 jours, afin d'assurer une bonne observance thérapeutique et diminuer le risque de rechute. Malheureusement il persiste une symptomatologie dissociative modérée marquée par une étrangeté du contact et un discours souvent décousu. Ainsi qu'un apragmatisme et des troubles cognitifs probablement d'origine mixte comme décrit dans le précédent paragraphe. A la fin de l'hospitalisation, il est calme, ne présente plus d'angoisse, son discours est globalement cohérent et sensé, son comportement et sa présentation adaptés. Des ruminations anxieuses, en lien avec son enfance traumatique et l'apragmatisme ont pu être améliorés avec l'adjonction d'un traitement antidépresseur par DEROXAT® 20 mg par jour.

Il a réalisé un travail psychothérapeutique avec la psychologue du service.

Il a bénéficié d'un suivi addictologique spécialisé par une équipe ELSA pour le sevrage de son usage de cannabis, avec qui nous avons réalisé des réunions de concertation pluridisciplinaire autour du cas d'Anthony. Il n'a pas présenté de syndrome de sevrage à sa consommation de cannabis. Son stade motivationnel oscillait entre le stade pré-contemplatif et contemplatif, probablement en lien avec

l'ambivalence inhérente à la schizophrénie, avec une conscience partielle des effets délétères de sa consommation de cannabis sur son trouble mental. Il ne souhaitait pas de sevrage tabagique. Cette prise en charge globale a permis de considérablement diminué sa consommation de cannabis. Il ne consommait que rarement en hospitalisation, avec des dosages de toxiques urinaires souvent négatifs. Par la suite, à sa sortie d'hospitalisation il aurait repris une consommation dans une moindre mesure qu'auparavant, se limitant à l'usage de 1 à 5 joints par semaine. Les équipes soignantes, face à la complexité de la clinique et de la prise en charge d'Anthony, ont pu exprimer avoir apprécié l'aide de l'équipe ELSA et de la psychologue. Notamment lors des réunions cliniques, qui leur ont permis de mieux cerner les difficultés du patient et ainsi mieux appréhender les soins.

Il obtient l'AAH et construit un projet de travail en ESAT.

Un étayage pluridisciplinaire conséquent a été mis en place à son retour au domicile de la mère afin d'assurer la stabilité de l'état clinique, le maintien et le développement de l'autonomie, un accompagnement vers une meilleure insertion socioprofessionnelle. Le projet thérapeutique se composait :

- D'un suivi mensuel au CMP avec un psychiatre.
- D'activités thérapeutiques en CATTP.
- D'un suivi par l'assistante sociale du CMP.
- D'un suivi au CSAPA pour son addiction au cannabis.
- De rendez-vous mensuel au CMP pour ses injections de XEPLION®.

Il avait pour seuls traitement de sortie le DEROXAT® à 20 mg par jour le matin et le XEPLION® 150 mg tous les 28 jours. Le patient a présenté une bonne adhésion aux soins et à la prise en charge en fin d'hospitalisation et en ambulatoire.

I.2 LE CAS DE MARIE

I.2.1 Eléments biographiques

Marie est née en 1996 à Aix en Provence, où elle a grandi entourée de ses parents dont elle est très proche. Son père exerçait la profession de responsable d'une grande entreprise, sa mère travaillait comme enseignante. Il n'existe aucun antécédent psychiatrique familial connu.

Durant l'ensemble de son parcours en école privée catholique, elle est une élève modèle, dans la moyenne de sa classe. Elle n'a rencontré aucune difficulté scolaire et n'a jamais redoublé. Elle est décrite par ses parents comme une enfant et une adolescente sage, facile, soigneuse et joyeuse, plutôt introvertie mais au contact aisé. Elle avait de nombreux loisirs et passions. Elle pratiquait avec assiduité l'équitation et la gymnastique. Elle avait un entourage amical de qualité, comprenant deux « meilleures amies » avec qui elle appréciait passer son temps libre, à faire les magasins et autres distractions. Après l'obtention de son baccalauréat mention assez-bien, elle entreprend des études de langues étrangères appliquées à la faculté de lettres d'Aix en Provence, avec pour projet d'aller enseigner le français aux Etats-Unis. Elle réside toujours chez ses parents, où elle a un studio indépendant. Elle progresse sans encombre jusqu'à la licence. Puis, elle part perfectionner son anglais, lors d'un séjour d'une année à Londres.

Au Royaume-Uni, elle enseigne le français dans une école internationale. Elle mène une vie oisive, réside dans une maison avec plusieurs colocataires, tous d'origine étrangère : un mexicain, une allemande et un suédois. Son quotidien est rythmé par son travail et les soirées aux consommations multiples de toxiques. Elle rencontre Paul, un jeune français qui travaille dans la restauration de nuit, avec qui elle a une relation, et qui lui fournit du cannabis. Sa consommation de toxique bien que régulière reste festive. A son retour en France, elle poursuit ses études et sa consommation récréative de cannabis. Pendant l'année qui suit son retour, elle est égale à elle-même tant dans son comportement que dans ses projets de vie. Elle entretient une relation à distance avec Paul.

Durant l'été 2018, Marie a 22 ans, elle retourne à Londres pour les vacances. On connaît peu de détail de cette période, durant laquelle elle rompt avec Paul. Dans les 2 mois suivant son retour, en octobre 2018, les parents décrivent une rupture brutale avec l'état antérieur. En l'espace de quelques semaines, elle présente un état psychotique aigu ayant conduit à son hospitalisation en milieu spécialisé psychiatrique.

I.2.2 Histoire des troubles

I.2.2.a La phase prémorbide

On ne constate pas à l'anamnèse d'état prémorbide. L'enfance et l'adolescence de Marie se déroulent de manière tout à fait banale, ne laissant apparaître aucun signe en faveur de quelconques difficultés. Marie présente un parcours sans faille où n'existe aucun évènement traumatique, aucune difficulté d'intégration sociale, ni scolaire, ni aucune carence affective ni éducative.

I.2.2.b La phase prodromique

On ne relate pas d'élément caractérisant un état prodromique. On peut toutefois formuler l'hypothèse, que lors de son séjour à l'étranger durant l'été 2018, elle a pu présenter des signes annonciateurs de la décompensation à venir. De plus, sa consommation de cannabis et la séparation avec son copain ont pu constituer des facteurs de stress précipitant l'apparition des troubles psychiatriques.

I.2.2.c L'entrée dans la maladie

En l'espace de quelques semaines, elle se replie dans sa chambre, ne voit plus ses amies, ne va plus à la faculté, ne s'alimente quasiment plus, elle prétend que ses professeurs lui seraient hostiles et exprime le souhait de partir poursuivre ses études en Angleterre. Puis, elle devient agressive verbalement envers ses parents, les accusant de séquestration, de la retenir en France contre son grés, de s'opposer à son projet d'expatriation aux Etats-Unis. Les parents décrivent des épisodes où elle alterne des propos en français et en anglais, de manière décousue et incohérente. Un soir, tandis que la famille partage un dîner, Marie refuse violemment de s'alimenter, elle invective ses parents en les insultant. Ne parvenant pas à faire céder cet état de crise, ils se résignent à appeler les pompiers. A leur arrivée, elle s'apaise, mais ils l'accompagnent tout de même aux urgences.

Elle est examinée par le médecin de garde. Les investigations somatiques, comprenant un scanner cérébral, ne trouvent aucune étiologie organique à son état clinique. Le psychiatre diagnostique un premier épisode de bouffée délirante aiguë, favorisé par la consommation de cannabis et sa rupture sentimentale. En effet, aux urgences Marie présente un syndrome délirant de persécution et mégalomaniaque. Son discours est accéléré, avec une charge anxieuse importante. Sa pensée est désorganisée. Elle est en déni total des troubles qu'elle présente, avec un rationalisme morbide de ceux-ci, une banalisation des troubles du comportement et de sa consommation de cannabis. Elle dit : « Tout le monde fume aujourd'hui, tout le monde est stressé. Je suis meilleure que les autres étudiants, ils sont jaloux de mon voyage à Londres, ça gêne les professeurs et mes parents. C'est eux qui sont fous et qui devraient être enfermés. Je vais déménager et il n'y aura plus de problème. Je ne suis plus française. » Un traitement anxiolytique et sédatif lui est administré aux urgences, par LOXAPAC® et VALIUM®. Initialement elle le refuse, puis accepte finalement dans une opposition passive de prendre le traitement per os. Elle passe la nuit en observation aux urgences, ses parents sont restés en salle

d'attente. Le lendemain, le psychiatre pose une indication d'hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique, refusé par les parents. Ils sont eux aussi en déni la gravité de l'état pathologique de leur fille. Ils font le lien avec sa rupture, sa consommation cannabis, la pression de ses études, l'éloignement du domicile, qui selon eux, ont pu favoriser un état de stress passager, expliquant les troubles du comportement, et que tout va rentrer dans l'ordre quand elle sera de retour à leur domicile, car ils vont prendre soin d'elle. C'est ainsi que Marie quitte l'hôpital, contre avis médical.

Pendant quelques temps, son comportement plus calme donne raison à ses parents. Puis, au bout de quelques semaines, alors qu'elle fête l'anniversaire de l'une de ses amies, elle présente à nouveau des troubles majeurs du comportement. Ses amies décrivent que Marie disparaît seule à plusieurs reprises de la soirée, sans raison apparente. Elle aurait été vue fumant du cannabis avec un groupe de garçons enfermés dans une voiture. Marie est désinhibée, elle allègue être surveillée par des caméras, que son père aurait payé des agents de police pour la suivre. Ses amies inquiètes, et ayant connaissance du précédent épisode, appellent le SAMU. Le médecin arrivé sur les lieux, constate un état d'agitation aigu sous tendu par des propos délirants et incohérents. Face à la nécessité de soins immédiats, la mise en danger de soi et l'impossibilité pour Marie de consentir aux soins, ce médecin met en place une hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) fait par une de ses proches amies.

Marie est hospitalisée en milieu spécialisé psychiatrique pour un deuxième épisode de décompensation délirante. Elle dira plus tard avoir présenté des hallucinations acoustico-verbales peu de temps avant son deuxième voyage pour Londres. Permettant d'évaluer une durée de psychose non traitée à environ 8 mois.

I.2.3 Historique des consommations

Marie a commencé à consommer du tabac et du cannabis à l'âge de 16 ans de manière très occasionnelle.

Sa consommation de tabac devient régulière à son entrée à la faculté à l'âge de 18 ans. Elle consomme des cigarettes manufacturées. Son tabagisme s'élève à environ 10 cigarettes par jour. Soit 1,5 paquets année. Plus si l'on prend en compte sa consommation de cannabis sous forme de joints mélangé à du tabac.

La consommation de cannabis s'élevait à environ 10 joints par mois, l'été précédent son hospitalisation elle oscillait entre 2 à 10 joints par jour. Essentiellement sous forme d'herbe, parfois de résine de cannabis.

Son usage illégal de substances psychoactives débute à Londres à l'âge de 21 ans. Elle consommait principalement du cannabis et de manière occasionnelle de l'alcool et de l'ecstasy. Elle dit avoir consommé uniquement de la MDMA par voie orale, ne jamais avoir consommé de drogue par voie nasale ni intraveineuse et jamais d'autres toxiques.

Elle a été hospitalisée en addictologie pour le sevrage de ses consommations de tabac et de cannabis.

I.2.4 Description clinique, histoire des soins et évolution de la prise en charge

I.2.4.a Hospitalisation en unité de psychiatrie

Marie est une jeune femme de 22 ans, elle est petite et frêle. Ses cheveux sont raides, châains, lui arrivant à ses hanches. Ses yeux noirs sont soulignés par une frange. La présentation est correcte mais peu adaptée au climat hivernal puisqu'elle porte une petite robe soignée de couleur sombre. Elle n'est pas maquillée, l'hygiène corporelle est de qualité. Le contact est étrange et méfiant, le regard fuyant parfois fixe. Son comportement est plutôt inadapté, assise elle tourne quasiment le dos à ses interlocuteurs, présente un contact hermétique lui conférant un aspect inaccessible et lointain. Elle présente un maniérisme, se caressant la pointe de ses cheveux de manière quasi compulsive.

Elle dit de manière brève, détachée et avec peu de conviction, que ses parents l'ont faite hospitalisé pour sa consommation excessive de cannabis. Le dialogue est difficile, elle répond à peine aux questions posées, donne des réponses tangentielles et insensées. Elle semble très envahie, elle présente des attitudes d'écoute, des sourires immotivés, elle soliloque, chuchote en anglais de manière parfois imperceptible. Le faciès est peu expressif le plus souvent figé, amémique, il ne laisse transparaître aucune émotion traduisant un émoussement affectif. Anosognosique, elle ne comprend pas l'inquiétude de son entourage et demande seulement à sortir le plus rapidement possible.

En début de prise en charge, un travail familial de psychoéducation est réalisé avec les parents. Ceux-ci sont très inquiets pour leur fille, ils prennent conscience de la sévérité des troubles présentés par Marie et de la nécessité de soins. Ils acceptent enfin l'hospitalisation. Les parents rapportent une rupture brutale avec l'état antérieur et des troubles du comportement évoluant de manière fluctuante depuis son retour de Londres. Ils mentionnent notamment repli sur soi, un rythme circadien désorganisé avec des insomnies, des réveils nocturnes où Marie parlait seule, des heures de repas irrégulières et une perte d'appétit. Ils décrivent aussi des vellétés hétéro-agressives inhabituelles à leur rencontre. Ils pensaient que son état s'améliorerait avec le temps, qu'il était probablement dû à une rupture sentimentale et à sa consommation de cannabis, mais force a été de constater la persistance et l'aggravation des troubles depuis maintenant 6 mois.

Au fur et à mesure de son hospitalisation l'examen de Marie révèle un tableau évocateur d'une entrée dans la schizophrénie. Elle ne présente pas de trouble thymique mais un syndrome délirant riche, non systématisé et de thématiques multiples. Elle allègue la présence d'hallucinations acoustico-verbales, permanentes. Il s'agirait de voix de personnes connues, ses parents, et inconnues, qui parlent entre elles de sujets divers alimentant abondamment ses idées délirantes de persécution. Elle est persuadée que ces voix émanent de personnes physiques. Au départ très anxiogènes lui conférant une perception hostile de son environnement, puis petit à petit ne suscitant plus d'animosité ni d'angoisse.

Elle présente une désorganisation intellectuelle avec des troubles du cours de la pensée, un relâchement des associations, des fadings, des barrages, un discours diffluent comprenant des

incohérences et des écholalies. Le syndrome dissociatif s'améliore rapidement et régresse sous traitement, contrairement au syndrome délirant qui persiste de manière plus atténuée, probablement favorisé par la poursuite de sa consommation de cannabis.

Initialement elle est opposante à la prise en charge, s'ouvre peu à l'équipe soignante, elle verbalise des idées délirantes de complots interprétatives et intuitives : « les médicaments me tuent, je n'en ai pas besoin, la psychiatrie m'empêche de réaliser mes projets et de m'épanouir, vous êtes du côté de mes parents et de la faculté. » Les liens avec l'équipe soignante sont difficiles, d'autant qu'il persiste une consommation de cannabis durant l'hospitalisation.

Progressivement, son état s'améliore sous ABILIFY® 20 mg par jour. Le traitement symptomatique est diminué et arrêté. La patiente est de meilleur contact, au discours cohérent et sensé, au comportement calme et adapté. Elle parvient à critiquer les idées délirantes de persécutions envers ses parents et reconnaît avoir eu des difficultés de concentration en lien avec les hallucinations acoustico-verbales devenues trop envahissantes, augmentant sa consommation de cannabis pour tenter de les faire taire. Plusieurs permissions au domicile se déroulent de manière satisfaisante, avec une bonne adhésion aux soins et un insight de qualité. La mesure de soins sans consentement a pu être levée. Toutefois, elle présente des difficultés quant au sevrage de son usage de cannabis, provoquant une recrudescence anxieuse majeure et une augmentation considérable de sa consommation de tabac à quasiment 2 paquets par jour. Elle n'a pas pu bénéficier de suivi addictologique pendant son hospitalisation en psychiatrie. Ainsi à l'initiative des parents, elle demande une hospitalisation en unité d'addictologie pour l'aider à réaliser son sevrage.

I.2.4.b Hospitalisation en unité d'addictologie

A sa sortie de l'unité d'hospitalisation en psychiatrie elle est hospitalisée en unité d'addictologie hospitalière avec un contrat de soins de 4 semaines. Elle ne reste hospitalisée que 10 jours avant de demander sa sortie définitive. Toutefois, elle a pu bénéficier de soins spécialisés, alternant des prises en charge groupales et individuelles autour de modules spécialisés sur le tabagisme et le sevrage aux toxiques. Elle a été traitée par un anxiolytique par SERESTA® 50 mg trois fois par jour et par TNS (patchs nicotiques et gommes), qui ont permis une diminution de sa consommation tabagique et de cannabis. Elle poursuit ensuite son suivi en ambulatoire comportant :

- Un suivi mensuel au CMP avec un psychiatre.
- Un suivi au CSAPA pour son addiction au cannabis.

Au bout de plusieurs mois de suivi régulier et avec un soutien sans faille de sa famille et de ses amies, elle parvient à un arrêt et un maintien de l'abstinence au cannabis. Elle continue de consommer du tabac à raison de 10 à 20 cigarettes par jour. Pour finir, sans pour autant obtenir un retour complet à l'état antérieur, car conservant une certaine étrangeté du contact et une anxiété de fond légère, elle reprend sa vie sociale et ses études là où elle les avait laissées.

I.3 LE CAS DE MOHAMED

I.3.1 Contexte de l'entretien

Mohamed a été vu en consultation en janvier 2015 dans le cadre de la mission expertale psychiatrique, effectuée sur requête de Monsieur le Procureur du Tribunal de Grande Instance d'Aix en Provence. L'examen s'est déroulé au parloir de la Maison d'Arrêt des Baumettes à Marseille. Mohamed était en détention provisoire dans le cadre d'une affaire d'homicide volontaire sur la personne de son colocataire.

I.3.2 Eléments biographiques

Mohamed est né en 1988 en Algérie dans un village agricole. Il est le 6^{ème} d'une fratrie de 8 enfants, 3 sœurs qui étaient déjà mariées quand il est né, il avait peu de contact avec elles ; 4 frères qui ont grandi avec lui et avec qui il dit avoir de bonnes relations. Tous résidents en Algérie, il n'a plus de contact avec eux depuis son incarcération. Mohamed a connu une enfance et une adolescence sans histoire, élevé par sa mère, femme au foyer. Son père était absent car il travaillait en France en tant que gardien d'école, et ne rentrait que pendant les vacances. Durant ces courtes périodes de congés, son père était là encore peu présent pour sa famille, les contacts avec Mohamed étaient très limités et insuffisants. Sa mère a pris en charge seule ses enfants, assumant ses responsabilités du mieux qu'elle a pu, faisant appel à sa famille pour assoir une autorité éducative. Ses parents sont décédés durant son incarcération, il n'en connaît pas les raisons.

Il reconnaît avoir été un enfant et adolescent introverti et timide. Il avait très peu d'amis, selon lui à cause de ses bons résultats scolaires, il était moqué par ses camarades d'école disant qu'il était différent. En effet, il était un élève brillant, doué pour les mathématiques. Il a obtenu un baccalauréat scientifique sans difficulté, et a poursuivi ses études dans une université de mathématique où il a obtenu une licence. Il est devenu la fierté de sa famille, celle-ci était prête à tous les sacrifices pour qu'il poursuive son cursus, d'autant plus qu'il était le seul enfant à avoir fait des études. Malgré les faibles revenus familiaux et l'absence de volonté personnelle de quitter le milieu familial, il a cédé aux pressions de ses proches et quitte l'Algérie pour venir s'installer à Toulon. Il obtient avec difficultés son Master de Mathématiques, ce qui lui permet de prétendre éventuellement à un Doctorat. Mais cette image d'enfant prodigue, a été trop difficile à assumer pour lui. Il confiera plus tard que ses études étaient devenues une obsession afin de ne pas décevoir ses proches au détriment de ses propres désirs, lesquels se sont éteints avec le temps. Sa vie en France a été difficile, il était compliqué pour lui de s'adapter à ce nouvel environnement, sa vie sociale était quasi-inexistante, ses contacts se résumant à la fréquentation de son colocataire, Hamid, étudiant algérien de sa promotion. Il n'avait aucune distraction et ses seuls déplacements se réduisaient aux trajets pour se rendre à la faculté, s'acheter à manger, puis se replier au domicile. Il vivait initialement dans un appartement d'environ 30 mètres carrés avec une chambre, son colocataire occupait la chambre et Mohamed la pièce à vivre.

Après l'obtention de son Master, il quitte la colocation pour s'installer dans un studio de 20 mètres carrés, comprenant le strict nécessaire : une kitchenette, une salle d'eau, un lit et un bureau, servant à la fois pour les repas et son travail.

I.3.3 Histoire des troubles

I.3.3.a La phase prémorbide

Mohamed se décrit comme un enfant et adolescent introverti, timide, réservé, inhibé, solitaire, moqué par ses camarades d'école car considéré comme différent. Il allègue des difficultés dans les interactions sociales dès le plus jeune âge et dit avoir toujours préféré la solitude.

I.3.3.b La phase prodromique

Il avait depuis le début de l'âge adulte, tel un ermite, un profond détachement pour les relations sociales et de grandes difficultés dans l'expression émotionnelle. Il existait des questionnements existentiels et autres préoccupations métaphysiques, un repli autistique associé à un état dépressif, qui se sont accentués après son arrivée en France. Une question le préoccupait plus que le reste : sa vie sentimentale. Elle était totalement inexistante, il n'a jamais abordé ni séduit de femme. Il n'a jamais eu de relation sexuelle, ni de désir d'intimité. N'ayant pas de revenu suffisant, il ne pouvait pas se marier avec une femme du pays, cette situation était devenue handicapante pour lui, car il ne pouvait pas se soumettre aux exigences familiales. Il avait une obsession, celle de satisfaire sa famille. Ainsi, ses pensées étaient centrées sur la réussite de ses études et le mariage. Il n'y avait pas de place pour autre chose, il n'existait aucun autre centre d'intérêt, si ce n'est une consommation de cannabis occasionnelle, laquelle avait été initiée par le biais de son colocataire. On peut formuler l'hypothèse d'un probable trouble de la personnalité schizoïde comme état prodromique avec entrée progressive dans la schizophrénie.

I.3.3.c L'entrée dans la maladie et évolution des troubles

C'est probablement après l'obtention de son Master et avec la pression grandissante de son projet de thèse, que sont apparues des idées délirantes de persécution notamment à l'encontre de son colocataire. Mohamed dit qu'il ne supportait plus Hamid, un homme extraverti et à l'aise avec les femmes, au point de quitter la colocation et de s'installer seul. Bien qu'il ait conservé quelques liens avec Hamid, il s'est encore plus renfermé sur lui-même, augmentant sa consommation de cannabis devenue quotidienne.

Mohamed déclare qu'Hamid était le responsable de ses difficultés avec les femmes. Qu'en ne payant pas toujours le loyer, Hamid cherchait volontairement à empêcher son projet de mariage. Mohamed s'est rendu chez un marabout, afin de connaître les explications de son vide affectif. Ce dernier lui aurait fait part d'un envoutement et qu'il était possible de le guérir et qu'enfin il pourrait connaître l'amour. Pendant plusieurs mois, Mohamed a consulté ce guérisseur, sacrifiant toutes ses maigres économies. Aucune des décoctions, des rituels, ni des paroles du marabout n'ont permis

d'apporter un quelconque bien être à Mohamed. Bien au contraire, sa fragilité psychologique s'est accrue au point de douter et de se méfier de tout le monde. Il décrit des idées délirantes de persécutions de mécanismes interprétatif et intuitif, alors qu'il était à la faculté, dans la rue, à la supérette ou même chez lui, il se sentait épié, surveillé. Il dit : « les gens se moquaient de moi car je n'avais pas de femme, ils me traitaient d'homosexuel et de pédophile. » Son délire était probablement sous tendu par des hallucinations acoustico-verbales qui devenaient de plus en plus envahissantes. Petit à petit, il se replie complètement, avec un fléchissement des activités et un désinvestissement socioprofessionnel total. Il ne va plus à la faculté, il ne travaille plus sur sa thèse, il s'isole au domicile, s'alimente peu et mal, ne prêtant plus attention à son hygiène corporelle et celle de son habitat. Il sortait uniquement acheter du cannabis augmentant sa consommation comme jamais, afin de tenter d'apaiser ses angoisses, ses troubles du sommeil et ses hallucinations.

Il souffrait considérablement de cette situation de perdition qui a duré plusieurs mois. Il dit : « mon cerveau s'est bloqué, je ne pouvais plus réfléchir, le marabout s'est moqué de moi, je n'ai plus d'argent, j'ai été manipulé ». Persuadé d'être victime d'un envoutement, et que celui-ci ne pouvait être levé que par son ancien colocataire, il s'est décidé à rencontrer Hamid pour lui en parler. Ce dernier menait une vie à l'opposé de la sienne, il était indépendant et épanoui. Il travaillait et côtoyait plusieurs femmes bravant les préceptes religieux alors que Mohamed, lui, avait toujours été soucieux et respectueux du culte transmis par ses parents. C'est dans ce contexte que Mohamed se trouve au domicile d'Hamid. Alors, la conversation a dégénéré. Il explique avoir été l'objet de proposition indécentes de la part de son ami, le ton serait monté, Hamid l'aurait provoqué en l'insultant et en le traitant de « fou ». Puis, une violente bagarre aurait éclaté. C'est alors que Mohamed se serait muni d'un couteau trouvé sur une table et se serait acharné sur la victime. Puis, il aurait pris la fuite et serait rentré en Algérie. Après quelques semaines d'errances, rongé par la culpabilité et obnubilé par sa thèse, il serait revenu en France où il a été interpellé.

En détention provisoire, il a été pris en charge pendant un mois en milieu spécialisé psychiatrique pour un état de décompensation anxio-délirante, sous la forme d'une hospitalisation sous contrainte à type de Soins à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE). Depuis son retour en détention, il est suivi en ambulatoire par le service de Soins Psychiatriques aux Personnes Détenues (SPAD). La durée de psychose non traitée est estimée à environ un an. Actuellement il est toujours suivi et son traitement comprend un antipsychotique à action prolongée par XEPLION® 100 mg tous les 28 jours et un hypnotique par IMOVANE® 7,5 mg.

I.3.4 Historique des consommations

Il débute sa consommation de cannabis en France, à l'âge de 24 ans, de manière occasionnelle, sous forme de joints mélangé à du tabac. Il consomme essentiellement de la résine de cannabis, parfois de l'herbe. Puis, il augmente progressivement de sa consommation de façon concomitante avec la pression de ses études et l'évolution des troubles. Elle atteint un niveau encore jamais connu auparavant d'une dizaine joints par jour, dans les deux mois qui ont précédé les faits.

Il consomme aussi du tabac depuis l'âge de 24 ans, initié avec sa consommation de cannabis. Entre un demi à un paquet par jour, soit environ 1,5 paquets année. Il consomme principalement du tabac à rouler.

Il n'existe pas d'autre consommation de toxique.

I.3.5 Description clinique

Au moment de l'entretien, Mohamed a 27 ans, il est en détention provisoire depuis 6 mois, dont un mois d'hospitalisation en psychiatrie. Mohamed a saisi l'objet de sa rencontre avec l'expert de manière éclairée. Mohamed est un homme grand et mince, il se tient assis le dos courbé en avant, les épaules basses, le regard fuyant, porté vers le sol. Ses mains aux longs doigts fins reposaient durant tout l'entretien sur ses frêles genoux. La présentation était négligée, il portait un survêtement de sport délavé, de vieilles baskets trouées et un t-shirt bleu clair beaucoup trop grand pour sa taille. Son visage était anguleux, il était hirsute et modérément incuriqué. Il est apparu de contact distant, anxieux et hermétique.

Initialement il avait été placé en cellule avec deux autres détenus, inconnus, avec qui il aurait consommé du cannabis, le tout provoquant un vécu extrêmement anxiogène et intrusif de l'incarcération. Acutisant ainsi ses troubles conduisant à son hospitalisation en milieu spécialisé. Depuis son retour, il a été placé seul en cellule. Il est très isolé, reste en permanence dans sa geôle, ne se rend pas en promenade de peur d'être agressé par d'autres prisonniers et n'a jamais de visite au parloir. Il ne consommerait plus de cannabis depuis son retour d'hospitalisation.

Nous retraçons son histoire de vie, le discours est laconique, par moment diffluant, il présente un ralentissement psychomoteur modéré. Il existe un émoussement affectif, notamment à l'évocation du décès de ses parents et de son ancien colocataire. Durant l'entretien, le tableau clinique est dominé par une symptomatologie négative et une étrangeté du contact. Il verbalise la persistance d'hallucinations acoustico-verbales, de plus faible intensité qu'auparavant, et de manière moins fréquentes. Celles-ci seraient surtout présentes le soir, environ 1 à 2 fois par semaine. Il dit qu'elles avaient disparues lors de son hospitalisation, qu'elles seraient revenues à son retour en détention, avec une anxiété de fond permanente. Il existe un fond délirant de persécution qui n'est pas verbalisé spontanément et qui se traduit par une méfiance vis-à-vis d'autrui, un sentiment inexplicable d'être « sur écoute » par les surveillants pénitentiaires. La participation anxieuse en lien avec son délire est faible. Il a une conscience partielle de ses troubles. En effet, il critique partiellement les idées délirantes notamment celles en rapport avec les événements ayant conduits à son incarcération. Concernant les faits, il ne les banalise pas, mais il les rationalise en y apportant une explication délirante « j'ai été envouté », avec

une adhésion partielle à son délire puisqu'il parvient à le mettre en doute reconnaissant avoir eu des idées en dehors de la réalité et avoir été manipulé par le marabout. Il reconnaît les accusations portées contre lui, il exprime des regrets et des inquiétudes quant à son avenir. Il explique avoir été l'objet de propositions indécentes de la part de son ami et d'avoir été sous l'emprise du marabout et du cannabis qui lui auraient fait perdre le sens des réalités. Il exprime un sentiment de honte et de grande culpabilité, qui pourrait inciter un passage à l'acte suicidaire. Suite à un travail de psychoéducation en hospitalisation et au SPAD, il parvient à dire qu'il souffre de schizophrénie. Il ne présente plus actuellement de tableau de schizophrénie décompensée, mais plutôt de rémission partielle des troubles avec au premier plan une persistance d'une symptomatologie négative. Il a une bonne adhésion aux soins et aux traitements.

En conclusion, Mohamed présente des troubles psychiatriques qui s'inscrivent dans le cadre d'un processus psychotique chronique de type maladie schizophrénique évoluant depuis plusieurs années, dont la date de début des troubles est estimée à environ 1 an et demi, et qui ont occasionné des actes médicolégaux. Il n'était pas pris en charge pour son trouble mental, ce qui a favorisé, avec l'addiction au cannabis, l'émergence d'un épisode psychotique aigu. Ce tableau témoigne qu'une prise en charge en milieu spécialisé était indiquée. Celle-ci s'est effectuée sous le mode d'une hospitalisation à temps complet sous contrainte, à savoir en SDRE. Ses antécédents, l'état clinique au moment de l'entretien avec une étrangeté du contact, l'état de perdition dans lequel il se trouve, son comportement inadapté et inadéquat aux règles de vie en société participent à poser le diagnostic de schizophrénie. L'expert conclut que les faits reprochés avaient des motivations délirantes et incohérentes, reflétant la désorganisation de son raisonnement et de son jugement. Il était atteint au moment des faits d'un tableau de schizophrénie aiguë décompensée ayant aboli son discernement et le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal. Il n'est pas accessible à une sanction pénale, qui aurait pour effet de réactiver la symptomatologie délirante. Il est curable et réadaptable. Actuellement, il n'est pas dangereux toutefois, en l'absence de soins adaptés il pourrait présenter dans un contexte de décompensation psychotique des troubles du comportement qui compromettrait sa sécurité ou celle d'autrui, ou troublerait l'ordre public. La consommation de toxiques peut aggraver le tableau de décompensation, après l'avoir favorisé en cas de rupture thérapeutique.

Quelle que soit la décision judiciaire, il est impératif de maintenir Mohamed dans une dynamique de soins soutenue associée à un antipsychotique à action prolongée, pour prévenir d'une décompensation délirante et une rechute de sa consommation de cannabis. L'expert pose l'indication de soins à temps complet en milieu spécialisé, il préconise une obligation de soins dans le cadre d'une mesure de suivi socio-judiciaire afin de stabiliser Mohamed, de l'accompagner dans un projet thérapeutique, de prévenir un nouvel épisode de décompensation avec risque de nouveau passage à l'acte auto/hétéro agressif et de favoriser une adhésion thérapeutique de bonne qualité. Enfin, un projet de resocialisation voire un retour dans son pays d'origine peut s'envisager, elle lui permettrait de lutter contre l'isolement social en nouant des liens avec sa famille.

II L'ETUDE

II.1 MATERIEL ET METHODE

II.1.1 Objectif

L'objectif de cette étude est de faire une étude descriptive observationnelle de la prise en charge actuelle de la co-occurrence usage de cannabis, chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles, au sein des hôpitaux psychiatriques publics du département des Bouches-du-Rhône.

II.1.2 Matériel

Le moyen utilisé pour cette étude est un questionnaire que nous avons construit, à l'attention des psychiatres et des internes en psychiatrie (cf. Annexe).

Ce questionnaire comprend une introduction, un questionnaire en 6 parties et un message de remerciement.

Il comporte au total 90 questions. Les réponses étaient facultatives.

La durée de réponse est entre 10 et 15 minutes maximum.

L'introduction se veut simple et informative. Elle précise les critères de sélection, l'objectif et les caractéristiques du questionnaire. Elle comprend aussi les droits d'accès, de modification ou rectification des réponses, d'anonymat et de retour du questionnaire, dont dispose chaque répondant.

Le questionnaire est strictement confidentiel. Les adresses mails ont été récoltées, il était obligatoire de la renseigner afin de répondre au questionnaire et d'envoyer une réponse. Les réponses ont été entièrement anonymisées dès leur réception. La collecte des adresses mail était utile pour définir le taux de réponse et de non réponse et s'assurer de l'absence de doublon.

Détail des 6 parties (cf en annexe l'intégralité du questionnaire) :

1) La première partie concerne des généralités, elle comprend 9 questions.

Les principales données récoltées sont le sexe (question 1) et l'ancienneté du répondant, en distinguant les internes (question 2) et en évaluant la part d'exercice en intra-hospitalier et en ambulatoire (questions 3 et 4). Ensuite, la recherche et l'évaluation des toxiques aux urgences, en unité d'hospitalisation et en ambulatoire (questions 7, 8 et 9), et l'évaluation subjective de la part de la population cible dans la file active (questions 5 et 6).

2) La deuxième partie concerne le tabac, elle comprend 15 questions.

Les principales données récoltées sont la recherche de la consommation de tabac (question 10), l'évaluation de la consommation (questions 11 à 16), l'information de prévention (question 17), la prise

en charge proposée (questions 18 à 21), et enfin l'orientation pour la prise en charge (questions 22 à 24), en précisant la sollicitation d'addictologues (questions 21 et 23).

3) La troisième partie concerne le cannabis, elle comprend 24 questions.

Les principales données récoltées sont la recherche de la consommation de cannabis (question 25), l'évaluation de la consommation (questions 26 à 31), l'information de prévention (question 32), la prise en charge proposée (questions 33 à 36), et l'orientation pour la prise en charge (questions 37 à 39), en précisant la sollicitation d'addictologues (questions 36 et 38). Ensuite, l'évaluation subjective de la notion de banalisation de la consommation était recherchée (question 40), ainsi que les modes de consommations (questions 41 et 42), les effets de la consommation (questions 43 à 46). Enfin, était demandé une auto-évaluation de sa consommation de tabac et cannabis (questions 47 et 48).

4) La quatrième partie concerne la prise en charge pharmacologique de la schizophrénie, elle comprend 1 question.

Les données récoltées concernent la prescription d'antipsychotique (le type première ou seconde génération), les associations prescrites (avec un autre antipsychotique ou un autre traitement psychotrope), et enfin la voie privilégiée chez cette population (per os ou intra-musculaire).

5) La cinquième partie concerne la prise en charge de la comorbidité usage de cannabis, elle comprend 25 questions.

Les principales données récoltées concernent la pratique par le répondant et son équipe, de l'entretien motivationnel (questions 50, 54 et 55), d'une prise en charge psychothérapeutique (questions 51 et 52), plus précisément de type TCCE (questions 53, 56 et 57), la demande d'avis par des équipes spécialisées en addictologie (questions 58 à 61), et la qualité du lien avec celles-ci (question 62 et 63), et enfin, l'avis du répondant concernant le mode et la qualité de la prise en charge individuelle en lien avec les équipes spécialisées en addictologie, de la co-occurrence usage de cannabis dans la population cible (question 64 à 74).

6) La sixième et dernière partie concerne la formation des soignants, elle comprend 16 questions.

Les principales données récoltées concernent la formation des soignants à la prise en charge de cette co-occurrence dans cette population, à savoir le type de formation du psychiatre répondant (questions 75 à 80) et de son équipe (questions 81 à 88) ainsi que l'avis du psychiatre répondant sur la qualité de cette formation (questions 89 et 90).

Le questionnaire a été effectué par le biais du logiciel « Google Form ». L'envoi du questionnaire et le recueil des réponses s'est majoritairement effectué par mail qui comportait un lien vers le questionnaire sur le logiciel. Il suffisait pour le répondant de cliquer sur le lien, de répondre au questionnaire, de cliquer sur « envoyer la réponse » à la fin de celui-ci et les réponses étaient répertoriées directement sur le logiciel puis extraites sur un document Excel afin de les traiter. Toutefois l'ensemble des répondants avaient la possibilité de répondre sur format papier (document à imprimer en pièce-jointe du mail ou imprimé puis mis à leur disposition dans leur casier par leur secrétariat), dans ce cas nous avons ensuite informatisé les réponses. Le recueil des réponses s'est effectué sur 4 mois, de début août 2018 à fin novembre 2018. Nous avons effectué un premier envoi, puis 3 relances, une

par mois. Afin de recueillir un maximum de réponses au questionnaire, nous avons utilisé des techniques de marketing commercial notamment basé sur la couleur, la syntaxe et la mise en page du contenu du mail.

II.1.3 Critères d'inclusions

Le questionnaire ne concerne que les patients adultes, à partir de 18 ans :

- dont on suspecte fortement un trouble schizophrénique émergent ;
- dont l'évolution du trouble schizophrénique est récente (inférieure à 5 ans d'évolution).

Cette étude est multicentrique.

Le questionnaire était adressé à l'ensemble des psychiatres du GHT13, exerçant en psychiatrie adulte : aux urgences, en unité d'hospitalisation, en ambulatoire (centre médico-psychologique (CMP), hôpitaux de jour (HDJ), et Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)). Les psychiatres du GHT13, aussi nommés les répondants, représentent la population cible de notre étude.

Nous avons aussi inclus les internes en psychiatrie inscrit à la faculté de médecine de l'université Aix-Marseille.

Le GHT13 comprends 6 structures hospitalières psychiatriques qui couvrent en psychiatrie adulte, les 27 différents secteurs géographiques du territoire des Bouches-du-Rhône. Elles sont d'Ouest en Est :

- à Arles, le centre hospitalier d'Arles (CHA), qui couvre les secteurs 13G26.
- à Martigues, le centre hospitalier du Vallon (CHDV), qui couvre les secteurs 13G23, 13G24 et 13G25.
- à Aix-en-Provence, le centre hospitalier Montperrin (CHM), qui couvre les secteurs 13G17, 13G18, 13G19, 13G20, 13G21 et 13G22.
- à Marseille, le centre hospitalier Edouard Toulouse (CHET), qui couvre les secteurs 13G11, 13G12, 13G13, 13G14, 13G15 et 13G16.
- à Marseille, l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM), qui est composée de deux structures : le CH Conception qui couvre les secteurs 13G02, 13G03 et 13G04, et le CHU Sainte Marguerite qui couvre les secteurs 13G01, 13G05 et 13G06.
- à Marseille, le centre hospitalier Valvert (CHV), qui couvre les secteurs 13G07, 13G08, 13G09 et 13G10. (200,201)

Le GHT13 est un dispositif prévu par la loi de santé 2016, il concerne les établissements publics de santé d'un même territoire et il est sensé faciliter le travail de coopération en réseau entre ceux-ci qui devrait faciliter les soins en améliorant leur qualité et en diminuant leur coût. Pour la psychiatrie cela concerne l'ensemble des établissements suscités. Des groupes de travail de chacun de ces établissements ont été constitués sur des thématiques spécifiques et ils se réunissent régulièrement pour la mise en œuvre et l'organisation de ce travail de partage. (202) Ainsi, nous avons trouvé intéressant d'étudier les pratiques des différents professionnels de ces établissements publics à

l'échelle de notre territoire. Nous avons voulu y intégrer les internes qui travaillent dans ces établissements, qui y ont une place à part entière dans la prise en charge des patients. Aussi, car ils sont de jeunes professionnels toujours en formation, qui ont peut-être des pratiques différentes des praticiens en poste depuis plusieurs années. Et enfin car ceux-ci seront les praticiens hospitaliers de demain, probablement pour certains d'entre eux au sein du GHT13, donc leur pratique devrait nécessairement faire évoluer la prise en charge des patients.

Les adresses mails des professionnels ont été recueillies, non sans difficultés, pour les internes en psychiatrie auprès du Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Marseille (SAIHM), pour les praticiens psychiatres soit auprès des responsables de directions des administrations des institutions, des directions de l'information médicale (DIM), des secrétariats médicaux, des carnets d'adresses de boîtes mail ou de praticiens. Pour constituer l'échantillon, nous nous sommes confrontés à des difficultés relatives à l'absence de réponse, aux adresses mails erronées, aux mouvements de praticiens entre différentes institutions des Bouches-du-Rhône ou ailleurs.

Ainsi, la taille de l'échantillon est de 312 personnes, dont font partie 102 internes en psychiatrie et 210 psychiatres (dont 9 au CHA, 22 au CHDV, 48 au CHM, 37 au CHET, 70 à l'APHM, 24 au CHV).

II.1.4 Critères d'exclusions

Les patients mineurs n'ont pas été inclus pour un souci d'exhaustivité et d'éviction de biais de sélections. En effet, les cas de schizophrénie avérés durant l'enfance sont rares et la période de l'adolescence se caractérise par une mouvance et une richesse des remaniements qui rendent encore plus difficile le diagnostic de trouble schizophrénique ; les tableaux cliniques souvent polymorphes, peuvent ne pas évoluer vers une schizophrénie. Pour ces raisons, nous avons choisi d'exclure de l'échantillon des praticiens de pédopsychiatrie.

II.1.5 Méthodologie de l'analyse des résultats

Nous avons réalisé une analyse uniquement descriptive des résultats en pourcentages, avec un croisement de données pour un certain nombre de résultats. Nous avons choisi de manière arbitraire que les taux de réponse en dessous de 55 % perdaient une significativité clinique et pouvaient ne pas refléter l'ensemble des psychiatres du GHT13, être du à des tendances individuelles des répondants, ou à des biais d'analyses des répondants par rapport aux discours rapportés des patients. Selon ces mêmes arguments, nous avons déterminé de manière arbitraire que s'il y avait une différence de 5 % au moins entre deux taux de réponses, il pouvait y avoir une certaine signification clinique.

Le terme de « significativité » des résultats employé dans ce travail de thèse, n'est pas statistique mais clinique, en terme de taux de répondants.

Nous avons choisi de présenter les résultats sous forme de tableaux et de diagrammes, afin de mieux représenter visuellement les taux de réponses. Les questions du questionnaire auxquelles se rapportent les résultats sont précisées entre crochets. L'ensemble du questionnaire avec la numérotation des questions est disponible en annexe.

II.2 RESULTATS

II.2.1 Données descriptives concernant les répondants au questionnaire et la population de patients présentant la co-occurrence schizophrénie d'évolution récente et consommation de cannabis [questions 1-2-3-4-5-6-40-41-42-43-44-45-46-47-48] :

II.2.1.a Caractéristiques des répondants [questions 1-2-3-4-47-48]

Au total, 201 personnes ont répondu au questionnaire, sur les 312 personnes sur la liste de mail répertoriant les psychiatres et internes du GHT13, soit un taux de réponse au questionnaire de 64,4%.

Parmi les répondants, on trouve :

- ➔ 69 internes en psychiatrie sur 102 (soit 67,6% des internes qui ont répondu au questionnaire). Les internes représentent 34,3% de l'ensemble des répondants au questionnaire. (cf. tableau 1, [question 2]).
- ➔ 132 praticiens psychiatres sur 210 (soit 62,9% des praticiens qui ont répondu au questionnaire). Parmi eux, 14,4% exercent depuis moins de 5 ans, 11% ont une ancienneté entre 5 et 10 ans, et 40,3% exercent depuis plus de 10 ans. (cf. tableau 1, [question 2]).
- ➔ 65,2% sont des femmes et 34,8% des hommes. (cf. tableau 1, [question 1]).
- ➔ La majorité des répondants ne consomme pas de tabac (72,7%), ni de cannabis (90,0%) (cf. tableau 3, [questions 47-48]).

Au total, la taille de la population est de 312 personnes, avec une marge d'erreur de 5%, la taille requise de l'échantillon pour être représentative de la population est de 172 personnes. Notre échantillon composé de 201 répondants est donc représentatif de la population : les psychiatres et internes en psychiatries du GHT13.

Nous constatons qu'il y a une différence significative entre les femmes et les hommes avec une prépondérance de femmes (cf. tableau 1, [questions 1]).

S'agissant de l'ancienneté d'exercice (cf. tableau 1, [question 2]), sans prendre en compte les internes, il y a une majorité de répondants qui exercent depuis plus de 10 ans (40,3%).

En prenant en compte les internes :

- La population de jeunes praticiens internes et exerçants depuis moins de 5 ans représente 48,7% de l'échantillon, et la population des praticiens plus expérimentés exerçant depuis plus de 5 ans représente 51,3%. L'échantillon est ainsi plutôt équilibré s'agissant des jeunes praticiens et des praticiens plus expérimentés.

- La population de jeunes praticiens ayant une expérience clinique inférieure à 10 ans représente 59,7% de l'échantillon et celle des durées d'exercices supérieure à 10 ans représente 40,3% dans ce cas, il existe une différence significative avec une majorité de jeunes praticiens ayant répondu à l'étude.

Concernant le temps d'exercice en hospitalisation, 26,4% des répondants exercent moins de 30% du temps en unité d'intra-hospitalier, 32,8% entre 30-60%, 22,4% entre 60-80% et 18,4% y exercent plus de 80% de leur temps de travail. (cf. tableau 2 [questions 3]).

Ancienneté d'exercice - distribution avec le sexe						
Ancienneté d'exercice	Femmes	(%)	Hommes	(%)	Total	(%)
[0-5]ans	21	10.4	8	4.0	29	14.4
]5-10]ans	10	5.0	12	6.0	22	11.0
> 10 ans	50	24.9	31	15.4	81	40.3
Internes	50	24.9	19	9.4	69	34.3
Total	131	65.2	70	34.8	201	100.0

Tableau 1 : Ancienneté d'exercice, distribution par rapport au sexe du répondant. [questions 1-2]

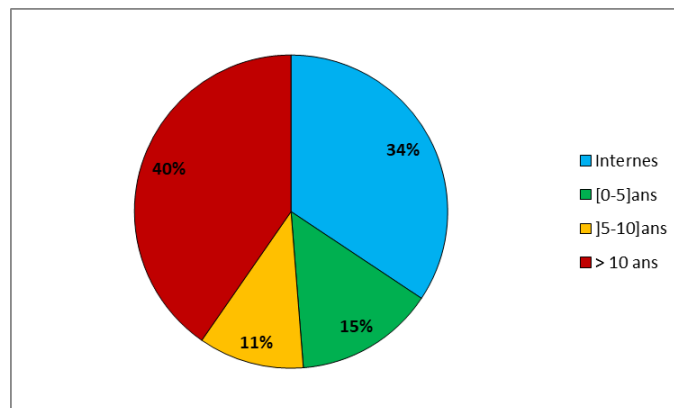


Diagramme 1 : Illustration des données du tableau 1 : Ancienneté d'exercice des répondants (en %). [questions 2]

Temps d'exercice en hospitalisation - distribution avec le sexe						
Exercice hospitalier	Femmes	(%)	Hommes	(%)	Total	(%)
[0-30]%	34	26.0	19	27.1	53	26.4
]30-60]%	38	29.0	28	40.0	66	32.8
]60-80]%	32	24.4	13	18.6	45	22.4
]80-100]%	27	20.6	10	14.3	37	18.4
Total	131	100	70	100	201	100

Tableau 2 : Temps d'exercice en hospitalisation, distribution par rapport au sexe du répondant. [questions 1-3]

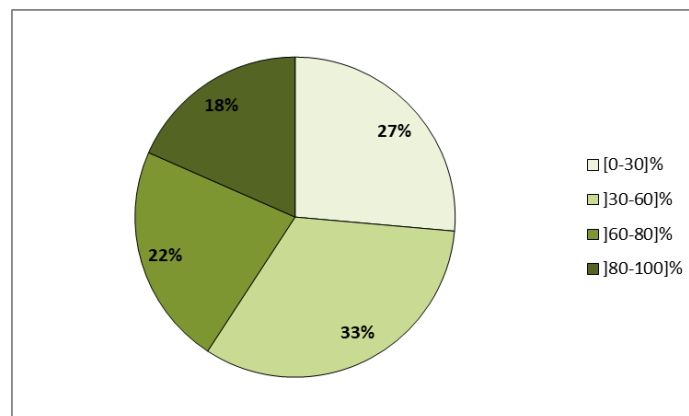


Diagramme 2 : Illustration des données du tableau 2 : Temps d'exercice en hospitalisation des répondants (en %). [questions 3]

Concernant la consommation de tabac par les répondants (cf. tableau 3, [question 47]) :

- La majorité des répondants (72,7%) ne consomme pas de tabac (30,9% jamais, 20,4% a expérimenté, 16,4% ancien consommateur régulier, 5,0% occasionnel,). 26,8% d'entre eux consomment du tabac (14,9% régulièrement, 11,9% occasionnellement).
- La majorité des répondants (68,6%) a déjà consommé du tabac dans leur vie.

Concernant la consommation de cannabis par les répondants (cf. tableau 3, [question 48]) :

- La majorité des répondants (90,0%) ne consomme pas de cannabis (44,2% jamais, 39,3% a expérimenté, 4,0% ancien consommateur régulier, 2,5% occasionnel,). 8,5% d'entre eux consomment du cannabis (1,0% régulièrement, 7,5% occasionnellement).
- La majorité des répondants (54,3%) a déjà consommé du cannabis dans leur vie.

Consommation de tabac et de cannabis par les répondants				
	TABAC		CANNABIS	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	1	0,5	3	1,5
Jamais	62	30,9	89	44,2
Je l'ai expérimenté	41	20,4	79	39,3
Cons. occasionnelle	24	11,9	15	7,5
Cons. Régulière	30	14,9	2	1,0
Ancien Cons. Occasionnel	10	5,0	8	4,0
Ancien Cons. Régulier	33	16,4	5	2,5
Total	201	100,0	201	100,0

Tableau 3 : Consommation de tabac et de cannabis par les répondants [questions 47-48]

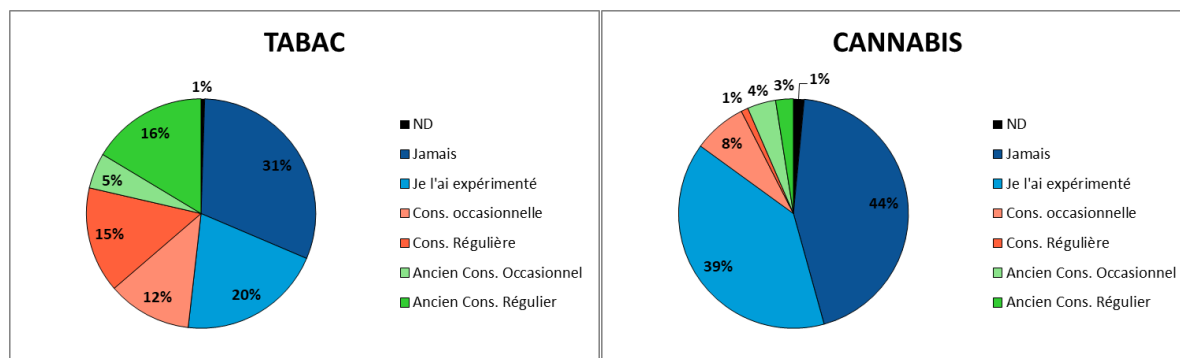


Diagramme 3 : Illustration des données du tableau 3 : Consommation de tabac et de cannabis par les répondants (en %). [questions 47-48]

II.2.1.b Caractéristiques de la population de patients ciblées [questions 2-5-6-40-41-42-43-44-45-46]

b.1 Taux de patients comorbides dans la patientèle des répondants [questions 2-5-6]

La grande majorité des répondants, 88,5 %, ont reçu, depuis janvier 2018, des patients consommant du cannabis, pour lesquels avaient été suspecté une psychose émergente ou bien dont l'évolution du trouble schizophrénique était récente. (cf. tableau 4, [question 5]).

Taux de répondants en fonction de son ancienneté, ayant rencontré dans sa patientelle depuis janvier 2018, la co-occurrence Schizophrénie récente - consommation de Cannabis						
Ancienneté	Co-occurrence rencontrée				Total	%
	NON	%	OUI	%		
[0-5]ans	4	2.0	25	12.4	29	14.4
]5-10]ans	2	1.0	20	10.0	22	11.0
> 10 ans	7	3.5	74	36.8	81	40.3
Interne	10	5.0	59	29.3	69	34.3
Total	23	11.5	178	88.5	201	100

Tableau 4 : Présence de patients souffrants de la co-occurrence trouble schizophrénique d'évolution récente – consommation de cannabis, dans la patientelle du répondant depuis janvier 2018, en fonction de l'ancienneté d'exercice du répondant. [questions 2-5]

L'association schizophrénie débutante et consommation de cannabis est estimée être présente chez plus de 50% des patients pour quasiment 1 répondant sur 2 (pour 48,9% des répondants) ; entre 30 et 50 % pour plus d'un répondant sur 4 (pour 27% des répondants). Seulement 2,8% des répondants estiment avoir reçu moins de 10% de patients présentant cette comorbidité dans leur patientèle depuis janvier 2018. (cf. tableau 5, [question 6]).

Depuis janvier 2018, dans la patientelle des répondants : taux de patients présentant la co-occurrence schizophrénie d'évolution récente - consommation de cannabis

Ancienneté	Taux de patients présentant la co-occurrence dans la patientelle									
	[0-10]%]10-30]%]30-50]%]50-100]%			
		%		%		%		%	Total	%
[0-5]ans	0		4		8		13		25	
]5-10]ans	2		7		6		5		20	
> 10 ans	3		14		16		41		74	
Interne	0		13		18		28		59	
Total	5	2.8	38	21.3	48	27.0	87	48.9	178	100

Note : ne s'applique qu'aux répondants qui ont dans leur patientelle des patients présentant cette co-occurrence depuis janvier 2018 (ayant répondu « oui » à la question 5).

Tableau 5 : Taux de patients en pourcentage présentant l'association trouble schizophrénique d'évolution récente – consommation de cannabis, dans la patientelle des répondants, depuis janvier 2018. [question 2-6]

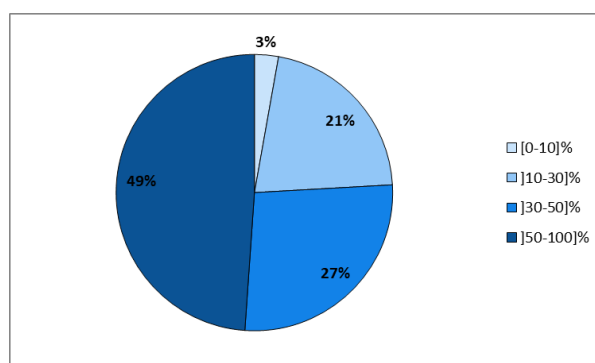


Diagramme 4 : Illustration des données du tableau 5 : Taux de patients présentant cette co-occurrence dans la patientelle des répondants, depuis janvier 2018 (en %). [question 6]

b.2 Modes de consommation du cannabis [questions 41-42]

La grande majorité des psychiatres a répondu que leurs patients consomment le cannabis fumé sous forme de joint mélangé à du tabac (67,7% des répondants) soit sous forme de résine (86,6% des répondants) ou d'herbe (86,1% des répondants). (cf. tableau 6, [question 41]). Il n'y a pas de différence entre la forme résine ou herbe. Il ressort de manière significative, les modes de consommation du cannabis sous forme de résine, d'herbe et la voie fumée.

Une tendance se dessine faiblement avec 13,9% des réponses allant dans le sens d'une consommation par la voie inhalée sous forme de cannabis vaporisé au moyen de vaporisateur ou de cigarette électronique, sans que nous puissions conclure sur le taux de ce mode de consommation estimé par les psychiatres. (cf. tableau 6, [question 41]).

Les autres voies et moyens de consommation sont relevés de manière minoritaire par les répondants (huile de cannabis 8,0%, ingestion de cannabis dans l'alimentation 8,5% et en infusion 4,0%, et 4,5% disent ne pas savoir). (cf. tableau 6, [question 41]).

Un seul répondant a cité un autres moyens que ceux proposés dans le questionnaire, il s'agit de la consommation de CBD sous forme d'huile vaporisé. [question 42]

Les modes de consommation du Cannabis par les patients			
	OUI	NON	(%)
Sous forme de Résine	174	27	86.6
Sous forme d'Herbe	173	28	86.1
Sous forme d'Huile	16	185	8.0
Inhalé : Fumé	136	65	67.7
Inhalé : Vaporisé	28	173	13.9
Ingéré : dans l'Alimentation	17	184	8.5
Ingéré : en Infusion	8	193	4.0
Autres Mode de conso.	1	200	0.5
Mode conso. Non connu	9	192	4.5

Tableau 6 : Les modes de consommations du cannabis par les patients des répondants. [question 41]

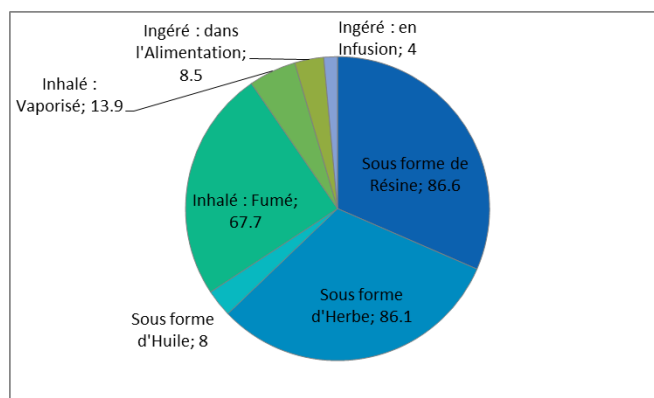


Diagramme 5 : Illustration des données du tableau 6 : Les modes de consommations du cannabis par les patients des répondants (en %). [question 41]

La majorité des répondants estime que les patients ne sont pas vigilants aux taux de THC et de CBD contenus dans leur produit (pour 61.7% des répondants). Il s'agit de la seule donnée sur laquelle nous pouvons conclure concernant la question relative à l'utilisation de cannabis dit thérapeutique. (cf. tableau 7, [question 46]).

Les autres données du tableau 7 sont probablement des tendances individuelles. On peut toutefois détailler les résultats comme suit :

- Certains patients disent souhaiter consommer du cannabis thérapeutique d'après 20,9% des répondants (7,5% de réponses « oui », 13,4% « plutôt oui ») et 27,6% des psychiatres rapportent le contraire (19,9% de réponses « non », 7,7% « plutôt non »). Les réponses apportées sont du même ordre de grandeur, aucune différence n'apparaît clairement entre les réponses affirmatives et négatives, même si les réponses négatives paraissent légèrement prépondérantes. (cf. tableau 7, [question 46]).
- Il apparaît que d'après les psychiatres répondants, la majorité des patients ne rapporterait pas avoir une vigilance particulière aux taux de THC et de CBD contenus dans leur produit consommé pour 42,2% d'entre eux (30,8% de réponses « non », 11,4% « plutôt non »), seul 5% répondent que les patient disent y porter attention (3,0% de « plutôt oui », 2,0% de « oui »). (cf. tableau 7, [question 46]).

Concernant l'usage du cannabis par les patients, ils rapportent dans leur discours :														
	ND	Je ne sais pas (%)	Non (%)	Plutôt non (%)	Plutôt oui (%)	Oui (%)	Total	(%)						
Le souhait de consommer du cannabis thérapeutique.	3	1.5	3	1.5	80	39.8	31	15.4	54	26.8	30	15.0	201	100
Etre vigilant au taux de THC et de CBD contenu dans leur produit.	3	1.5	8	4.0	124	61.7	46	22.8	12	6.0	8	4.0	201	100

Tableau 7 : Dans le discours rapporté des patients, éléments en faveur d'une vigilance liée à la « qualité » du cannabis consommé. [question 46]

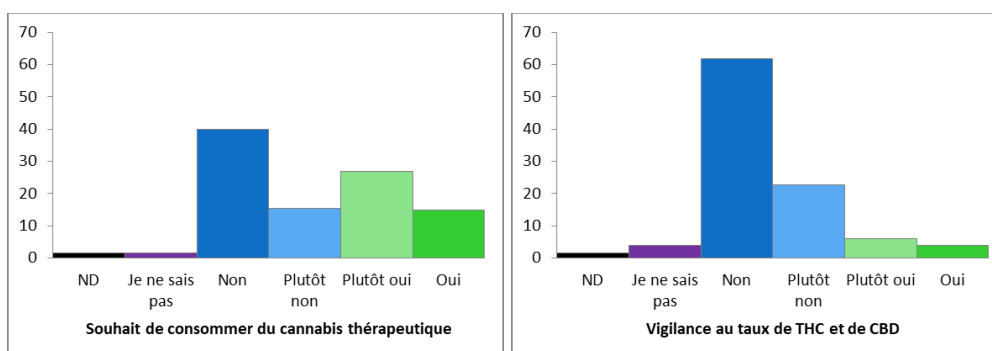


Diagramme 6 : Les patients souhaitent consommer du cannabis thérapeutique (à gauche) : Les patients sont vigilants au taux de THC et de CBD contenu dans leur produit (à droite). (en %). [question 46]

La majorité des répondants (64,7%) ont estimé **ne pas connaître suffisamment les actions pharmacologiques des principaux principes actifs du cannabis**, à savoir le THC et le CBD. (cf. tableau 8, [question 45])

Connaissance des actions pharmacologiques du THC et du CBD		
	Freq.	(%)
ND	1	0.5
Oui	64	31.8
Insuffisamment	130	64.7
Non	6	3.0
Total	201	100.0

Tableau 8 : Evaluation subjective des connaissances des répondants concernant les actions pharmacologiques des principaux principes actifs du cannabis : le THC et le CBD. [question 45]

b.3 Les effets recherchés par la consommation de cannabis [questions 43-44]

Les effets recherchés lors de la consommation de cannabis par les patients, selon les psychiatres du GHT13, sont listés ci-dessous par ordre décroissant. (cf. tableau 9, [question 43])

Les assertions majoritaires sont :

- 1) « un effet **anxiolytique**, d'apaisement » (pour 97,0% des répondants) ;
- 2) A égalité (pour 69,2% des répondants) :
 - « un effet **hypnotique** »
 - « d'une sensation **d'euphorie**, de **bien être** » ;
- 3) « un moyen de **socialisation** et/ou **sociabilisation** » (pour 57,7% des répondants) ;

Ensuite, on retrouve des assertions sur lesquelles nous ne pouvons pas conclure car correspondant probablement à des tendances individuelles :

- 4) Du même ordre de grandeur :
 - « une recherche de **sensations** » (pour 41,8% des répondants)
 - « un moyen de **lutte contre la symptomatologie positive** de la schizophrénie » (pour 41,3% des répondants) ;
- 5) Du même ordre de grandeur :
 - « un effet **antidépresseur** » (pour 29,4% des répondants) ;
 - « un moyen de **lutte contre les effets secondaires** des traitements » (pour 28,4% des répondants) ;
 - « un effet **antalgique** » à égalité avec « un moyen de stimuler la **créativité** » (pour 27,4% des répondants) ;
- 6) « un effet de **perturbation des perceptions sensorielles** » pour 18,9% des répondants ;

7) Et enfin, du même ordre de grandeur :

- « un moyen pour **faciliter les rapports sexuels** » (pour 3% des répondants),
- « un effet sur le **transit** (appétit, constipation) » (pour 2% des répondants),
- « effet **anti-cancérigène** » (pour 0,5% des répondants).

Absence d'autres moyens cités par les répondants, que ceux proposés dans le questionnaire.

[question 44]

Les effets recherchés lors de la consommation de cannabis			
	OUI	NON	(%)
Apaisement, anxiolyse	195	6	97.0
Hypnotique	139	62	69.2
Euphorie, bien-être	139	62	69.2
Socialisation / sociabilisation	116	85	57.7
Recherche de sensations	84	117	41.8
Contre sympto. positive Schiz.	83	118	41.3
Antidépresseur	59	142	29.4
Contre effets 2nd traitements	57	144	28.4
Antalgique	55	146	27.4
Créativité	55	146	27.4
Perturber les sens / perception	38	163	18.9
Sexualité	6	195	3.0
Appétit / constipation	4	197	2.0
Anti-cancérigène	1	200	0.5
Autre(s) Effets	1	200	0.5
Effets recherchés non connus	0	201	0.0

Tableau 9 : Les effets recherchés par la consommation de cannabis par les patients des répondants. [question 43]

b.4 Banalisation de la consommation de cannabis [question 40]

Les répondants estiment de manière quasi unanime que la consommation de cannabis est banalisée par les **patients**, pour 95.5% répondants (avec une grande majorité de réponse « oui » : 56.7% répondants et « plutôt oui » : 38.8% répondants).

Les réponses sont divisées concernant les **proches** du patient et peuvent correspondre à des tendances individuelles. On retrouve une quasi égalité des répondants disant « plutôt non » : 76 répondants, et « plutôt oui » : 75 répondants. Avec 48.7% de réponses négatives et 44.3% de réponses positives, aucune différence ne ressort entre les réponses positives et négatives.

Concernant les **soignants**, là aussi les réponses sont divisées et peuvent correspondre à des tendances individuelles. On retrouve une quasi égalité des répondants disant « plutôt non » : 70 répondants et « plutôt oui » : 69 répondants. La différence est nette entre les réponses positives et négatives, **la tendance est plutôt à la « non banalisation de la consommation de cannabis par les soignants** », avec 56.2% de réponses négatives et 39.8% de réponses positives.

Les psychiatres n'auraient pas tendance à banaliser la consommation de cannabis avec 64.7% de réponses négatives, et 30.9% de réponses positives.

En résumé :

- Quasiment tous les répondants pensent que les patients banalisent leur propre consommation de cannabis.
- Un peu moins d'un répondant sur 2 pense que la consommation de cannabis par les patients est banalisée par les proches de ceux-ci et par les soignants.
- Environ 1 répondant sur 3 pense que la consommation de cannabis chez les patients souffrant de schizophrénie est banalisée par les psychiatres.

L'usage du Cannabis est il banalisé														
	ND	(%)	Je ne sais pas	(%)	Non	(%)	Plutôt non	(%)	Plutôt oui	(%)	Oui	(%)	Total	(%)
par les patients	2	1	2	1	3	1.5	2	1	78	38.8	114	56.7	201	100
par les proches	3	1.5	11	5.5	22	10.9	76	37.8	75	37.3	14	7	201	100
par les soignants	3	1.5	5	2.5	43	21.4	70	34.8	69	34.3	11	5.5	201	100
par les psychiatres	3	1.5	6	2.9	54	26.9	76	37.8	54	26.9	8	4	201	100

Tableau 10 : Avis des répondants concernant la banalisation de l'usage de cannabis chez les patients, les proches des patients, les soignants et les psychiatres. [question 40]

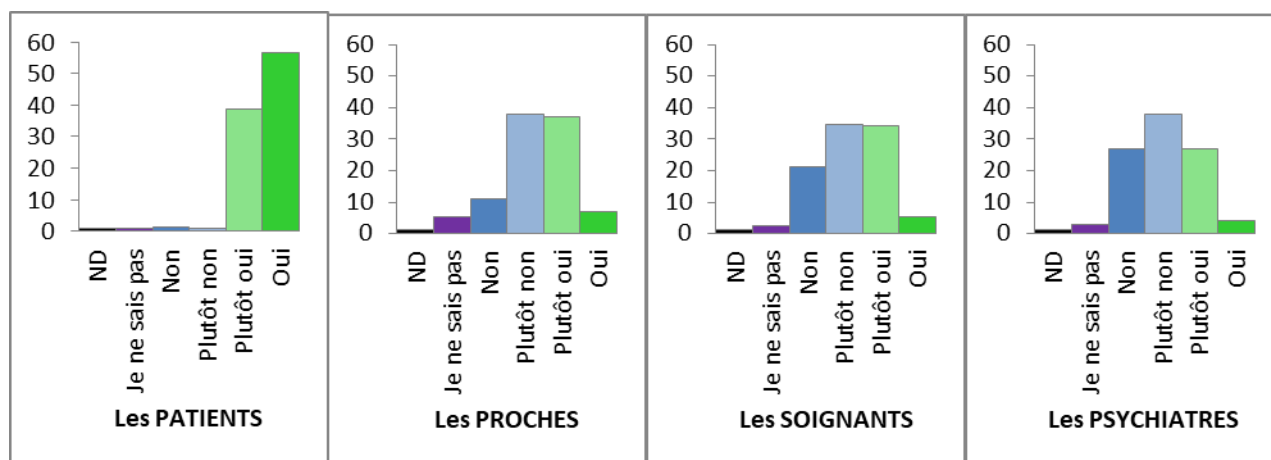


Diagramme 7 : Illustration des données du tableau 8 concernant la banalisation de l'usage de cannabis chez les patients, les proches des patients, les soignants et les psychiatres (en %). [question 40]

II.2.2 Recherche et évaluation de l'usage de tabac et de cannabis

[questions 7-8-9-10-11-12-13-14 -25-26-27-28-29]

II.2.2.a Recherche d'une consommation de toxiques [questions 7-8-9]

Quel que soit le lieu d'exercice, la grande majorité des répondants **recherchent l'existence de consommations de toxiques** (cf. tableau 11, [question 7-8-9]) :

- Aux urgences : 67,1% systématiquement, 25,9% souvent ;
- En unité d'hospitalisation : 77,1% systématiquement, 13,9% souvent ;
- En ambulatoire : 68,6% systématiquement, 22,9%, souvent.

Il en va de même pour **l'évaluation de la consommation de toxiques** (cf. tableau 12, [question 7-8-9]) :

- Aux urgences : 51,9% systématiquement, 39,6% souvent ;
- En unité d'hospitalisation : 71% systématiquement 26,3% souvent ;
- En ambulatoire : 58,2% systématiquement, 35,3% souvent.

En revanche la tendance est à l'inverse concernant **la recherche de toxique urinaire, qui est peu ou pas réalisée par la majorité des répondants** (cf. tableau 13, [question 7-8-9]). En effet :

- Aux urgences, elle est rarement par 40,1% des répondants (jamais réalisée par 21,9% des répondants et parfois par 26,8% des répondants, qui sont du même ordre de grandeur).
- En ambulatoire, elle n'est jamais réalisée par 55% des répondants et rarement par 28,8% des répondants.
- En hospitalisation, elle semble être plus fréquemment réalisée que dans les autres cadres d'exercices, la majorité des répondants la réalisant parfois (38,8%) dont la différence est nette avec ceux qui disent la réaliser rarement (23%) et jamais (14,2%).

Recherche de l'existence d'une consommation de toxique						
	Aux urgences		En hospitalisation		En ambulatoire	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	11	5.5	11	5.5	10	5.0
Jamais	0	0	1	0.5	3	1.5
Rarement	1	0.5	0	0	1	0.5
Parfois	2	1.0	6	3.0	3	1.5
Souvent	52	25.9	28	13.9	46	22.9
Systématiquement	135	67.1	155	77.1	138	68.6
Total	201	100	201	100.0	201	100.0

Tableau 11 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Recherche de l'existence d'une consommation de toxiques par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire. [questions 7-8-9]

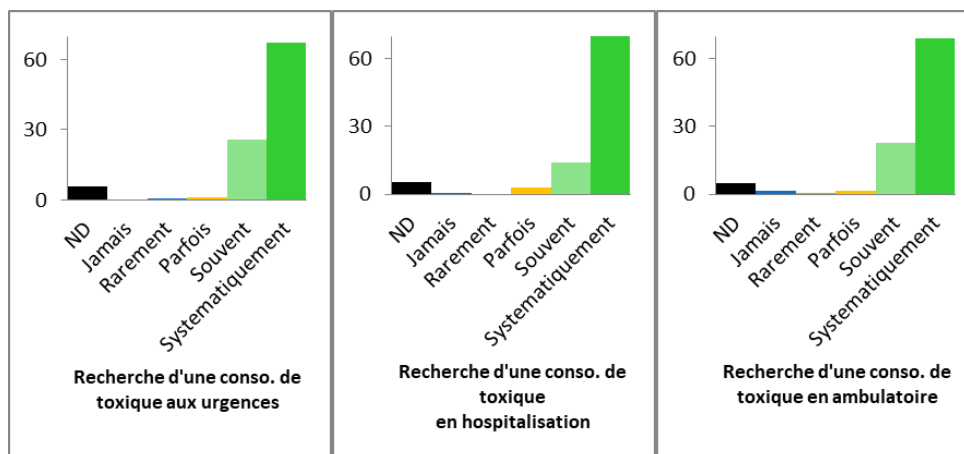


Diagramme 8 : Illustration des données du tableau 11 concernant la recherche de l'existence d'une consommation de toxiques par les répondants aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire (en %). [questions 7-8-9]

Evaluation de la consommations de toxiques						
	Aux urgences		En hospitalisation		En ambulatoire	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	0	0	0	0	0	0
Jamais	1	0.5	1	0.5	1	0.5
Rarement	3	1.6	1	0.5	0	0
Parfois	12	6.4	3	1.7	11	6.0
Souvent	74	39.6	48	26.3	65	35.3
Systématiquement	97	51.9	130	71.0	107	58.2
Total	187	100.0	183	100.0	184	100.0

Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à la recherche de "l'existence de Toxiques hospitalisation"

Tableau 12 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Evaluation des consommations de toxiques par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire. [questions 7-8-9]

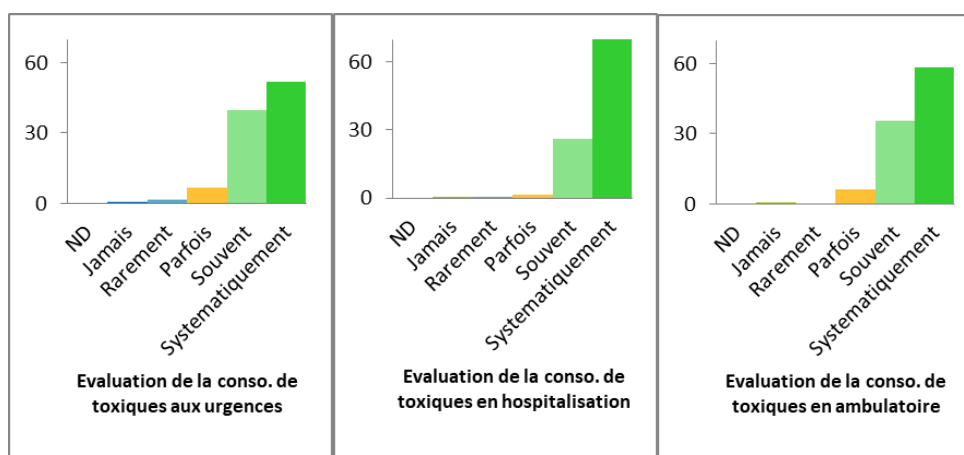


Diagramme 9 : Illustration des données du tableau 12 concernant l'évaluation des consommations de toxiques par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire (en %). [questions 7-8-9]

Recherche des toxiques urinaires						
	Aux urgences		En hospitalisation		En ambulatoire	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	0	0	0	0	0	0
Jamais	41	21.9	26	14.2	101	55.0
Rarement	75	40.1	42	23.0	53	28.8
Parfois	50	26.8	71	38.8	24	13.0
Souvent	18	9.6	32	17.5	5	2.7
Systématiquement	3	1.6	12	6.5	1	0.5
Total	187	100.0	183	100.0	184	100.0

Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à la recherche de "l'existence de Toxiques hospitalisation"

Tableau 13 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Prescription d'une recherche des toxiques urinaires par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire. [questions 7-8-9]

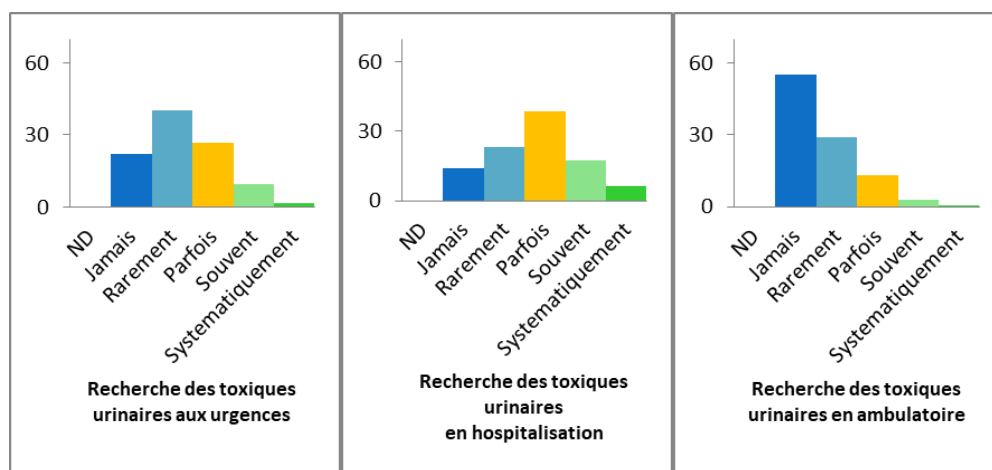


Diagramme 10 : Illustration des données en pourcentage du tableau 13 concernant la prescription d'une recherche des toxiques urinaires par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire (en %). [questions 7-8-9]

II.2.2.b Recherche et évaluation de la consommation de tabac [questions 10-11-15-16] et de cannabis [questions 25-26-30-31]

Chez les patients souffrant de schizophrénie en début d'évolution des troubles, la grande majorité des répondants recherche et évalue la consommation de tabac et de cannabis.

Pour le **tabac**, **84,6%** des répondants recherchent l'existence d'une consommation de **tabac** (54,7% systématiquement et 29,9% souvent) (cf. tableau 14, [question 10]) et **83%** l'évaluent (36,5% systématiquement et 46,5% souvent). (cf. tableau 14, [question 11]).

Pour le **cannabis**, **98.5%** des répondants recherchent l'usage de cannabis (79.6% systématiquement, et 18,9% souvent), (cf. tableau 15, [question 25]) et **95%** évaluent cette consommation (61,2% systématiquement et 33,8% souvent). (cf. tableau 15, [question 26]).

En conclusion, la recherche et la quantification de l'usage de tabac et de cannabis sont réalisées par la grande majorité des répondants. On remarque que la recherche et la quantification de l'usage de cannabis sont réalisées de manière plus systématique que pour la consommation de tabac.

Recherche d'une consommation de tabac			Evaluation de la consommation de tabac		
	Freq.	(%)		Freq.	(%)
Jamais	2	1.0	Jamais	0	0
Rarement	11	5.5	Rarement	5	2.9
Parfois	18	9.0	Parfois	24	14.1
Souvent	60	29.9	Souvent	79	46.5
Systématiquement	110	54.7	Systématiquement	62	36.5
Total	201	100.0	Total	170	100.0
Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à la recherche de Tabac					

Tableau 14 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Recherche et quantification de la consommation de tabac par les répondants. [questions 10-11]

Recherche d'une consommation de Cannabis			Evaluation de la consommation de Cannabis		
	Freq.	(%)		Freq.	(%)
Jamais	0	0	Jamais	1	0.5
Rarement	0	0	Rarement	2	1.0
Parfois	3	1.5	Parfois	7	3.5
Souvent	38	18.9	Souvent	66	33.4
Systématiquement	160	79.6	Systématiquement	122	61.6
Total	201	100.0	Total	198	100.0
Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à la recherche de Cannabis					

Tableau 15 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Recherche et quantification de la consommation de cannabis par les répondants. [questions 25-26]

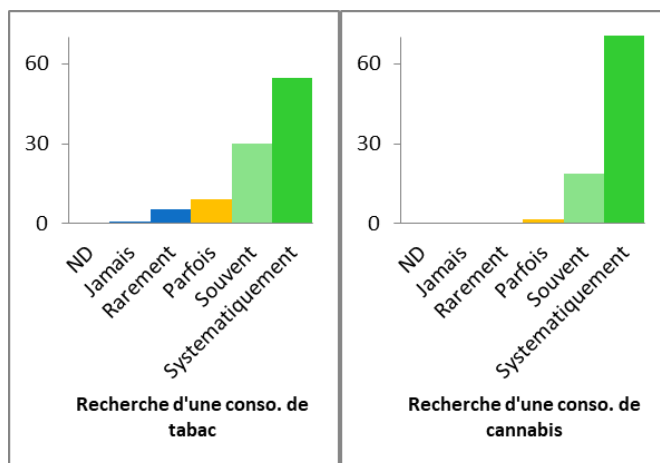


Diagramme 11 : Illustration des données des tableaux 14 et 15, comparant la recherche d'une consommation de tabac et de cannabis par les répondants (en %). [questions 10-25]

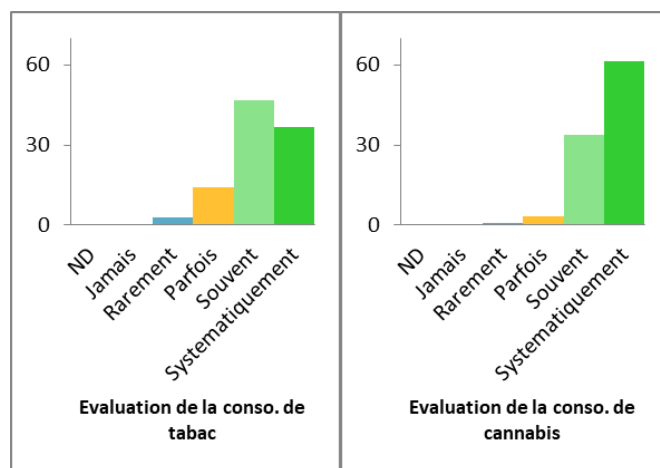


Diagramme 12 : Illustration des données des tableaux 14 et 15, comparant l'évaluation de la consommation de tabac et de cannabis par les répondants (en %). [questions 11-26]

Les moyens utilisés majoritairement à l'anamnèse pour l'évaluation des consommations de tabac et de cannabis sont :

- A l'anamnèse, par une **évaluation globale de la consommation actuelle** de la quantité de cigarettes consommées par unité de temps (jour, semaine, mois) : pour **77,6%** des répondants pour le **tabagisme** (cf. tableaux 16 [question 12]) et **94,5%** pour l'usage de **cannabis** (cf. tableaux 17, [question 27]). Cette évaluation est réalisée de manière plus systématique pour le cannabis que pour le tabac.
- Par **l'évaluation de l'ancienneté de la consommation** (mois, années, nombre de paquet année) : pour **80,6%** des répondants pour le **tabagisme** (cf. tableaux 16 [question 12]) et **70,1%** pour l'usage de **cannabis** (cf. tableaux 17, [question 27]). Cette évaluation est réalisée de manière plus systématique pour le tabac que pour le cannabis.

Une minorité de répondants utilisent des échelles ou questionnaires standardisés : 7,1% pour le tabac (cf. tableaux 16 [question 12]) et 2,5% pour le cannabis (cf. tableaux 17, [question 27]).

Dans le cas d'une utilisation de questionnaire :

- pour le tabac seul le test de Fagerström est cité par 7 répondants (cf. tableau 18, [question 13]).
- pour le cannabis, le test CAST est cité par 3 répondants. Un seul répondant a cité un autre questionnaire : le DUDIT (The Drug Use Disorder Identification Test) ; et un seul répondant a répondu questionner sur « la somme d'argent allouée au cannabis par semaine ». (cf. tableaux 11) (cf. tableau 19, [question 28]).

Quantification de la consommation de tabac : les moyens utilisés à l'anamnèse						
	Evaluation de la conso. actuelle		Evaluation de l'ancienneté de la conso.		Utilisation d'échelles ou de questionnaires	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Non	38	22.4	33	19.4	158	92.9
Oui	132	77.6	137	80.6	12	7.1
Total	170	100.0	170	100.0	170	100.0

Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à la recherche de Tabac

Tableau 16 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Différents moyens utilisés par les répondants pour la quantifier la consommation de tabac. [question 12]

Quantification de la consommation de cannabis : les moyens utilisés à l'anamnèse						
	Evaluation de la conso. Actuelle		Evaluation de l'ancienneté de la conso.		Utilisation d'échelles ou de questionnaires	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Non	13	6.6	63	31.8	193	97.5
Oui	185	93.4	135	68.2	5	2.5
Total	198	100.0	198	100.0	198	100.0

Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à la recherche de Cannabis

Tableau 17 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Différents moyens utilisés par les répondants pour la quantifier la consommation de cannabis. [question 27]

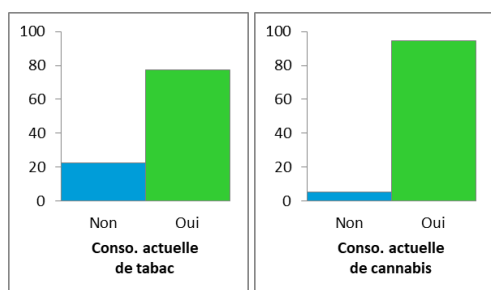


Diagramme 13 : Illustration des données des tableaux 16 et 17, comparant l'évaluation globale par les répondants, de la consommation actuelle de l'usage de tabac et de cannabis (en %). [question 12-27]

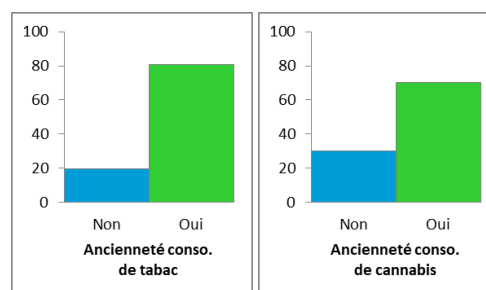


Diagramme 14 : Illustration des données des tableaux 16 et 17, comparant l'évaluation par les répondants, de l'ancienneté de la consommation de tabac et de cannabis(en %). [question 12-27]

Questionnaire(s) utilisé(s) pour évaluer le tabagisme		
	Freq.	(%)
Aucun	5	41.7
Fagerström	7	58.3
Total	12	100.0

Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à la recherche de Tabac

Tableau 18 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Questionnaires cités par les répondants, utilisés pour l'évaluation de l'usage de tabac. [question 13]

Questionnaire(s) utilisé(s) pour évaluer l'usage de cannabis		
	Freq.	(%)
Aucun	18	78.2
CAST	3	13.0
DUDIT	1	4.3
Somme allouée au cannabis par semaine	1	4.3
Total	23	100.0

Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à la recherche de Cannabis

Tableau 19 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Questionnaires cités par les répondants, utilisés pour l'évaluation de l'usage de tabac de cannabis. [question 28]

Le test de Fagerström et le questionnaire CAST ne sont en grande majorité jamais utilisés par les répondants (56,7% jamais et 23,9% rarement pour le test de Fagerström (cf. tableau 20, [question 14]); 88% jamais et 5,5% rarement pour le test CAST (cf. tableau 21, [question 29])), **et leurs scores ne sont eux aussi en grande majorité jamais notés dans le dossier patient** (59,7% jamais et 12,9% rarement pour le test de Fagerström (cf. tableau 20, [question 14]); 71,1% jamais et 4% rarement pour le test CAST (cf. tableau 21, [question 29])).

En comparaison, le test de Fagerström est plus utilisé par les répondants que questionnaire CAST, et les scores du test de Fagerström sont plus souvent notés dans le dossier patient que ceux du questionnaire CAST.

Utilisation du test de Fagerström				
	Utilisation		Résultats notés dans le dossier	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	4	2.0	21	10.4
Jamais	114	56.7	120	59.7
Rarement	48	23.9	26	12.9
Parfois	22	10.9	15	7.5
Souvent	12	6.0	6	3.0
Systématiquement	1	0.5	13	6.5
Total	201	100.0	201	100.0

Tableau 20 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Utilisation par les répondants du test de Fagerström dans l'évaluation du tabagisme. [question 14]

Utilisation du questionnaire CAST				
	Utilisation		Résultats notés dans le dossier	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	5	2.5	41	20.4
Jamais	177	88.0	143	71.1
Rarement	11	5.5	8	4.0
Parfois	5	2.5	2	1.0
Souvent	3	1.5	7	3.5
Systématiquement	0	0	0	0
Total	201	100.0	201	100.0

Tableau 21 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Utilisation par les répondants du questionnaire CAST dans l'évaluation de la consommation problématique de cannabis. [question 29]

Les raisons les plus évoquées pour lesquelles le Test de Fagerström n'est pas utilisé sont, par ordre de fréquence (cf. tableau 22, [question 15]) :

- 1) **Le manque de temps** (33,3%).
- 2) Du même ordre de grandeur :
 - le fait qu'il ne soit pas disponible sur le bureau du praticien (24,4%), ou non intégré dans le dossier informatisé du patient (23,4%).
 - Pour une autre raison que celles proposées (21,4%).
 - Par méconnaissance de ce test (17,4%).
- 3) Du même ordre de grandeur :
 - Parce qu'il est considéré comme inutile (6,5%).
 - Parce qu'il pourrait nuire à la relation thérapeutique (2,5%).

Les autres raisons qui ont été évoquées, les plus fréquemment citées sont (cf. tableau 23, [questions 15-16]) :

- Le manque d'intérêt ou d'utilité du test (pour 12 répondants),
- L'oubli et le manque d'habitude (pour 13 répondants) ;
- Ce n'est pas le rôle des psychiatres (pour 5 répondants) ;
- Ce n'est pas une problématique prioritaire (pour 4 répondants) ou motivée par le patient (pour 4 répondants).

Même s'il existe une différence entre la réponse « manque de temps » et les autres réponses, il ne se dégage pas de majorité quant aux raisons de la non-utilisation du Test de Fagerström (les taux de réponses étant toutes inférieures à 55%). On ne peut donc pas raisonnablement conclure sur cette question, les réponses étant probablement des tendances individuelles.

Test de Fagerström : causes rapportées de sa non utilisation						
	Méconnaissance du test		Il est inutile		Il pourrait nuire à la relation thérapeutique	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Non	166	82.6	188	93.5	196	97.5
Oui	35	17.4	13	6.5	5	2.5
Total	201	100.0	201	100.0	201	100.0
	Manque de temps		Non disponible sur le bureau		Non disponible dans le dossier patient	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Non	134	66.7	152	75.6	154	76.6
Oui	67	33.3	49	24.4	47	23.4
Total	201	100.0	201	100.0	201	100.0

Tableau 22 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Raisons pour lesquelles les répondants n'utilisent pas le test de Fagerström dans l'évaluation du tabagisme. [question 15]

Test de Fagerström : autres raisons de sa non utilisation		
	Freq.	(%)
Non	158	78.6
Oui	43	21.4
Total	201	100.0

Autres raisons de la non utilisation du test de Fagerström		
	Freq.	(%)
Peu utile / Pas d'intérêt / L'anamnèse suffit	12	27.2
Je n'y pense pas	8	18.2
Je n'en ai pas l'habitude / Ce n'est pas dans ma pratique	5	11.3
Ce n'est pas mon rôle (plutôt celui des tabacologues ou addictologues)	5	11.3
Le tabagisme est une problématique non prioritaire	4	9.1
Le sevrage tabagique n'est pas la demande du patient / Cela n'est pas le motif de consultation	4	9.1
Il manque de fiabilité en population psychiatrique	1	2.3
Difficulté d'application en CIT	1	2.3
Systématique pour les patients orientés CSAPA. Non systématique pour la psychiatrie	1	2.3
La question du tabac n'est pas au centre de mes entretiens	1	2.3
Il n'est pas pertinent dans le cadre d'un entretien clinique à visée psychothérapeutique	1	2.3
Il n'est pas adapté à la problématique du patient en général	1	2.3
Total	44	100.0

Tableau 23 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Autres raisons évoquées pour lesquelles les répondants n'utilisent pas le test de Fagerström dans l'évaluation du tabagisme.

[question 15-16]

Les raisons les plus évoquées pour lesquelles le questionnaire CAST n'est pas utilisé sont, par ordre de fréquence (cf. tableau 24, [question 30]) :

- 1) **Par méconnaissance de ce test (70,6%). Il s'agit de la seule raison évoquée de manière majoritaire par les répondants.**
- 2) Du même ordre de grandeur :
 - Le manque de temps (15,9%).
 - Le fait qu'il ne soit pas disponible sur le bureau du praticien (15,4%), ou non intégré dans le dossier informatisé du patient (11,4%).
- 3) Du même ordre de grandeur :
 - Pour une autre raison que celles proposées (4,5%).
 - Parce qu'il est considéré comme inutile (3,5%) ou parce qu'il pourrait nuire à la relation thérapeutique (1,5%).

Parmi les autres raisons évoquées, les plus cités sont (cf. tableau 25, [question 30-31]) :

- le manque d'intérêt ou d'utilité du test (pour 3 répondants) ;
- l'oubli et le manque d'habitude (pour 2 répondants).

Questionnaire CAST : causes rapportées de sa non utilisation						
	Méconnaissance du test		Il est inutile		Il pourrait nuire à la relation thérapeutique	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Non	59	29.4	194	96.5	198	98.5
Oui	142	70.6	7	3.5	3	1.5
Total	201	100.0	201	100.0	201	100.0
	Manque de temps		Non disponible sur le bureau		Non disponible dans le dossier patient	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Non	169	84.1	170	84.6	178	88.6
Oui	32	15.9	31	15.4	23	11.4
Total	201	100.0	201	100.0	201	100.0

Tableau 24 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Raisons pour lesquelles les répondants n'utilisent pas le questionnaire CAST dans l'évaluation de la consommation problématique de cannabis. [question 30]

Questionnaire CAST : autres raisons de non utilisation		
	Freq.	(%)
Non	192	95.5
Oui	9	4.5
Total	201	100.0

Autres raisons de la non utilisation du questionnaire CAST		
	Freq.	(%)
Il n'est pas indispensable / L'évaluation et l'expérience clinique suffisent	3	33.3
Je n'en ai pas l'habitude / Ce n'est pas dans ma pratique	2	22.2
Il est difficile à utiliser avec les usagers de cannabis	1	11.1
Systematique pour les patients orientés CSAPA. Non systematique pour les autres patients	1	11.1
Ce n'est pas mon rôle (plutôt celui des tabacologues ou addictologues)	1	11.1
Le cast est plus pour le screening. Le dudit n'est pas spécifique, ce qui est plus pratique dans notre activité.	1	11.1
Total	9	100.0

Tableau 25 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Autres raisons évoquées pour lesquelles les répondants n'utilisent pas le questionnaire CAST dans l'évaluation de la consommation problématique de cannabis. [question 30-31]

II.2.2.c Recherche et évaluation de l'usage de cannabis [questions 65-66-67]

Pour la **majorité** des répondants (**97%**) la **recherche de l'usage de cannabis et son évaluation, devraient faire partie de l'interrogatoire systématique du patient.** (cf. tableau 26, [question 65]).

Cette recherche et évaluation de la consommation de cannabis dans cette population, devrait être réalisée par (ordre décroissant) (cf. tableau 27, [question 66]) :

- 1) Le **psychiatre traitant** (pour 96% des répondants)
- 2) Les **soignants** (pour 78,1% des répondants)
- 3) **L'addictologue** (pour 75,1% des répondants)
- 4) Le **médecin généraliste traitant** (pour 69,2% des répondants)
- 5) Le psychologue (pour 30,3% des répondants)
- 6) 1% (2 répondants) ont répondu « autre » les deux réponses sont [question 67] :
 - 1 réponse « par tous les soignants » ;
 - 1 réponse « par le patient lui-même ».

Les répondants estiment de manière majoritaire que le psychiatre traitant, les soignants, l'addictologue et le médecin généraliste traitant devraient tous réaliser une recherche et une évaluation de l'usage de cannabis. De manière majoritaire, pour les répondants cette tâche incombe au

psychiatre par rapport aux autres professionnels. Ensuite viennent les soignants et l'addictologue les dont les taux de réponses sont du même ordre de grandeur. Et enfin au médecin généraliste traitant.

Dans l'interrogatoire systématique du patient doit être recherché et évalué l'usage de cannabis		
	Freq.	(%)
ND	1	0.5
Oui	195	97.0
Non	3	1.5
Je ne sais pas	2	1.0
Total	201	100.0

Tableau 26 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Avis des répondants sur l'importance de la recherche et de l'évaluation de l'usage de cannabis dans l'interrogatoire systématique du patient. [question 65]

L'évaluation de la consommation de cannabis doit être réalisée par :			
	OUI	NON	(% OUI)
Le psychiatre traitant	193	8	96.0
Les soignants	157	44	78.1
L'addictologue	151	50	75.1
Le médecin généraliste traitant	139	62	69.2
Le psychologue	61	140	30.3
Autre(s)	2	199	1.0

Tableau 27 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Avis des répondants sur le(s) professionnel(s) soignant(s) qui a (ont) la charge d'évaluer la consommation de cannabis dans cette population. [question 66]

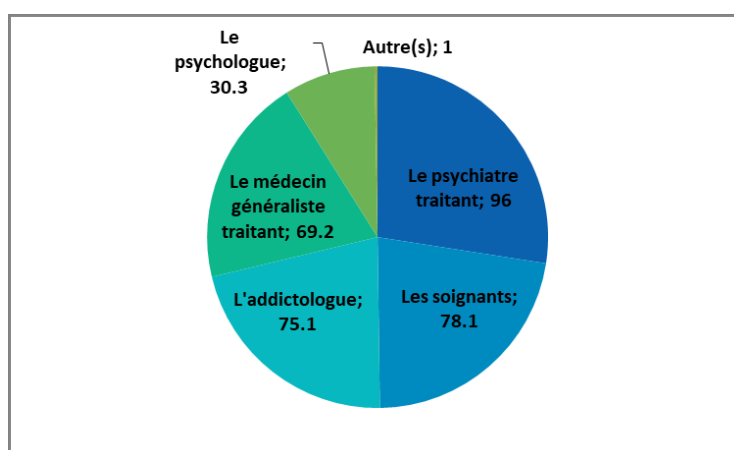


Diagramme 15 : Illustration des données du tableau 27 concernant l'avis des répondants sur le(s) professionnel(s) soignant(s) qui a (ont) la charge d'évaluer la consommation de cannabis dans cette population (en %). [question 66]

II.2.3 Prévention et information sur l'usage de tabac [question 17] et de cannabis [question 32]

Concernant l'information sur les risques de la consommation de tabac et de cannabis, les bénéfices de la diminution/de l'arrêt, et les méthodes de sevrage (cf. tableau 28 et 29, [questions 17-32]):

- **La majorité des répondants réalise une information minimale de psychoéducation :**
 - o 60,2% pour le tabac dont : 17,9% systématiquement et 42,3% souvent ;
 - o 89% pour le cannabis dont : 55,2% systématiquement et 33,8% souvent).

Cette information de psychoéducation est clairement plus souvent réalisée pour l'usage de cannabis que pour l'usage de tabac dans cette population, par les psychiatres du GHT13.
- **La grande majorité de répondants ne propose jamais une brochure/ dépliant, ni la consultation d'un site internet ou d'une application.**
 - o pour le tabac, la proposition d'une brochure serait faite dans 2,5% systématiquement ou souvent et 7,5% parfois ; la proposition d'un moyen numérique serait faite dans 6% systématiquement ou souvent et 10,4% parfois.
 - o pour le cannabis, la proposition d'une brochure serait faite dans 6,5% systématiquement ou souvent et 8,5% parfois ; la proposition d'un moyen numérique serait faite dans 6,5% systématiquement ou souvent et 10,9% parfois.

PEC du tabagisme : Information sur les risques de la consommation, les bénéfices de la diminution ou de l'arrêt, et les méthodes de sevrage						
	Information minimale		Brochure/dépliant		Site internet ou application	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	0	0	1	0.5	1	0.5
Jamais	4	2.0	140	69.6	132	65.7
Rarement	25	12.4	40	19.9	35	17.4
Parfois	51	25.4	15	7.5	21	10.4
Souvent	85	42.3	5	2.5	11	5.5
Systématiquement	36	17.9	0	0	1	0.5
Total	201	100.0	201	100.0	201	100.0

Tableau 28 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Moyens utilisés par les répondants pour réaliser une information de prévention et de psychoéducation pour le tabagisme. [question 17]

PEC de l'usage de cannabis : Information sur les risques de la consommation, les bénéfices de la diminution ou de l'arrêt, et les méthodes de sevrage

	Information minimale		Brochure/dépliant		Site internet ou application	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	2	1.0	4	2.0	4	2.0
Jamais	0	0	127	63.2	134	66.7
Rarement	1	0.5	40	19.9	28	13.9
Parfois	19	9.5	17	8.4	22	10.9
Souvent	68	33.8	12	6.0	13	6.5
Systematiquement	111	55.2	1	0.5	0	0
Total	201	100.0	201	100.0	201	100.0

Tableau 29 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Moyens utilisés par les répondants pour réaliser une information de prévention et de psychoéducation pour l'usage de cannabis.

[question 32]

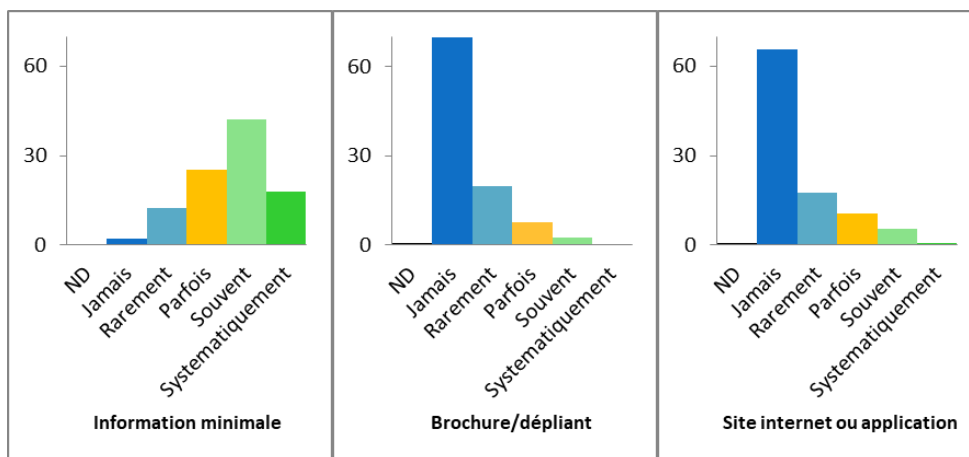


Diagramme 16 : Illustration les données du tableau 28 concernant la psychoéducation pour le tabagisme (en %).

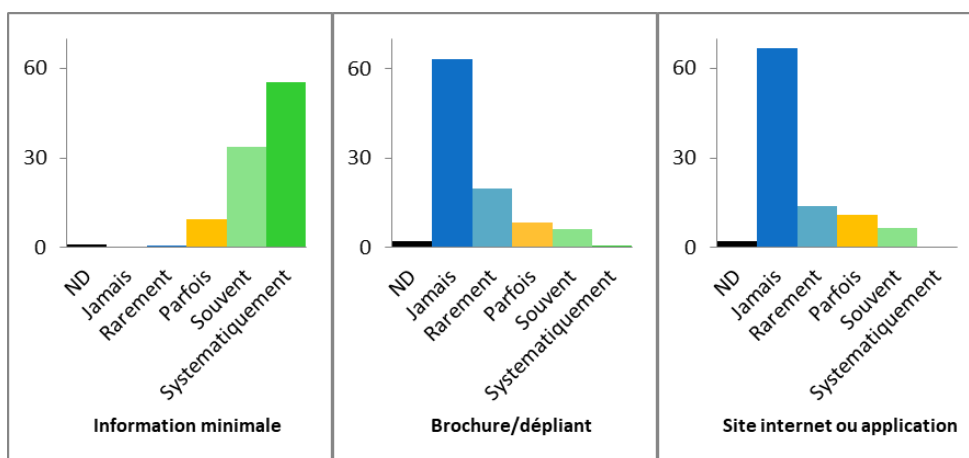


Diagramme 17 : Illustration les données du tableau 29 concernant la psychoéducation pour l'usage de cannabis (en %).

II.2.4 Prise en charge de l'usage de tabac [question 18-19-20-21-22-23-24] et de cannabis [question 33-34-35-36-37-38-39-50-51-52-53-54-55-56-57], [questions 49-58-59-60-61-62-63]

II.2.4.a Prise en charge pharmacologique de la schizophrénie associée à un usage de cannabis [question 49]

Concernant la prise en charge pharmacologique de la schizophrénie lorsque la co-occurrence avec l'usage de cannabis existe, (cf. tableau 30, [question 49]) il ressort que **la majorité des répondants utilise un AP de 2^{ème} génération en monothérapie** (86,1%) et donc **préfère la prescription d'un AP de 2^{ème} génération** (86,1%) plutôt qu'un de 1^{ère} génération (10,4%).

Concernant le reste des résultats décrit ci-après, aucun n'apparaît comme majoritaire, il s'agit probablement de tendances individuelles.

- Pour la galénique, la différence est nette entre **la voie intramusculaire** (qui est utilisée préférentiellement par 23,4% répondants) et la voie orale (qui n'est préférée que pour 14,9% des répondants).
- L'utilisation d'un AP en association soit avec un antidépresseur, soit un thymorégulateur est identique (12,4%).
- La prescription d'un AP de 2^{ème} génération en première intention, en bithérapie avec un autre AP de 2^{ème} génération (4,5%) ou d'un AP de 1^{ère} génération (4,0%) en deuxième intention, est du même ordre de grandeur.
- La prescription d'un AP de 1^{ère} génération en première intention, en bithérapie avec un autre AP de 1^{ère} génération (6,5%) ou avec un AP de 2^{ème} génération (3%) est du même ordre de grandeur.

Co-occurrence Schizophrénie-Cannabis : pharmacothérapie			
	OUI	NON	(% OUI)
Monothérapie : AP 2G	173	28	86.1
Galénique : APAP (1G ou 2G)	47	154	23.4
Galénique : AP Per os (1G ou 2G)	30	171	14.9
Bithérapie : AP + Anti-Dépresseur	25	176	12.4
Bithérapie : AP + Thymorégulateur	25	176	12.4
Monothérapie : AP 1G	21	180	10.4
Bithérapie : AP 1G + AP 1G	13	188	6.5
Bithérapie : AP 2G + AP 2G	9	192	4.5
Bithérapie : AP 2G + AP 1G	8	193	4.0
Bithérapie : AP 1G + AP 2G	6	195	3.0

Légende :

AP : antipsychotique

AP 1G : antipsychotique de première génération

AP 2G : antipsychotique de deuxième génération APAP : antipsychotique à action prolongée

Tableau 30 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Traitement antipsychotique (AP) préférentiellement utilisé par les répondants pour traiter la schizophrénie lorsqu'il existe une consommation associée de cannabis. [question 49]

II.2.4.b Prise en charge du tabagisme [question 18-19-20] et de la consommation de cannabis [question 33-34-35]

Concernant la proposition d'une prise en charge pour le tabagisme par les répondants nous ne pouvons pas conclure car nous ne retrouvons pas de résultat ni de différence entre les résultats (cf. tableau 31, [question 18]) :

- Les réponses « parfois » (38,3%) et « souvent » (35,3%) sont du même ordre de grandeur ;
- 18,9% répondent ne jamais ou rarement proposer une prise en charge ;
- Très peu proposent systématiquement une prise en charge : 7.5%.

Contrairement au tabagisme, **la majorité des répondants propose une prise en charge pour la consommation de cannabis** (cf. tableau 31, [question 33]) :

- **68.2% réponses systématiquement et souvent ;**
- Les réponses « systématiquement » (20,9%) et « parfois » (21,4%) sont du même ordre de grandeur.

Proposition au patient d'une prise en charge spécifique pour ses consommations de toxiques				
	Pour l'usage de tabac		Pour l'usage de cannabis	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Jamais	11	5.5	4	2.0
Rarement	27	13.4	17	8.4
Parfois	77	38.3	43	21.4
Souvent	71	35.3	95	47.3
Systématiquement	15	7.5	42	20.9
Total	201	100.0	201	100.0

Tableau 31 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de proposition aux patients d'une prise en charge spécifique pour le tabagisme [question 18] et pour l'usage de cannabis [question 33] par les répondants.

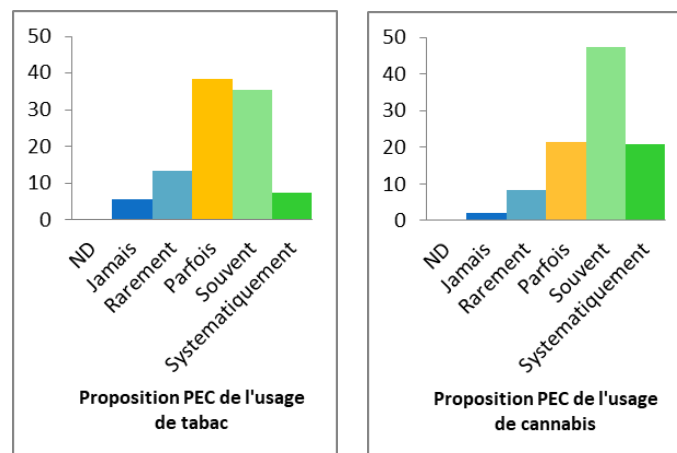


Diagramme 18 : Illustration du tableau 31 concernant le taux de proposition aux patients d'une prise en charge spécifique pour le tabagisme [question 18] et pour l'usage de cannabis [question 33] par les répondants (en %).

Sont listés ci-dessous par ordre décroissant, les modalités de la prise en charge du tabagisme proposées par les répondants. (cf. tableau 32, [question 19])

- 1) **La prescription de TNS** est réalisée par **64,2%** des répondants (12,6% systématiquement et 51,6% souvent), elle est réalisée parfois par 25,3% des répondants.
- 2) **L'information et prévention** est réalisée par **46,3%** des répondants (14,7% systématiquement et 31,6 % souvent) et elle est réalisée parfois par 32,6% des répondants.
- 3) **La prescription d'activité physique** est réalisée par **39%** des répondants (9,5% systématiquement et 29,5% souvent), et elle est réalisée parfois par 23,2% des répondants.
- 4) **L'entretien motivationnel** est réalisé par **35,7%** des répondants (8,9% systématiquement et 26,8% souvent), et il est réalisé parfois par 22,1% des répondants.
- 5) **Une psychothérapie de soutien/guidance** est réalisée par **33,3%** des répondants (10% systématiquement et 23,3% souvent) et elle est réalisée parfois par 34,2% des répondants.
- 6) **Une psychothérapie spécifique** est réalisée par **22,6%** des répondants (6,8% systématiquement et 15,8% souvent), et elle est réalisée parfois par 18,9% des répondants.
- 7) **Les entretiens dédiés à la question de la consommation de tabac** sont réalisés par **22,1%** des répondants (5,8 % systématiquement et 16,3% souvent) et ils sont réalisés parfois par 23,2% des répondants.
- 8) **La cigarette électronique** est conseillée par **13,2%** des répondants (1,6% systématiquement et 11,6% souvent) et elle est parfois conseillée par 22,6% des répondants.
- 9) **Des séances de sophrologie et/ou relaxation** sont réalisées par **10,6%** des répondants (3,2% systématiquement et 7,4% souvent), et elles sont parfois réalisées par 23,2% des répondants.
- 10) **Une psychothérapie de type TCCE** est réalisée par **10,5%** des répondants (2,6% systématiquement et 7,9% souvent), et elle est parfois réalisée par 16,3% des répondants.
- 11) **La pratique de la méditation de pleine conscience** est réalisée par **8,5%** des répondants (1,1% systématiquement et 7,4% souvent), et elle est parfois réalisée par 12,1% des répondants.
- 12) **Des séances d'hypnose** sont réalisées par **3,7%** des répondants (0% systématiquement (0%) et 3,7% souvent), et elles sont parfois réalisées par 12,1% des répondants.
- 13) **Une psychothérapie de type systémique** est réalisée par **2,6%** des répondants (0% systématiquement et 2,6% souvent), et elle est parfois réalisée par 4,2% des répondants.
- 14) **La pratique d'acupuncture** est réalisée par **0,5%** des répondants (0% systématiquement et 0,5% souvent), et elle est parfois réalisée par 7,4% des répondants.
- 15) **Une psychothérapie de type analytique** est réalisée par **0,5%** des répondants (0% systématiquement et 0,5% souvent), et elle est parfois réalisée par 3,7% des répondants.
- 16) **La prescription de varénicline** est réalisée par **0%** des répondants (systématiquement et souvent), et elle est parfois réalisée par 4,2% des répondants.
- 17) **La prescription de bupropion** est réalisée par **0%** des répondants (systématiquement et souvent), et elle est parfois réalisée par 2,1% des répondants.

On note que la prescription de TNS est le mode de prise en charge le plus fréquemment proposé par les répondants pour la prise en charge du tabagisme. Il s'agit du moyen le plus proposé, supérieur en terme de taux de répondants à la proposition d'une prise en charge de prévention.

Le seul résultat majoritaire est la proposition d'une prise en charge par les TNS. Nous ne pouvons pas conclure sur les autres propositions de prise en charge qui sont minoritaires. On peut toutefois les décrire comme suit :

- Les propositions d'une prévention et d'activité physique sont du même ordre de grandeur.
- Il n'y a pas non plus de différence entre la proposition d'activité physique et celle d'entretien motivationnel.
- Les propositions d'EM et la psychothérapie de soutien/guidance sont du même ordre de grandeur.
- Les propositions d'entretiens dédiés à la question de la consommation de tabac et d'une psychothérapie spécifique sont du même ordre de grandeur.
- Il n'y a pas de différence entre les propositions de la cigarette électronique, de séances de sophrologie et/ou relaxation, de psychothérapie de type TCCE et de la pratique de la méditation de pleine conscience.
- Il n'y a pas de différence entre les propositions de séances d'hypnose, de psychothérapie de type systémique, d'acupuncture, de psychothérapie de type analytique et de traitements par varénicline et bupropion.

PEC du Tabagisme : Nature de la prise en charge mise en oeuvre par le psychiatre et/ou son équipe (1/3)						
	Entretiens dédiés		Information / Prévention		Cigarette électronique	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	8	4.2	5	2.6	5	2.6
Jamais	51	26.8	15	7.9	81	42.6
Rarement	45	23.7	20	10.5	36	18.9
Parfois	44	23.2	62	32.6	43	22.6
Souvent	31	16.3	60	31.6	22	11.6
Systématiquement	11	5.8	28	14.7	3	1.6
Total	190	100.0	190	100.0	190	100.0
	TNS		Varénicline		Bupropion	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	0	0	7	3.7	8	4.2
Jamais	10	5.3	155	81.6	152	80.0
Rarement	10	5.3	20	10.5	26	13.7
Parfois	48	25.3	8	4.2	4	2.1
Souvent	98	51.6	0	0	0	0
Systématiquement	24	12.6	0	0	0	0
Total	190	100.0	190	100.0	190	100.0
Les non PEC sont exclues						

Tableau 32 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de la prise en charge du tabagisme, mise en oeuvre par les répondants. [question 19] (1/3)

PEC du Tabagisme : Nature de la prise en charge mise en oeuvre par le psychiatre et/ou son équipe (2/3)						
	Soutien / Guidance		Entretien Motivationnel		Psychothérapie	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	7	3.7	6	3.2	9	4.7
Jamais	26	13.7	48	25.3	62	32.6
Rarement	23	12.1	26	13.7	40	21.1
Parfois	65	34.2	42	22.1	36	18.9
Souvent	50	26.3	51	26.8	30	15.8
Systématiquement	19	10.0	17	8.9	13	6.8
Total	190	100.0	190	100.0	190	100.0
	TCCE		Thérapie Systémique		Psychanalyse	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	8	4.2	9	4.7	8	4.2
Jamais	96	50.5	140	73.7	157	82.6
Rarement	35	18.4	28	14.7	17	8.9
Parfois	31	16.3	8	4.2	7	3.7
Souvent	15	7.9	5	2.6	1	0.5
Systématiquement	5	2.6	0	0	0	0
Total	190	100.0	190	100.0	190	100.0
Les non PEC sont exclues						

Tableau 32 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de la prise en charge du tabagisme, mise en œuvre par les répondants. [question 19] (2/3)

PEC du Tabagisme : Nature de la prise en charge mise en oeuvre par le psychiatre et/ou son équipe (3/3)						
	Activité physique		Acupuncture		Hypnose	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	8	4.2	8	4.2	12	6.3
Jamais	39	20.5	130	68.4	111	58.4
Rarement	25	13.2	37	19.5	37	19.5
Parfois	44	23.2	14	7.4	23	12.1
Souvent	56	29.5	1	0.5	7	3.7
Systématiquement	18	9.5	0	0	0	0
Total	190	100.0	190	100.0	190	100.0
	Sophrologie / Relaxation		Méditation de pleine conscience			
	Freq.	(%)	Freq.	(%)		
ND	8	4.2	8	4.2		
Jamais	85	44.7	114	60.0		
Rarement	33	17.4	29	15.3		
Parfois	44	23.2	23	12.1		
Souvent	14	7.4	14	7.4		
Systématiquement	6	3.2	2	1.1		
Total	190	100.0	190	100.0		
Les non PEC sont exclues						

Tableau 32 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de la prise en charge du tabagisme, mise en œuvre par les répondants. [question 19] (3/3)

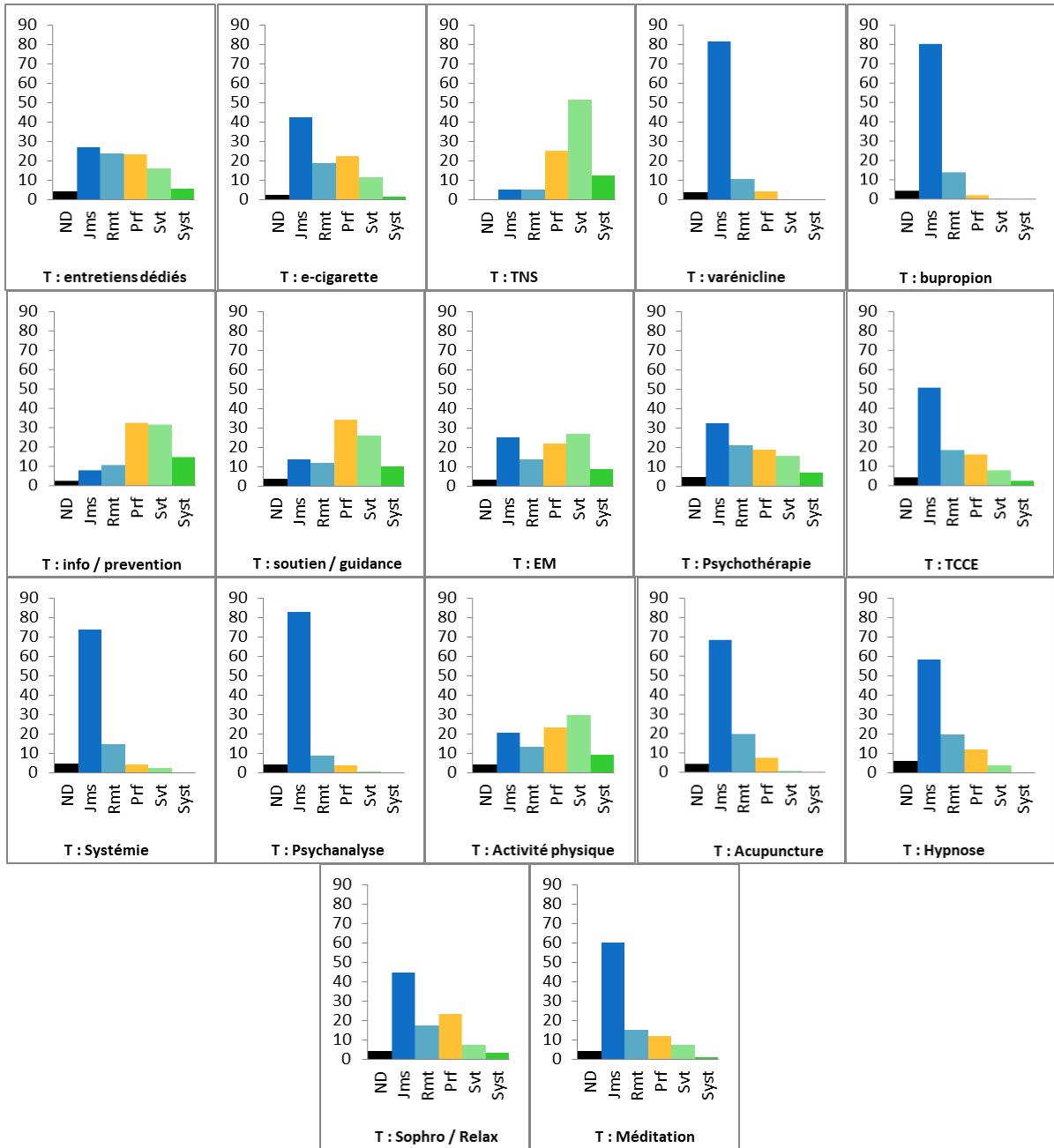


Diagramme 19 : Illustration des données du tableau 32 concernant la nature de la prise en charge du tabagisme mise en œuvre par les répondants (en %). [question 19]

Sont listés ci-dessous par ordre décroissant, les modalités de la prise en charge de l'usage de cannabis proposées par les répondants. (cf. tableau 33, [question 34]) :

- 1) **L'information et la prévention** sont réalisées par **59,4%** des répondants systématiquement (18,8%) et souvent (40,6%) et elles sont parfois réalisées par 22,8% des répondants.
- 2) **Les entretiens dédiés à la question de l'usage de cannabis** sont réalisés par **50,3%** des répondants (13,2% systématiquement et 37,1% souvent) et ils sont parfois réalisés par 24,9% des répondants.
- 3) **Une psychothérapie de soutien/guidance** est réalisée par **50,3%** des répondants (12,7% systématiquement et 37,6% souvent) et elle est parfois réalisée par 23,9% des répondants.
- 4) **L'entretien motivationnel** est réalisé par **41,1%** des répondants (13,7% systématiquement et 27,4% souvent), et il est parfois réalisé par 20,3% des répondants.
- 5) **La prescription d'activité physique** est réalisée par **33,5%** des répondants (7,6% systématiquement et 25,9% souvent), et elle est parfois réalisée par 19,3% des répondants.
- 6) **Une psychothérapie spécifique** est réalisée par **33,5%** des répondants (8,6% systématiquement et 24,9% souvent), et elle est parfois réalisée par 17,8% des répondants.
- 7) **La prescription de TNS** est réalisée par **26,9%** des répondants (7,6% systématiquement et 19,3% souvent) et elle est parfois réalisée par 16,8% des répondants.
- 8) **Prescription de benzodiazépines** est réalisée par **14,7%** des répondants (1,5 % systématiquement et 13,2% souvent) et elle est parfois réalisée par 28,9% des répondants.
- 9) **Des séances de sophrologie et/ou relaxation** sont réalisées par **12,7%** des répondants (3,6% systématiquement et 9,1% souvent), et elles sont parfois réalisées par 13,2% des répondants.
- 10) **Une psychothérapie de type TCCE** est réalisée par **12,2%** des répondants (3,6% systématiquement et 8,6% souvent), et elle est parfois réalisée par 14,2% des répondants.
- 11) **La cigarette électronique** est conseillée par **8,6%** des répondants (1,5% systématiquement et 7,1% souvent) et elle est parfois conseillée par 5,1% des répondants.
- 12) **La pratique de la méditation de pleine conscience** est réalisée par **7,6%** des répondants (1% systématiquement et 6,6% souvent), et elle est parfois réalisée par 9,1% des répondants.
- 13) **Des séances d'hypnose** sont réalisées par **3%** des répondants (0,5% systématiquement et 2,5% souvent), et elles sont parfois réalisées par 8,6% des répondants.
- 14) **Une psychothérapie de type systémique** est réalisée par **3%** des répondants (0% systématiquement et 3% souvent), et elle est parfois réalisée par 5,1% des répondants.
- 15) **La pratique d'acupuncture** est réalisée par **1,5%** des répondants (0% systématiquement et 1,5% souvent), et elle est parfois réalisée par 4,6% des répondants.
- 16) **Une psychothérapie de type analytique** est réalisée par **1,5%** des répondants (0% systématiquement et 1,5% souvent), et elle est parfois réalisée par 3,6% des répondants.
- 17) **La prescription de varéclique** n'est **quasiment jamais** réalisée par les répondants (0% systématiquement et 0% souvent), et elle est parfois réalisée par 3,0% des répondants.
- 18) **La prescription de bupropion** n'est **quasiment jamais** réalisée par les répondants (0% systématiquement et 0% souvent), et elle est parfois réalisée par 2,5% des répondants.

2 répondants ont cité d'autres modes de prise en charge pour le cannabis que ceux proposés. Ils ont tous deux dit utiliser des antipsychotiques à faibles doses ; dont un ayant précisé les prescrire en « si besoin ». Ce dernier a aussi répondu utiliser d'autres classes pharmacologiques en « si besoin » et « à faibles doses » : les antihistaminiques (ATARAX®) ou des antiépileptiques (Topiramate, Gabapentine).
[question 35]

On note que la prise en charge de psychoéducation par l'information et la prévention, est réalisée de manière majoritaire par les répondants pour la prise en charge de l'usage de cannabis. Il s'agit du seul résultat majoritaire en terme de taux de répondants. Nous ne pouvons pas conclure sur les autres propositions de prise en charge qui sont minoritaires. On peut toutefois les décrire comme suit :

- A égalité et venant juste après la prévention, sont proposés : les entretiens dédiés à la question de l'usage de cannabis et la psychothérapie de soutien/guidance.
- L'EM viendrait ensuite.
- A égalité sont proposés : la prescription d'activité physique et psychothérapie spécifique pour l'usage de cannabis. La prescription de TNS du même ordre de grandeur que ceux-ci.
- La prescription de benzodiazépines, la réalisation de séances de sophrologie et/ou relaxation, et d'une psychothérapie de type TCCE sont du même ordre de grandeur.
- Il n'y a pas de différence entre les propositions de la cigarette électronique et de la pratique de la méditation de pleine conscience.
- Il n'y a pas de différence entre les dernières propositions de PEC : une psychothérapie de type analytique ou de type systémique, la prescription de varénicline ou de bupropion, la pratique d'acupuncture ou de séances d'hypnose.

PEC de l'usage de Cannabis : Nature de la prise en charge mise en oeuvre par le psychiatre et/ou son équipe (1/3)						
	Entretiens dédiés		Benzodiazépines		Cigarette électronique	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	9	4.6	16	8.1	16	8.1
Jamais	23	11.7	62	31.5	131	66.5
Rarement	17	8.6	33	16.8	23	11.7
Parfois	49	24.9	57	28.9	10	5.1
Souvent	73	37.1	26	13.2	14	7.1
Systématiquement	26	13.2	3	1.5	3	1.5
Total	197	100.0	197	100.0	197	100.0
	TNS		Varénicline		Bupropion	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	14	7.1	16	8.1	16	8.1
Jamais	79	40.1	167	84.8	168	85.3
Rarement	18	9.1	8	4.1	8	4.1
Parfois	33	16.8	6	3.0	5	2.5
Souvent	38	19.3	0	0	0	0
Systématiquement	15	7.6	0	0	0	0
Total	197	100.0	197	100.0	197	100.0
Les non PEC sont exclues						

Tableau 33 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de la prise en charge de l'usage de cannabis, mise en œuvre par les répondants. [question 34] (1/3)

PEC de l'usage de Cannabis : Nature de la prise en charge mise en oeuvre par le psychiatre et/ou son équipe (2/3)						
	Soutien / Guidance		Entretien Motivationnel		Psychothérapie	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	11	5.6	14	7.1	18	9.1
Jamais	24	12.2	40	20.3	53	26.9
Rarement	16	8.1	22	11.2	25	12.7
Parfois	47	23.9	40	20.3	35	17.8
Souvent	74	37.6	54	27.4	49	24.9
Systématiquement	25	12.7	27	13.7	17	8.6
Total	197	100.0	197	100.0	197	100.0
	TCCE		Thérapie Systémique		Psychanalyse	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	18	9.1	19	9.6	17	8.6
Jamais	97	49.2	146	74.1	159	80.7
Rarement	30	15.2	16	8.1	11	5.6
Parfois	28	14.2	10	5.1	7	3.6
Souvent	17	8.6	6	3.0	3	1.5
Systématiquement	7	3.6	0	0	0	0
Total	197	100.0	197	100.0	197	100.0
Les non PEC sont exclues						

Tableau 33 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de la prise en charge de l'usage de cannabis, mise en œuvre par les répondants. [question 34] (2/3)

PEC de l'usage de Cannabis : Nature de la prise en charge mise en oeuvre par le psychiatre et/ou son équipe (3/3)						
	Information / Prévention		Activité physique		Acupuncture	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	8	4.1	16	8.1	19	9.6
Jamais	19	9.6	60	30.5	148	75.1
Rarement	8	4.1	17	8.6	18	9.1
Parfois	45	22.8	38	19.3	9	4.6
Souvent	80	40.6	51	25.9	3	1.5
Systematiquement	37	18.8	15	7.6	0	0
Total	197	100.0	197	100.0	197	100.0
	Hypnose		Sophrologie / Relaxation		Méditation de pleine conscience	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	19	9.6	19	9.6	19	9.6
Jamais	130	66.0	99	50.3	127	64.5
Rarement	25	12.7	28	14.2	18	9.1
Parfois	17	8.6	26	13.2	18	9.1
Souvent	5	2.5	18	9.1	13	6.6
Systematiquement	1	0.5	7	3.6	2	1.0
Total	197	100.0	197	100.0	197	100.0
Les non PEC sont exclues						

Tableau 33 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de la prise en charge de l'usage de cannabis, mise en oeuvre par les répondants. [question 34] (3/3)

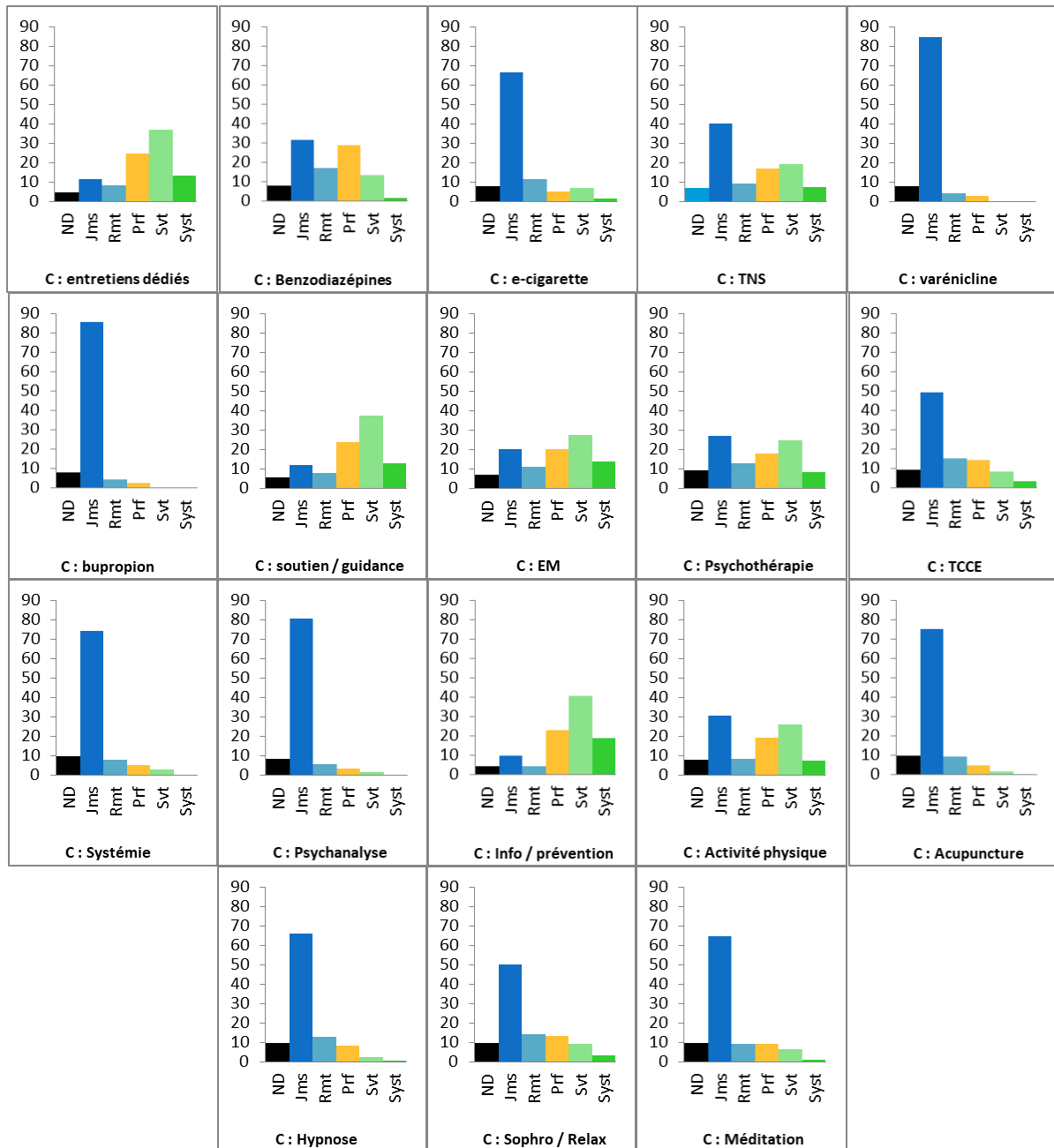


Diagramme 20 : Illustration des données du tableau 33 concernant la nature de la prise en charge de l'usage de cannabis mise en œuvre par les répondants (en %). [question 34]

Les répondants ont de manière majoritaire plus tendance à prescrire des TSN dans la PEC du tabagisme que pour celle de l'usage de cannabis. A l'inverse, les prises en charge par des entretiens dédiés, des séances d'information, de prévention, de soutien ou guidance, et de psychothérapie, sont plus réalisées dans l'usage de cannabis que pour le tabac. Pour tous les autres types de prises en charge, il n'existe pas de différence entre celle du tabagisme et de l'usage de cannabis, qui semblent donc être réalisées de manière similaires pour les deux consommations (à savoir : la prescription de cigarette électronique, de varénicline et de burpopion, les séances d'EM, de TCCE, de thérapie systémique, de psychanalyse, la prescription d'activité physique, les séances d'acupuncture, d'hypnose, de sophrologie et relaxation, et de méditation de pleine conscience). (cf. tableau 34, [question 19-34]).

Tabac et Cannabis : Nature de la prise en charge mise en œuvre par le psychiatre et/ou son équipe		
	TABAC	CANNABIS
	(%)	(%)
Entretiens dédiés	22.1	50.3
Information / Prévention	46.3	59.4
Cigarette électronique	13.2	8.6
TNS	64.2	26.9
Varénicline	0	0
Bupropion	0	0
Benzodiazépines	/	14.7
Soutien / Guidance	33.3	50.3
Entretien Motivationnel	35.7	41.1
Psychothérapie	22.6	33.5
TCCE	10.5	12.2
Thérapie Systémique	2.6	3
Psychanalyse	0.5	1.5
Activité physique	39.0	33.5
Acupuncture	0.5	1.5
Hypnose	3.7	3
Sophrologie / Relaxation	10.6	12.7
Méditation de pleine conscience	8.5	7.6

Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à la PEC du tabagisme et de l'usage de Cannabis

Tableau 34 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Comparaison de la nature de la prise en charge de l'usage de cannabis et de tabac, mise en œuvre systématiquement et souvent par les répondants (en %). [questions 19-34]

II.2.4.c Orientation des patients pour la prise en charge du tabagisme [questions 21-22-23-24] et de la consommation de cannabis [questions 36-37-38-39]

Sont listés ci-dessous par ordre décroissant, les orientations vers un addictologue faites par les répondants pour la prise en charge pour le tabagisme (cf. tableau 35, [question 21-22]) :

- **41,1%** demandent **parfois** un avis addictologique et **41,6%** orientent **parfois** le patient pour la prise en charge du tabagisme, les réponses à ces deux questions sont quasiment égales ;
- **27,9%** ont tendance à demander un avis addictologique (3,2% demandent systématiquement et 24,7% demandent souvent) et **32,1%** ont tendance à orienter le patient pour la prise en charge du tabagisme (4,7% orientent systématiquement et 27,4% orientent souvent) ;
- **30%** ont tendance à ne pas demander un avis addictologique (12,6% ne demandent jamais et 17,4% demandent rarement) et **25,8%** ont tendance à ne pas orienter le patient pour la prise en charge du tabagisme (5,3% n'orientent jamais et 20,5% orientent rarement).

Il n'existe pas de différence entre les taux de répondants qui demandent et ceux ne demandant pas d'avis addictologique. Il semblerait que ceux qui demandent parfois soient plus nombreux, sans qu'ils ne soient majoritaires. Il existe une différence entre les répondants orientant les patients vers l'addictologie pour une prise en charge du tabagisme, qui sont plus nombreux que ceux qui n'orientent pas. Toutefois, là aussi il semblerait que ceux qui orientent parfois soient plus nombreux, sans qu'ils ne soient majoritaires. Nous ne pouvons pas conclure sur cette question de la demande d'avis et d'orientation en addictologie pour le tabagisme (cf. tableau 35, [question 21-22]).

Sont listés ci-dessous par ordre décroissant, les orientations vers un addictologue faites par les répondants pour la prise en charge pour la consommation de cannabis (cf. tableau 36, [question 36-37]) :

- **45,7%** ont tendance à demander un avis addictologique (7,6% demandent systématiquement et 38,1% demandent souvent) et **55,2%** ont tendance à orienter le patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis (11,9% orientent systématiquement et 43,3% orientent souvent) ;
- **36,5%** demandent parfois un avis addictologique et à **31,3%** demandent parfois une orientation de la prise en charge
- **16,8%** ont tendance à ne pas demander un avis addictologique (5,1% ne demandent jamais et 11,7% demandent rarement) et à **12,5%** ont tendance à ne pas orienter le patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis (4% n'orientent jamais et 8,5% orientent rarement).

En résumé, **les répondants ont plus tendance à orienter le patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis** que pour le tabagisme. Et ils ont plus tendance à **orienter vers l'addictologie** qu'à demander un avis d'un addictologue (cf. tableau 36, [question 36-37]).

Demande d'un avis addictologique pour la PEC du Tabagisme			Orientation de la PEC du patient pour l'usage de tabac		
	Freq.	(%)		Freq.	(%)
ND	2	1.0	ND	1	0.5
Jamais	24	12.6	Jamais	10	5.3
Rarement	33	17.4	Rarement	39	20.5
Parfois	78	41.1	Parfois	79	41.6
Souvent	47	24.7	Souvent	52	27.4
Systématiquement	6	3.2	Systématiquement	9	4.7
Total	190	100.0	Total	190	100.0
Les non PEC sont exclues			Les non PEC sont exclues		

Tableau 35 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondants demandant un avis addictologique pour la prise en charge du tabagisme [question 21] et taux de répondant orientant le patient pour la prise en charge du tabagisme par une autre équipe que celle du répondant. [question 22]

Demande d'un avis addictologique pour la PEC de l'usage de cannabis			Orientation de la PEC du patient pour l'usage de cannabis		
	Freq.	(%)		Freq.	(%)
ND	2	1.0	ND	2	1.0
Jamais	10	5.1	Jamais	7	3.6
Rarement	23	11.7	Rarement	16	8.1
Parfois	72	36.5	Parfois	63	32.0
Souvent	75	38.1	Souvent	85	43.1
Systématiquement	15	7.6	Systématiquement	24	12.2
Total	197	100.0	Total	197	100.0
Les non PEC sont exclues			Les non PEC sont exclues		

Tableau 36 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondants demandant un avis addictologique pour la prise en charge de l'usage de cannabis [question 36] et taux de répondant orientant le patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis par une autre équipe que celle du répondant. [question 37]

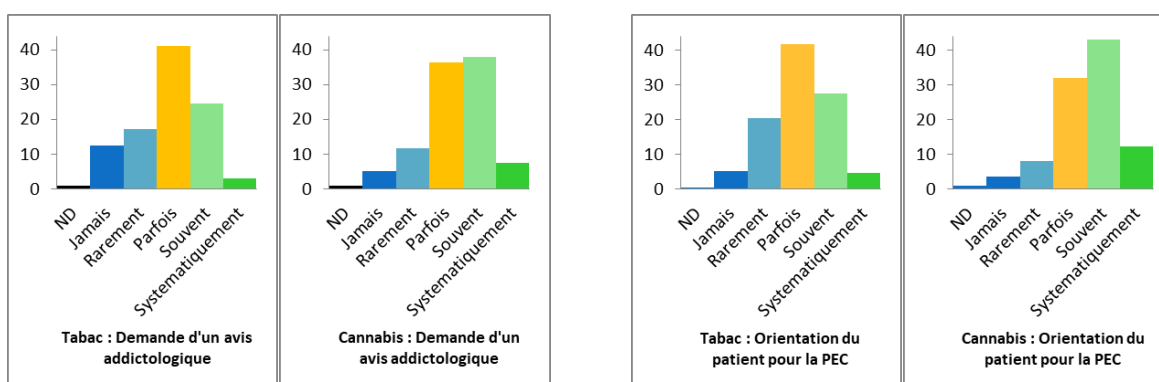


Diagramme 21 : Illustration des données du tableau 35 et 36, comparant la demande d'avis addictologique pour le tabagisme [question 21] et l'usage du cannabis [question 36] (en %).

Diagramme 22 : Illustration des données du tableau 35 et 36, comparant l'orientation du patient pour la prise en charge de son usage de tabac [question 22] et de cannabis [question 37] (en %).

Sont listés ci-dessous par ordre décroissant, les types d'orientations faites par les répondants pour la prise en charge pour le tabagisme (cf. tableau 37, [question 23]) :

- 1) **Une consultation avec un addictologue** est proposée par **63%** des répondants (14% systématiquement et 49% souvent) et elle est parfois proposée par 28,7% des répondants.
- 2) **Une prise en charge dans un CSAPA** est proposée par **44,8%** des répondants (9,1% systématiquement et 35,7% souvent), et elle est parfois proposée par 31,5% des répondants.
- 3) **Une prise en charge par une équipe ELSA** est proposée par **25,9%** des répondants (4,9% systématiquement et 21% souvent) et elle est parfois proposée par 21,7% des répondants.
- 4) **Une prise en charge en sophrologie** est proposée par **8,4%** des répondants (0% systématiquement et 8,4% souvent), et elle est parfois proposée par 13,3% des répondants.
- 5) **Une prise en charge par la méditation de pleine conscience** est proposée par **8,4%** des répondants (0% systématiquement et 8,4% souvent), et elle est parfois proposée par 10,5% des répondants.
- 6) **Une aide par une association d'addictologie** est proposée par **7,7%** des répondants (0,7% systématiquement et 7% souvent) et elle est parfois proposée par 12,6% des répondants.
- 7) **Une prise en charge en psychothérapie de type TCCE** est proposée par **6,3%** des répondants (0,7% systématiquement et 5,6% souvent), et elle est parfois proposée par 21,7% des répondants.
- 8) **Une prise en charge en acupuncture** est proposée par **2,8%** des répondants (0% systématiquement et 2,8% souvent), et elle est parfois proposée par 9,1% des répondants.
- 9) **Une prise en charge en hypnose par un hypnothérapeute** est proposée par **0,7%** des répondants (0% systématiquement et 0,7% souvent), et elle est parfois proposée par 18,2% des répondants.
- 10) **Une prise en charge en psychothérapie de type systémique** est proposée par **0,7%** des répondants (0% systématiquement et 0,7% souvent), et elle est parfois proposée par 7% des répondants.
- 11) **Une prise en charge en psychothérapie de type analytique** n'est quasiment jamais proposée par les répondants (0% systématiquement et 0% souvent), et elle est parfois proposée par 4,9% des répondants.
- 12) **Un soutien par un coach de vie** n'est quasiment jamais proposé par les répondants (0% systématiquement et 0% souvent), et il est parfois proposé par 2,1% des répondants.

On note que l'orientation vers une **consultation avec un addictologue** pour la prise en charge du tabagisme est réalisée de manière majoritaire par les répondants. Il s'agit du seul résultat qui ressort de manière majoritaire. Nous ne pouvons pas conclure sur les autres propositions d'orientation du patient pour la prise en charge de l'usage de tabac qui sont minoritaires (cf. tableau 37, [question 23]). On peut toutefois les décrire comme suit :

- Après l'orientation vers une consultation avec un addictologue, une prise en charge dans un CSAPA est recommandée en deuxième position par ordre de fréquence. Puis par une équipe ELSA en troisième position. Il existe une différence entre ces 3 orientations.
- A égalité sont proposées une orientation vers des séances de sophrologie ou de méditation de pleine conscience. Sont du même ordre de grandeur que ces deux dernières orientations une aide par une association d'addictologie et une prise en charge en psychothérapie de type TCCE.
- Les patients ne sont que très peu orientés vers les prises en charges suivantes qui sont toutes du même ordre de grandeur : une prise en charge en acupuncture, une prise en charge en hypnose par un hypnothérapeute, une prise en charge en psychothérapie de type systémique, une prise en charge en psychothérapie de type analytique, un soutien par un coach de vie.

Nature de l'orientation pour la prise en charge du tabagisme (1/2)						
	Consultation addictologue		Equipe ELSA		CSAPA	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	0	0	6	4.2	4	2.8
Jamais	4	2.8	47	32.9	17	11.9
Rarement	8	5.6	22	15.4	13	9.1
Parfois	41	28.7	31	21.7	45	31.5
Souvent	70	49.0	30	21.0	51	35.7
Systématiquement	20	14.0	7	4.9	13	9.1
Total	143	100.0	143	100.0	143	100.0
	TCCE		Thérapie systémique		Psychanalyse	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	15	10.5	14	9.8	13	9.1
Jamais	66	46.2	96	67.1	114	79.7
Rarement	22	15.4	22	15.4	9	6.3
Parfois	31	21.7	10	7.0	7	4.9
Souvent	8	5.6	1	0.7	0	0
Systématiquement	1	0.7	0	0	0	0
Total	143	100.0	143	100.0	143	100.0
Les non PEC sont exclues						

Tableau 37 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de l'orientation du patient pour la prise en charge du tabagisme réalisée par les répondants. [question 23] (1/2)

Nature de l'orientation pour la prise en charge du tabagisme (2/2)						
	Aide associative		Acupuncture		Hypnose	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	13	9.1	14	9.8	13	9.1
Jamais	67	46.9	87	60.8	73	51.0
Rarement	34	23.8	25	17.5	30	21.0
Parfois	18	12.6	13	9.1	26	18.2
Souvent	10	7.0	4	2.8	1	0.7
Systématiquement	1	0.7	0	0	0	0
Total	143	100.0	143	100.0	143	100.0
	Sophrologie		Méditation de pleine cs.		Coaching	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	13	9.1	13	9.1	13	9.1
Jamais	70	49.0	77	53.8	119	83.2
Rarement	29	20.3	26	18.2	8	5.6
Parfois	19	13.3	15	10.5	3	2.1
Souvent	12	8.4	12	8.4	0	0
Systématiquement	0	0	0	0	0	0
Total	143	100.0	143	100.0	143	100.0
Les non PEC sont exclues						

Tableau 37 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de l'orientation du patient pour la prise en charge du tabagisme réalisée par les répondants. [question 23] (2/2)

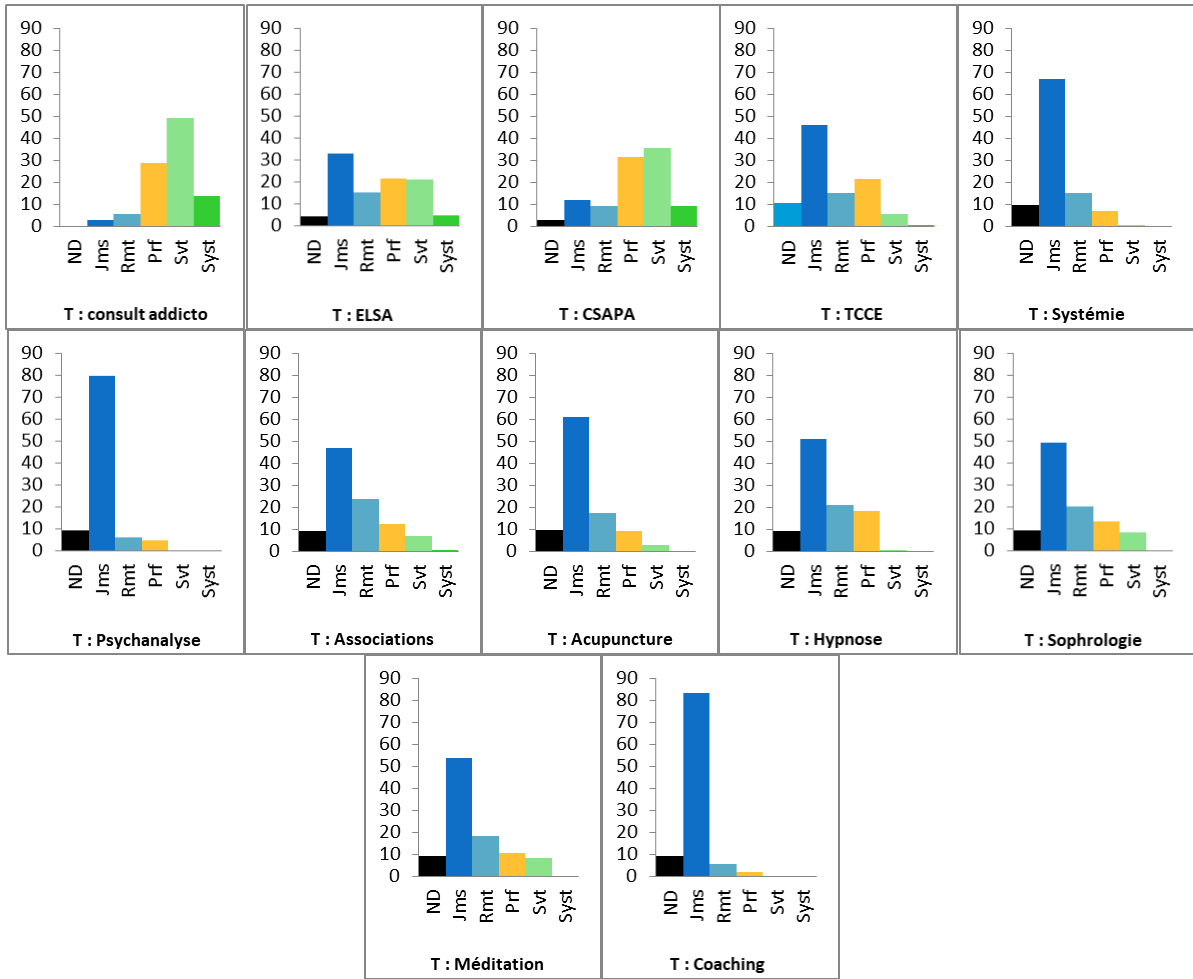


Diagramme 23 : Illustration des données du tableau 37 concernant la nature de l'orientation du patient pour la prise en charge du tabagisme réalisée par les répondants (en %). [question 23]

Sont listés ci-dessous par ordre décroissant, les types orientations faites par les répondants pour la prise en charge pour l'usage de cannabis (cf. tableau 38, [question 38]) :

- 1) **Une consultation avec un addictologue** est proposée par **70,1%** des répondants (18,4% systématiquement et 51,7% souvent) et elle est parfois proposée par 22,4% des répondants.
- 2) **Une prise en charge dans un CSAPA** est proposée par **62,6%** des répondants (14,9% systématiquement et 47,7% souvent), et elle est parfois proposée par 24,1% des répondants.
- 3) **Une prise en charge par une équipe ELSA** est proposée par **31%** des répondants (5,7% systématiquement et 25,3% souvent) et elle est parfois proposée par 21,3% des répondants.
- 4) **Une aide par une association d'addictologie** est proposée par **8,6%** des répondants (0,6% systématiquement et 8% souvent) et elle est parfois proposée par 9,2% des répondants.
- 5) **Une prise en charge en psychothérapie de type TCCE** est proposée par **7,5%** des répondants (2,3% systématiquement et 5,2% souvent), et elle est parfois proposée par 19% des répondants.
- 6) **Une prise en charge en sophrologie** est proposée par **5,1%** des répondants (1,1% systématiquement et 4% souvent), et elle est parfois proposée par 14,4% des répondants.
- 7) **Une prise en charge par la méditation de pleine conscience** est proposée par **5,1%** des répondants (1,7% systématiquement et 3,4% souvent), et elle est parfois proposée par 9,8% des répondants.
- 8) **Une prise en charge en hypnose par un hypnothérapeute** est proposée par **1,1%** des répondants (0% systématiquement et 1,1% souvent), et elle est parfois proposée par 9,2% des répondants.
- 9) **Une prise en charge en psychothérapie de type systémique** est proposée par **1,1%** des répondants (0% systématiquement et 1,1% souvent), et elle est parfois proposée par 8% des répondants.
- 10) **Une prise en charge en acupuncture** est proposée par **1,1%** des répondants systématiquement (0%) et souvent (1,1%), et elle est parfois proposée par 5,2% des répondants.
- 11) **Une prise en charge en psychothérapie de type analytique** est proposée par **0,6%** des répondants (0% systématiquement et 0,6% souvent), et elle est parfois proposée par 4,6% des répondants.
- 12) **Un soutien par un coach de vie** est proposé par **0,6%** des répondants (0,6% systématiquement et 0% souvent), et il est parfois proposé par 1,1% des répondants.

On note que l'orientation vers une **consultation avec un addictologue** pour la prise en charge de l'usage de cannabis est réalisée de manière majoritaire par les répondants. Il en va de même pour la **prise en charge dans un CSAPA**, qui ressort en deuxième position par ordre de fréquence. Il s'agit des deux seuls résultats majoritaires. Nous ne pouvons pas conclure sur les autres propositions d'orientation du patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis qui sont minoritaires (cf. tableau 38, [question 38]). On peut toutefois les décrire comme suit :

- Après l'orientation vers une consultation avec un addictologue et dans un CSAPA, la prise en charge par une équipe ELSA recommandée en troisième position. Il existe une différence significative entre ces 3 orientations.
- Sont du même ordre de grandeur les orientations vers une aide par une association d'addictologie, une prise en charge en psychothérapie de type TCCE, des séances de sophrologie et de méditation de pleine conscience.
- Les patients ne sont que très peu orientés vers les prises en charges suivantes qui sont toutes du même ordre de grandeur : une prise en charge en acupuncture, une prise en charge en hypnose par un hypnothérapeute, une prise en charge en psychothérapie de type systémique, une prise en charge en psychothérapie de type analytique, un soutien par un coach de vie.

Nature de l'orientation pour la prise en charge de l'usage de cannabis (1/2)						
	Consultation addictologue		Equipe ELSA		CSAPA	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	2	1.1	9	5.2	4	2.3
Jamais	5	2.9	59	33.9	13	7.5
Rarement	6	3.4	15	8.6	6	3.4
Parfois	39	22.4	37	21.3	42	24.1
Souvent	90	51.7	44	25.3	83	47.7
Systématiquement	32	18.4	10	5.7	26	14.9
Total	174	100.0	174	100.0	174	100.0
	TCCE		Thérapie systémique		Psychanalyse	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	14	8.0	14	8.0	14	8.0
Jamais	94	54.0	131	75.3	143	82.2
Rarement	20	11.5	13	7.5	8	4.6
Parfois	33	19.0	14	8.0	8	4.6
Souvent	9	5.2	2	1.1	1	0.6
Systématiquement	4	2.3	0	0	0	0
Total	174	100.0	174	100.0	174	100.0
Les non PEC sont exclues						

Tableau 38 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de l'orientation du patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis réalisée par les répondants. [question 38]
(1/2)

Nature de l'orientation pour la prise en charge de l'usage de cannabis (1/2)						
	Aide associative		Acupuncture		Hypnose	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	12	6.9	13	7.5	13	7.5
Jamais	106	60.9	126	72.4	115	66.1
Rarement	25	14.4	24	13.8	28	16.1
Parfois	16	9.2	9	5.2	16	9.2
Souvent	14	8.0	2	1.1	2	1.1
Systématiquement	1	0.6	0	0	0	0
Total	174	100.0	174	100.0	174	100.0
	Sophrologie		Méditation de pleine cs.		Coaching	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	14	8.0	15	8.6	13	7.5
Jamais	102	58.6	114	65.5	151	86.8
Rarement	24	13.8	19	10.9	7	4.0
Parfois	25	14.4	17	9.8	2	1.1
Souvent	7	4.0	6	3.4	0	0
Systématiquement	2	1.1	3	1.7	1	0.6
Total	174	100.0	174	100.0	174	100.0
Les non PEC sont exclues						

Tableau 38 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de l'orientation du patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis réalisée par les répondants. [question 38]

(2/2)

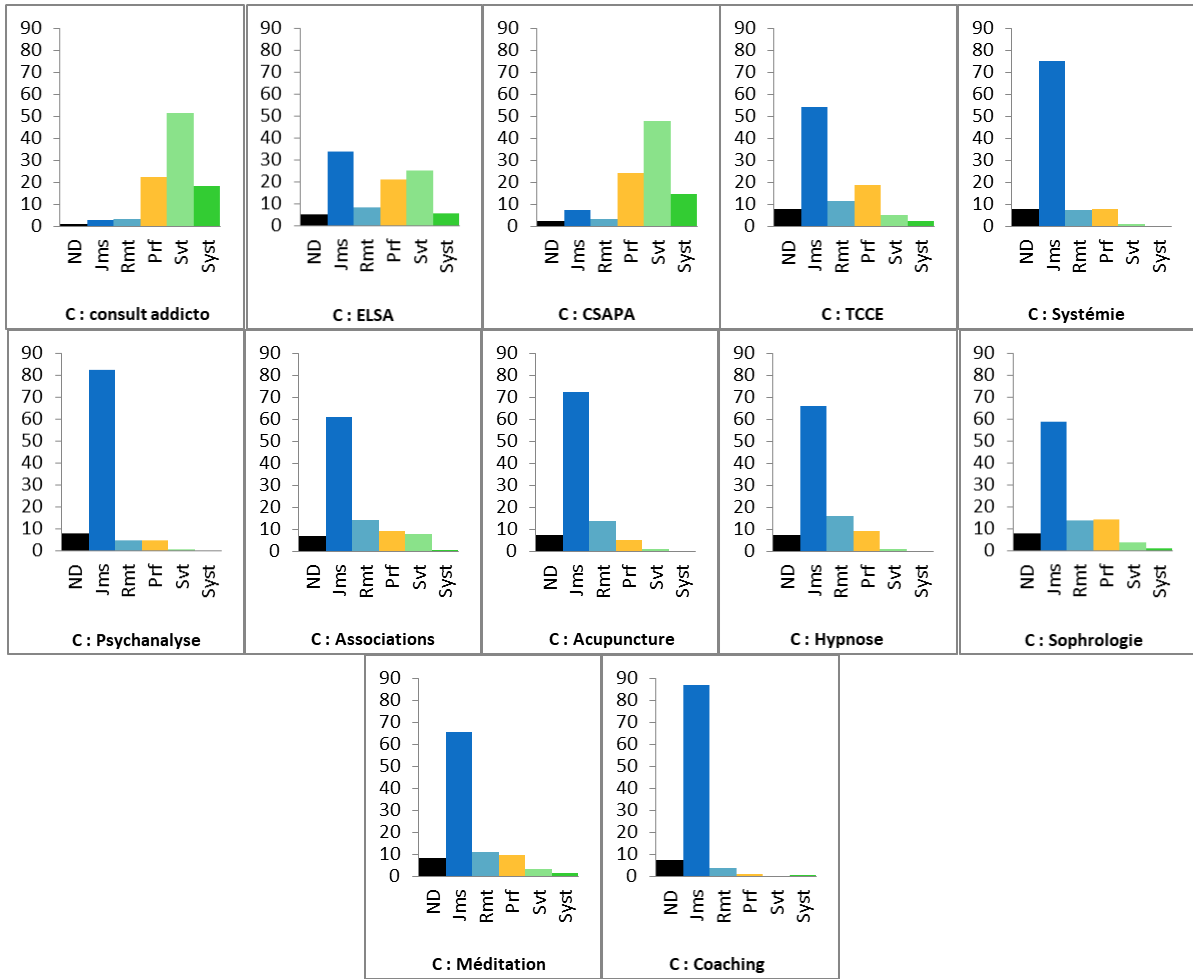


Diagramme 24 : Illustration des données du tableau 38 concernant la nature de l'orientation du patient pour la prise en charge de l'usage du cannabis réalisée par les répondants (en %). [question 38]

Les orientations pour la prise en charge du tabagisme et de l'usage de cannabis sont similaires, lorsque l'on regarde l'ordre en termes de fréquence d'orientation. Les répondants ont plus tendance à orienter le patient vers une consultation avec un addictologue ou en CSAPA, pour la prise en charge de l'usage de cannabis que pour celui du tabac. Pour tous les autres types d'orientations, il n'existe pas de différence entre l'orientation pour le tabagisme et pour l'usage de cannabis, qui semblent donc être réalisées de manière similaires pour les deux consommations (à savoir : le recours à une équipe ELSA, à une association d'addictologie, les orientations vers des séances de TCCE, de thérapie systémique, de psychanalyse, d'acupuncture, d'hypnose, de sophrologie, de méditation de pleine conscience et de coaching). (cf. tableau 39, [question 23-38]).

Tabac et Cannabis : Nature de l'orientation du patient pour la prise en charge de ses consommations		
	TABAC	CANNABIS
	(%)	(%)
Consultation avec un addictologue	63.0	70.1
CSAPA	44.8	62.6
Equipe ELSA	25.9	31.0
Association d'addictologie	7.7	8.6
TCCE	6.3	7.5
Thérapie Systémique	0.7	1.1
Psychanalyse	0.0	0.6
Acupuncture	2.8	1.1
Hypnose	0.7	1.1
Sophrologie	8.4	5.1
Méditation de pleine conscience	8.4	5.1
Coaching	0.0	0.6

Note : s'applique aux réponses "Souvent" et "Systématique" à l'orientation pour la PEC du tabagisme et de l'usage de Cannabis

Tableau 39 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Comparaison de la nature de l'orientation du patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis et de tabac, mise en œuvre systématiquement et souvent par les répondants (en %). [questions 23-38]

II.2.4.d La prise en charge de la comorbidité usage de cannabis par le répondant [questions 50-51-52-53] et son équipe soignante [questions 54-55-56-57]

Pratique de l'entretien motivationnel par les répondants (cf. tableau 40, [question 50]) :

- systématiquement pour 6,5% des répondants et souvent pour 22,9% ;
- parfois pour 26,4% ;
- rarement pour 20,4% et jamais pour 23,9%.

Pratique d'une prise en charge psychothérapeutique par les répondants (cf. tableau 40, [question 51]) :

- systématiquement pour 6% des répondants et souvent pour 26,9% ;
- parfois pour 19,9% ;
- rarement pour 22,4% et jamais pour 24,4%.

➔ 77 répondants ont donné le type de psychothérapie exercée, certains en pratiquent plusieurs (1 à 3 types cités par répondant ce qui fait au total 98 réponses), 124 personnes n'ont pas répondu. (cf. tableau 41, [question 52]) :

- 28 pratiquent une psychothérapie de soutien ou guidance.
- 26 pratiquent une TCCE ou une psychothérapie d'inspiration TCCE, à laquelle on peut rajouter 1 répondant pratiquant la méditation de pleine conscience.
- 12 pratiquent une psychothérapie d'inspiration analytique ou psychanalyse.
- 7 pratiquent l'entretien motivationnel
- 5 pratiquent une psychothérapie systémique
- 4 pratiquent une psychoéducation
- 3 pratiquent des techniques de relaxation ou de sophrologie
- 2 pratiquent des psychothérapies brèves ou thérapie interpersonnelle
- 2 pratiquent des techniques d'EMDR
- 2 pratiquent des techniques psychothérapeutiques intégratives
- 2 pratiquent des techniques psychothérapeutiques psychodynamique
- 2 pratiquent l'approche de Carl Rodger
- 1 répondant pratique l'hypnose
- 1 pratique le counseling
- 1 pratique la Gestalt thérapie

Pratique de thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles par les répondants (cf. tableau 40, [question 53]) :

- systématiquement pour 1,5% des répondants et souvent pour 7% ;
- parfois pour 13,9% ;
- rarement pour 16,4% et jamais pour 61,2%.

Pour la prise en charge de la comorbidité usage de cannabis par les répondants, aucun des résultats ne ressort de manière majoritaire quant à la pratique par les répondants de l'entretien

motivationnel, ni d'une prise en charge psychothérapeutique (cf. tableau 40, [question 50-51]). Ce sont vraisemblablement des tendances individuelles, nous ne pouvons donc pas conclure. Les résultats sont disparates concernant la pratique de l'EM, par contre, il ressort de manière majoritaire que les répondants ne pratiquent pas des TCCE pour la prise en charge de la comorbidité usage de cannabis (cf. tableau 40, [question 53]).

PEC de la comorbidité usage de cannabis en pratique par les répondants						
	EM		Psychothérapie		TCCE	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	0	0	1	0.5	0	0
Jamais	48	23.9	49	24.4	123	61.2
Rarement	41	20.4	45	22.4	33	16.4
Parfois	53	26.4	40	19.9	28	13.9
Souvent	46	22.9	54	26.9	14	7.0
Systématiquement	13	6.5	12	6.0	3	1.5
Total	201	100.0	201	100.0	201	100.0

Tableau 40 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondant pratiquant l'entretien motivationnel (EM), une prise en charge psychothérapeutique et une TCCE. [questions 50-51-53]

Types de techniques psychothérapeutiques pratiquées par les répondants		
	Freq.	(%)
Psychothérapie de soutien ou guidance	28	28.6
TCCE ou une psychothérapie d'inspiration TCCE (dont un pratiquant la méditation de pleine conscience)	26	26.6
Psychothérapie d'inspiration analytique ou psychanalyse	12	12.3
Entretien motivationnel	7	7.2
Psychothérapie systémique	5	5.1
Psychoéducation	4	4.1
Techniques de relaxation ou de sophrologie	3	3.1
Psychothérapies brèves ou thérapie interpersonnelle	2	2.0
EMDR	2	2.0
Techniques psychothérapeutiques intégratives	2	2.0
Techniques psychothérapeutiques psychodynamique	2	2.0
Approche de Carl Rodger	2	2.0
Hypnose	1	1.0
Counseling	1	1.0
Gestalt thérapie	1	1.0
Total	98	100.0

Tableau 41 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Types de techniques psychothérapeutiques pratiquées par les répondants dans la PEC de la co-occurrence Schizophrénie-Cannabis. [question 52]

L'entretien motivationnel est réalisé par les équipes de 43,3% des répondants, 16,4% ne savent pas, et il n'est pas réalisé par les équipes de 39,8% des répondants. (cf. tableau 42, [question 54]). Il n'existe pas de différence entre ces résultats qui sont disparates, nous ne pouvons donc pas conclure. 88 répondants (43,8%) ont au moins 1 soignant pratiquant l'entretien motivationnel dans leur équipe.

- 40 répondants ont un seul soignant ;
- 20 répondants ont deux soignants ;
- 9 répondants ont trois soignants ;
- 11 répondants ont quatre ou cinq soignants ;
- 8 répondants ont plus de cinq soignants.

Les TCCE sont réalisées par les équipes de 42,8% de répondants, 10,4% ne savent pas, et il n'est pas réalisé par les équipes de 46,8% des répondants. (cf. tableau 42, [question 56]). Il n'existe pas de différence entre ces résultats qui sont disparates, nous ne pouvons donc pas conclure.

86 répondants (42,8%) ont au moins 1 soignant pratiquant les TCCE dans leur équipe.

- 53 répondants ont un seul soignant
- 14 répondants ont deux soignants
- 12 répondants ont trois soignants
- 4 répondants ont quatre ou cinq soignants
- 3 répondants ont plus de cinq soignants

Taux de répondants ayant dans son équipe des soignants pratiquant l'EM et les TCCE :				
	l'EM		les TCCE	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	1	0.5	0	0
Oui	87	43.3	86	42.8
Non	80	39.8	94	46.8
Je ne sais pas	33	16.4	21	10.4
Total	201	100.0	201	100.0
Nombre de soignants pratiquant l'EM et les TCCE dans les équipes des répondants :				
	à la pratique de l'EM		à la pratique des TCCE	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
0	113	56.2	115	57.2
1	40	19.9	53	26.3
2	20	10.0	14	7.0
3	9	4.5	12	6.0
4	4	2.0	3	1.5
5	7	3.5	1	0.5
de 6 à 10	8	3.9	2	1.0
Plus de 10	0	0	1	0.5
Total	201	100.0	201	100.0

Tableau 42 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondant ayant dans son équipe, des soignants pratiquant l'entretien motivationnel (EM), une prise en charge de type TCCE [questions 54-56] et ainsi que le nombre de soignants pratiquants ces techniques [questions 55-57]

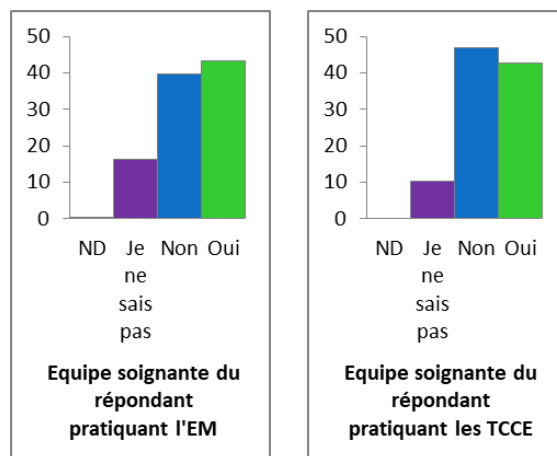


Diagramme 25 : Illustration des données du tableau 42 : Taux de répondant ayant dans son équipe, des soignants pratiquant l'entretien motivationnel (EM) et une prise en charge de type TCCE (en %). [questions 54-56]

II.2.4.e Réseau addictologique [questions 58-59-60-61-62-63]

Concernant le réseau addictologique du répondant (cf. tableau 43, [question 58-59-60-61]), on note de manière décroissante que :

- Une grande majorité de répondants (91,5%) a la possibilité de **demandeur une consultation addictologique** (70,6% « oui » 20,9% « plutôt oui ») (cf. tableau 43, [question 59]).
- Une grande majorité de répondants (86,6%) a la possibilité de **faire appel à une équipe spécialisée en addictologie extérieure à l'établissement** (64,2% « oui » 22,4% « plutôt oui ») (cf. tableau 43, [question 61]).
- Une grande majorité de répondants (68,7%) a la possibilité de **demandeur un avis addictologique téléphonique** (45,3% « oui » 23,4% « plutôt oui ») (cf. tableau 43, [question 58]).
- Une petite majorité de répondants (53,2%) a la possibilité de faire appel à **une équipe ELSA** (37,8% « oui » 15,4% « plutôt oui ») (cf. tableau 43, [question 60]).

Possibilité d'avoir recours à une aide spécialisée en addictologie				
	demande d'un avis addicto téléphonique		demande d'une consultation en addicto	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	3	1.5	1	0.5
Je ne sais pas	13	6.5	3	1.5
Non	21	10.4	5	2.5
Plutôt non	26	12.9	8	4.0
Plutôt oui	47	23.4	42	20.9
Oui	91	45.3	142	70.6
Total	201	100.0	201	100.0

	faire appel à une équipe ELSA		faire appel à une association / CSAPA	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	4	2.0	2	1.0
Je ne sais pas	23	11.4	10	5.0
Non	47	23.4	11	5.4
Plutôt non	20	10.0	4	2.0
Plutôt oui	31	15.4	45	22.4
Oui	76	37.8	129	64.2
Total	201	100.0	201	100.0

Tableau 43 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondant ayant la possibilité dans son institution d'avoir recours à une prise en charge pluridisciplinaire en addictologie, à type d'avis téléphonique, de consultation en addictologie, d'intervention d'une équipe ELSA ou de prise en charge en CSAPA. [questions 58-59-60-61]

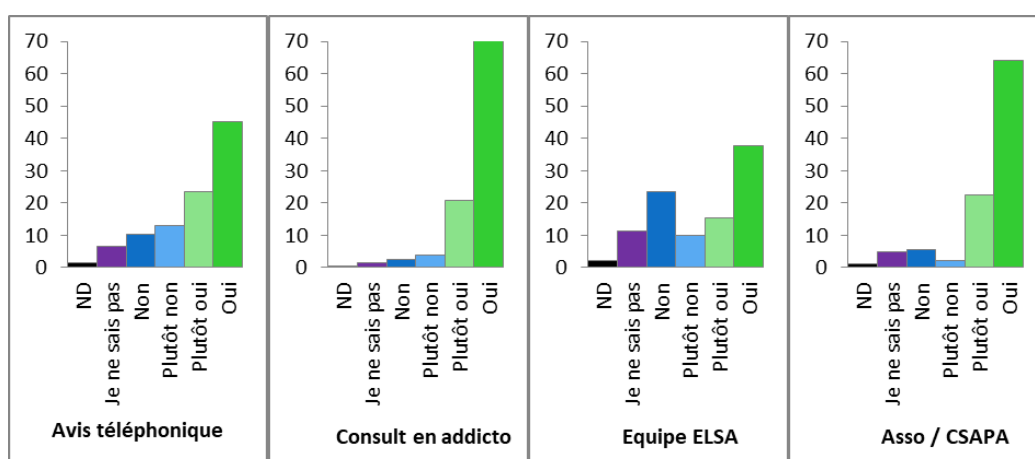


Diagramme 26 : Illustration des données du tableau 43 : Taux de répondant ayant la possibilité dans son institution d'avoir recours à une prise en charge pluridisciplinaire en addictologie, à type d'avis téléphonique, de consultation en addictologie, d'intervention d'une équipe ELSA ou de prise en charge en CSAPA (en %). [questions 58-59-60-61]

Les avis des répondants sur la qualité du lien avec les équipes d'addictologie (cf. tableau 44, [question 62]) :

- Le lien est facile ou plutôt facile pour 70,1% des répondants (33,8% « oui » 36,3% « plutôt oui »).
- Le lien n'est pas facile pour 25,9% des répondants (5% « non » 20,9% « plutôt non »).

On peut conclure que de manière majoritaire les répondants considèrent avoir des liens de qualité avec les équipes d'addictologie.

Avis des répondants sur la qualité du lien avec les addictologues : est-il "facile"		
	Freq.	(%)
ND	1	0.5
Je ne sais pas	7	3.5
Non	10	5.0
Plutôt non	42	20.9
Plutôt oui	73	36.3
Oui	68	33.8
Total	201	100.0

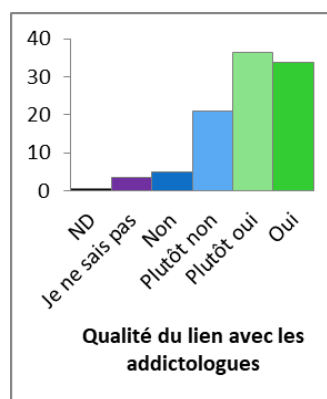


Tableau 44 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur leur aisance dans leur lien avec les addictologues (distance, disponibilité délais etc.) [question 62]

Diagramme 27 : Illustration des données du tableau 44 concernant la qualité du lien entre la psychiatrie et l'addictologie (en %). [question 62]

Sur les 17 commentaires laissés concernant la qualité du lien avec les équipes d'addictologie, (cf. tableau 45, [question 63]) :

- 10 répondants ont précisé que les liens n'étaient pas faciles par manque d'effectif (5 répondants), à cause de délais trop longs (3 répondants) et à cause de difficultés de collaboration (2 répondants).
- 7 répondants ont précisé qu'il existait pour eux des liens privilégiés avec les équipes d'addictologie.

Commentaires sur la facilité du lien avec les addictologues		
	Freq.	(%)
Facile : existence de liens privilégiés (dans le service un addictologue faisant partie de l'équipe ou avec le CSAPA ou l'équipe ESLA)	7	41.2
Pas facile : car manque d'effectifs d'addictologues (pas de lien direct, ils ne se déplacent pas, lien uniquement avec les internes)	5	29.4
Pas facile : car délais long (avis, consultations, réponse téléphonique)	3	17.6
Pas facile : car difficultés dans le travail de collaboration, le lien n'est pas protocolisé	2	11.8
Total	17	100.0

Tableau 45 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Commentaires des répondants sur la qualité du lien avec les addictologues. [question 63]

II.2.5 Qualité de la prise en charge de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis [questions 64 - 68 à 90]

II.2.5.a Représentations de la qualité de la prise en charge de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis [questions 64-68-69-70-71-72-73-74]

Pour la majorité des répondants (**77,6%**) la prise en charge de la co-occurrence usage de cannabis chez les patients souffrant de schizophrénie n'est pas suffisante (23,4% ayant répondu « non » et 54,2% ayant répondu « plutôt non »). Elle est estimée comme suffisante pour 20,4% (2% ayant répondu « oui » et 18,4% ayant répondu « plutôt oui »). (cf. tableau 46, [question 64])

La consommation de cannabis est-elle suffisamment prise en charge dans la population ciblée		
	Freq.	(%)
Je ne sais pas	4	2.0
Non	47	23.4
Plutôt non	109	54.2
Plutôt oui	37	18.4
Oui	4	2.0
Total	201	100.0

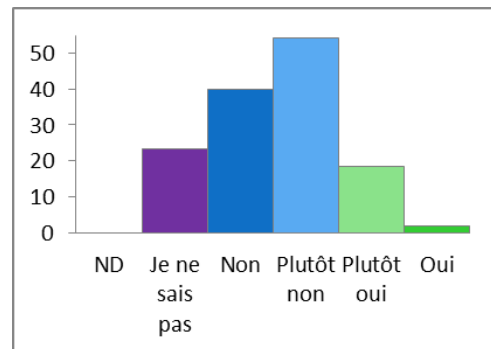


Tableau 46 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur la qualité de la prise en charge de cette co-occurrence : « est-elle suffisante ? » [question 64]

Diagramme 28 : Illustration des données du tableau 46 : Avis des répondants sur la qualité de la prise en charge de cette co-occurrence : « est-elle suffisante ? » (en %). [question 64]

Pour une majorité de répondants (**66,7%**) la prise en charge la plus adaptée pour cette population serait une prise en charge pluridisciplinaire (« une prise en charge pluridisciplinaire : centrée sur la schizophrénie par une équipe de psychiatrie ET centrée sur l'usage de cannabis par une équipe spécialisée en addictologie »). (cf. tableau 47, [question 68]). Pour 32,3% des répondants la prise en charge la plus adaptée pour cette population serait une prise par un seul acteur (« une prise en charge simultanée de la schizophrénie et de l'usage du cannabis par le même acteur : le psychiatre traitant + son équipe OU l'addictologue + son équipe »). (cf. tableau 47, [question 68]).

PEC la plus adaptée de la co-occurrence Schizophrénie-Cannabis		
	Freq.	(%)
ND	2	1.0
Par un acteur	65	32.3
Pluridisciplinaire	134	66.7
Total	201	100.0

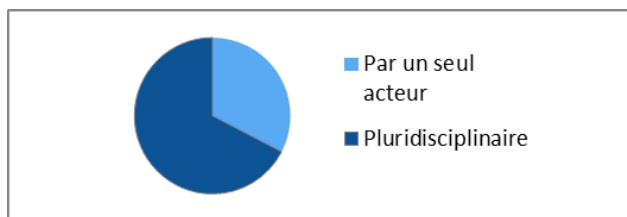


Tableau 47 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur la qualité de cette prise en charge, « serait-elle plus adaptée si elle est réalisée par un seul acteur (équipe de psychiatrie ou équipe d’addictologie) ou si elle est pluridisciplinaire ? » [question 68]

Diagramme 29 : Illustration du tableau 47 : Prise en charge la plus adaptée d’après les répondants, de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis (en %). [question 68]

La prise en charge pluridisciplinaire simultanée des deux troubles (de l’usage de cannabis et de la schizophrénie) dans les premiers temps du suivi ou du séjour hospitalier, est **considérée comme plus adaptée par une majorité de répondants (69,1%)**. (cf. tableau 48, [question 69]).

Une prise en charge en deux temps, d’un trouble après l’autre, est considérée comme plus adaptée par 22,9% des répondants (cf. tableau 48, [question 69]) :

- 22,4% préfèrent une prise en charge de la schizophrénie en premier puis de l’usage du cannabis ;
- 0,5% préfèrent une prise en charge de l’usage du cannabis en premier puis de la schizophrénie.

La PEC pluridisciplinaire la plus adaptée de la co-occurrence Schizophrénie-Cannabis		
	Freq.	(%)
ND	16	8.0
Simultanée des deux troubles	139	69.1
De la schizophrénie en premier, puis du cannabis	45	22.4
Du cannabis en premier, puis de la schizophrénie	1	0.5
Total	201	100.0

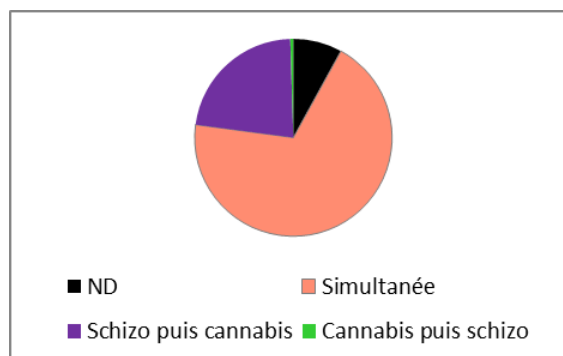


Tableau 48 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur la qualité de la prise en charge de cette co-occurrence, dans le cas d’une prise en charge pluridisciplinaire, « serait-elle plus adaptée si les deux troubles sont traités simultanément ou séparément ? » [question 69]

Diagramme 30 : Illustration du tableau 48 : Prise en charge pluridisciplinaire la plus adaptée d’après les répondants, de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis (en %). [question 69]

Une importante majorité de répondants (89%) serait **favorable à des temps de consultations spécialisés d'addictologie** (en CMP ou en unité d'hospitalisation), car cela pourrait représenter une aide dans leur pratique (67,1% ont répondu « oui » et 21,9% « plutôt oui »). (cf. tableau 49, [question 70]).

Une importante majorité de répondants (89%) serait **favorable à des temps de réunions clinique avec la présence d'un addictologue** (en CMP ou en unité d'hospitalisation), car cela pourrait représenter une aide dans leur pratique (57,2% ont répondu « oui » et 31,8% « plutôt oui »). (cf. tableau 49, [question 71]).

Une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie serait aidante dans la pratique courante				
	Consultation d'addictologie		Reunions cliniques avec addictologue	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	1	0.5	1	0.5
Je ne sais pas	5	2.5	4	2.0
Non	5	2.5	8	4.0
Plutot non	11	5.5	9	4.5
Plutot oui	44	21.9	64	31.8
Oui	135	67.1	115	57.2
Total	201	100.0	201	100.0

Tableau 49 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur l'aide qu'apporterait dans leur exercice au quotidien, des consultations d'addictologie et des réunions pluridisciplinaires avec les addictologues, en CMP ou en unité d'hospitalisation. [question 70-71]

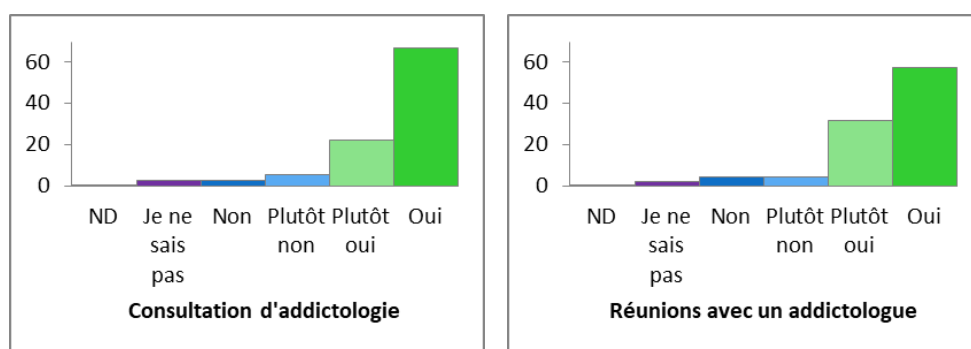


Diagramme 31 : Illustration du tableau 49 : Avis des répondants sur l'aide qu'apporterait dans leur exercice au quotidien, des consultations d'addictologie et des réunions pluridisciplinaires avec les addictologues, en CMP ou en unité d'hospitalisation (en %). [question 70-71]

Les avis sont partagés concernant la faisabilité en pratique d'une prise en charge pluridisciplinaire avec les équipes d'addictologie dans les structures de psychiatrie (cf. tableau 50, [question 72]) :

- 54,2% des répondants pensent que cela pourrait être faisable (19,4% ont répondu « oui » et 34,8% « plutôt oui »),
- 42,3% des répondants pensent que ce ne serait pas faisable en pratique (6,5% ont répondu « non », 35,8% « plutôt non »), (3% « je ne sais pas »).

On peut noter qu'il existe une différence entre les répondants qui pensent que cela pourrait être faisable qui sont plus nombreux par rapport à ceux qui pensent que cela ne pourrait pas être faisable en pratique. Toutefois, la différence n'étant pas très importante, il reste difficile de conclure de manière formelle sur cette question.

Une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries est possible en pratique		
	Freq.	(%)
ND	1	0.5
Je ne sais pas	6	3.0
Non	13	6.5
Plutôt non	72	35.8
Plutôt oui	70	34.8
Oui	39	19.4
Total	201	100.0

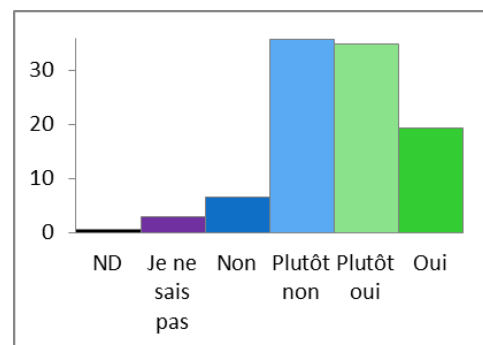


Tableau 50 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants la faisabilité d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries (en CMP ou en unité d'hospitalisation) [question 72]

Diagramme 32 : Illustration du tableau 50 : Avis des répondants la faisabilité d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries (en CMP ou en unité d'hospitalisation) (en %). [question 72]

Les raisons avancées pour lesquelles cela serait peu ou pas faisable sont par ordre décroissant (cf. tableau 51, [question 73]) :

- Par manque d'addictologue pour 56,7% des répondants ;
- Car les soins du trouble schizophrénique devraient permettre de diminuer la consommation du cannabis, pour 4% des répondants ;
- Car les soins du trouble schizophrénique priment sur la prise en charge de la comorbidité addictive, pour 2,5% des répondants ;
- Car cela risquerait d'interférer avec la prise en charge du patient, pour 2% des répondants.

Le manque d'addictologue est cité de manière majoritaire par les répondants comme principale entrave à la prise en charge pluridisciplinaire des patients ayant une comorbidité addictologique.

Les autres raisons citées par les répondants sont principalement le manque de temps et les problématiques institutionnelles. Ces réponses sont citées de manière minoritaire, nous ne pouvons donc pas conclure. Il s'agit de manière décroissante (cf. tableau 52, [question 74]) :

- Par manque de temps et de disponibilité pour 11 répondants ;
- Pour des difficultés de coordination, d'organisation et de communication entre les équipes d'addictologie et de psychiatrie pour 3 répondants ;
- En lien avec des problématiques institutionnelles et de préjugés entre la psychiatrie et l'addictologie pour 3 répondants ;
- Par manque d'intérêt de la part des addictologues pour 3 répondants ;
- Pour des questions de budget pour 1 répondant ;
- Par manque d'addictologue pour 1 répondant.

Raisons évoquées par les répondants de la non faisabilité d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries			
	OUI	NON	(% OUI)
Par manque d'addictologues	114	87	56.7
Je ne sais Pas	21	180	10.4
Autre(s) raisons	17	184	8.5
Les soins du trouble schizophrénique devraient permettre de diminuer la consommation du cannabis	8	193	4.0
Les soins du trouble schizophrénique priment sur la prise en charge de la comorbidité addictive	5	196	2.5
Cela risquerait d'interférer avec la prise en charge du patient	4	197	2.0

Tableau 51 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Raisons évoquées par les répondants de la difficulté de la mise en œuvre d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries (en CMP ou en unité d'hospitalisation) [question 73]

Autres raisons évoquées par les répondants de la non faisabilité d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries		
	Freq.	(%)
Par manque de temps, de disponibilité (des équipes d'addictologie et/ou de psychiatrie)	11	50.0
Difficultés de coordination, d'organisation, de communication entre la psychiatrie et l'addictologie	3	13.6
Problèmes institutionnels et de préjugés entres les équipes d'addictologies et de psychiatries	3	13.6
Pas d'interêt pour les équipes d'addictologies d'exercer en psychiatrie	3	13.6
Pour des questions financières (de co-budget et de création de postes)	1	4.6
Par manque d'addictologues	1	4.6
Total	22	100.0

Tableau 52 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Autres raisons évoquées par les répondants de la difficulté de la mise en œuvre d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries (en CMP ou en unité d'hospitalisation) [question 74]

II.2.5.b Formation des psychiatres [questions 77-78-79-80-90] et des équipes soignantes [questions 81-82-83-84-85-86-87-88] à la PEC de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, et appréciation de la qualité de leur formation [questions 75-76-89-90].

b.1 Formation des équipes à la PEC de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis [questions 81-82-83-84-85-86-87-88-89]

Concernant la formation des équipes à la PEC de la comorbidité cannabis-schizophrénie, aucune majorité de ressort clairement. Toutefois on peut les décrire comme suit, de manière décroissante :

- **52,8%** de répondants ont dans leur équipe des **soignants formés à la psychoéducation des patients souffrant de schizophrénie** et 35,3% disent en être dépourvu. (cf. tableau 53, [question 83]). Il existe une différence entre les réponses positives et négatives, avec une majorité d'équipes **formées à la psychoéducation des patients souffrant de schizophrénie**.
 - ➔ 106 répondants (52,7%) ont au moins 1 soignant dans leur équipe formé à la psychoéducation des patients souffrant de schizophrénie. (cf. tableau 54, [question 84]).
 - 62 répondants ont un seul soignant formé dans leur équipe ;
 - 15 répondants ont deux soignants formés dans leur équipe ;
 - 11 répondants ont trois soignants formés dans leur équipe ;
 - 8 répondants ont quatre ou cinq soignants formés dans leur équipe ;
 - 10 répondants ont plus de cinq soignants formés dans leur équipe.
- **43,8%** de répondants ont dans leur équipe des **soignants formés à la pratique des thérapies cognitive, comportementale et émotionnelle (TCCE)** et 43,3% disent en être dépourvu. (cf. tableau 53, [question 87]). Il ne se dégage pas de différence quant à la présence d'équipes formées à la pratique des TCCE, nous ne pouvons pas conclure.
 - ➔ 88 répondants (43,7%) ont au moins 1 soignant dans leur équipe formé à la pratique des TCCE. (cf. tableau 54, [question 88]).
 - 55 répondants ont un seul soignant formé dans leur équipe ;
 - 14 répondants ont deux soignants formés dans leur équipe ;
 - 9 répondants ont trois soignants formés dans leur équipe ;
 - 7 répondants ont quatre ou cinq soignants formés dans leur équipe ;
 - 3 répondants ont plus de cinq soignants formés dans leur équipe.
- **38,8%** de répondants ont dans leur équipe des **soignants formés à la pratique de l'entretien motivationnel (EM)** et 37,3% disent en être dépourvu. (cf. tableau 53, [question 85]). Il ne se dégage pas de différence quant à la présence d'équipes formées à la pratique de l'EM, nous ne pouvons pas conclure.
 - ➔ 78 répondants (38,8%) ont au moins 1 soignant dans leur équipe formé à la pratique de l'entretien motivationnel. (cf. tableau 54, [question 86]).

- 43 répondants ont un seul soignant formé dans leur équipe ;
 - 14 répondants ont deux soignants formés dans leur équipe ;
 - 10 répondants ont trois soignants formés dans leur équipe ;
 - 6 répondants ont quatre ou cinq soignants formés dans leur équipe ;
 - 5 répondants ont plus de cinq soignants formés dans leur équipe.
- **33,8%** des répondants ont dans leur équipe des **soignants formés à la prise en charge des comorbidités addictives chez les patients souffrant de pathologie mentale** et 49,8% disent en être dépourvu. (cf. tableau 53, [question 81]). Il existe une différence entre les réponses positives et négatives, avec une majorité d'équipes **dépourvues de formation à la prise en charge des comorbidités addictives chez les patients souffrant de pathologie mentale**.
- ➔ 68 répondants (33,8%) ont au moins 1 soignant dans leur équipe formé à la prise en charge des comorbidités addictives chez les patients souffrant de pathologie mentale. (cf. tableau 54, [question 82]).
- 40 répondants ont un seul soignant formé dans leur équipe ;
 - 12 répondants ont deux soignants formés dans leur équipe ;
 - 7 répondants ont trois soignants formés dans leur équipe ;
 - 7 répondants ont quatre ou cinq soignants formés dans leur équipe ;
 - 2 répondants ont plus de cinq soignants formés dans leur équipe.

Formation des équipes soignantes				
	à la PEC des comorbidités addictives		à la psychoéducation des patients schiz.	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Oui	68	33.8	106	52.8
Non	101	50.3	71	35.3
Je ne sais pas	32	15.9	24	11.9
Total	201	100.0	201	100.0
	à la pratique de l'entretien motivationnel		à la pratique des TCCE	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
ND	1	0.5	2	1.0
Oui	78	38.8	88	43.8
Non	75	37.3	87	43.3
Je ne sais pas	47	23.4	24	11.9
Total	201	100.0	201	100.0

Tableau 53 : Chez les patients souffrants de pathologie mentale : Formation des équipes soignantes exerçant avec les répondants à la PEC des comorbidités addictives, à la psychoéducation des patients souffrants de schizophrénie, à la pratique de l'entretien motivationnel et des TCCE. [questions 81-83-85-87]

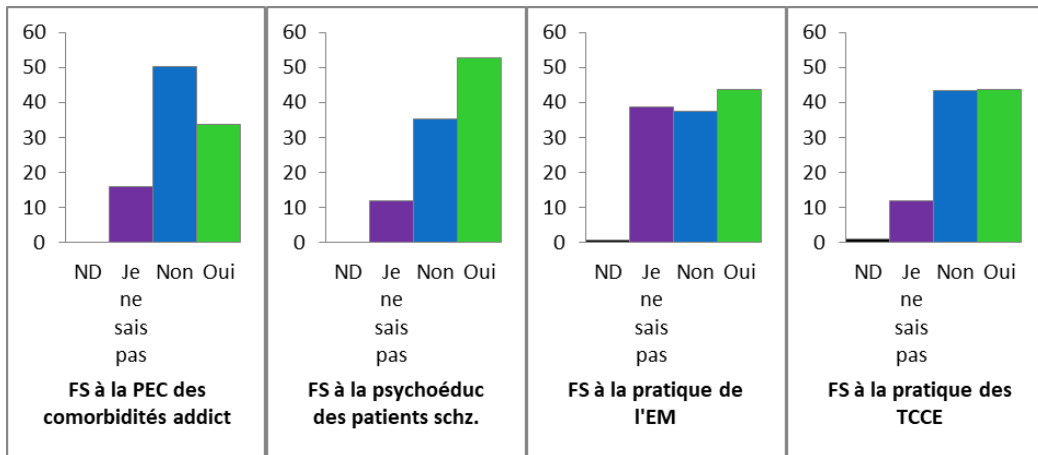


Diagramme 33 : Illustration des données du tableau 53 sur la formation des équipes soignantes (FS) à la PEC des patients souffrants de pathologie mentale (en %). [questions 77-78-79-80]

Nombre de soignants formés dans les équipes soignantes des répondants				
	à la PEC des comorbidités addictives		à la psychoéducation des patients schiz.	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
0	133	66.2	95	47.2
1	40	19.9	62	30.8
2	12	6.0	15	7.5
3	7	3.4	11	5.5
4	4	2.0	5	2.5
5	3	1.5	3	1.5
de 6 à 10	1	0.5	9	4.5
Plus de 10	1	0.5	1	0.5
Total	201	100.0	201	100.0
	à la pratique de l'entretien motivationnel		à la pratique des TCCE	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
0	123	61.2	113	56.2
1	43	21.4	55	27.4
2	14	7.0	14	7.0
3	10	5.0	9	4.4
4	4	2.0	6	3.0
5	2	1.0	1	0.5
de 6 à 10	5	2.4	3	1.5
Plus de 10	0	0	0	0
Total	201	100.0	201	100.0

Tableau 54 : Formation des équipes soignantes exerçant avec les répondants, chez les patients souffrants de pathologie mentale : Effectifs de soignant formés à la PEC des comorbidités addictives, à la psychoéducation des patients souffrants de schizophrénie, à la pratique de l'entretien motivationnel et des TCCE. [questions 82-84-86-88]

Concernant l'appréciation subjective de la qualité de la formation des différents acteurs de la prise en charge par les répondants :

- Pour une grande majorité des répondants (**85,1%**) les **équipes de psychiatrie ne sont pas suffisamment formées aux prises en charge addictologiques** (6,5% pensent le contraire) (cf. tableau 56 [question 75]).
- 48,7% pensent que ces équipes ne sont pas suffisamment **sensibilisées à la question de l'addiction** chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles, et 42,8% pensent le contraire. (cf. tableau 55, [question 89]). Il existe une faible différence entre ces deux résultats, il est difficile de conclure de manière formelle sur cette question car il ne se dégage pas de majorité nette, il peut s'agir de tendances individuelles.
- Pour 48,8% des répondants, **les équipes d'addictologie ne sont pas suffisamment formées aux prises en charge psychiatriques**, 28,8% pensent le contraire. (cf. tableau 57, [question 76]). Il existe une différence entre ces deux résultats mais il est difficile de conclure de manière formelle sur cette question car il ne se dégage pas de majorité nette, il peut s'agir de tendances individuelles.

Les soignants sont suffisamment sensibilisés à l'addictologie, en particulier en cas de co-occurrence Schizophrénie-cannabis		
	Freq.	(%)
ND	1	0.5
Oui	86	42.8
Non	98	48.7
Je ne sais pas	16	8.0
Total	201	100.0

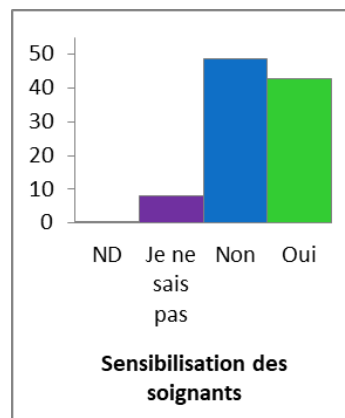


Tableau 55 : Qualité de la formation : Avis des répondants concernant la sensibilisation des soignants à la question de l'addiction : « est-elle suffisante, en particulier dans cette population ? » [question 89]

Diagramme 34 : Illustration des données du tableau 55 sur la sensibilisation des équipes soignantes à la question de l'addiction en particulier chez les patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis (en %). [questions 89]

Formation des équipes de psychiatrie aux PEC addictologiques		
	Freq.	(%)
Oui	13	6.5
Non	171	85.1
Je ne sais pas	17	8.4
Total	201	100.0

Formation des équipes addictologie aux PEC psychiatriques		
	Freq.	(%)
Oui	58	28.8
Non	98	48.8
Je ne sais pas	45	22.4
Total	201	100.0

Tableau 56 : Qualité de la formation : Avis des répondants sur la qualité de la formation des équipes exerçants en psychiatrie concernant les prise en charges addictologiques : « sont-elles suffisamment formées ? » [question 75]

Tableau 57 : Qualité de la formation : Avis des répondants sur la qualité de la formation des équipes exerçants en addictologie concernant les prises en charges psychiatriques : « sont-elles suffisamment formées ? » [question 76]

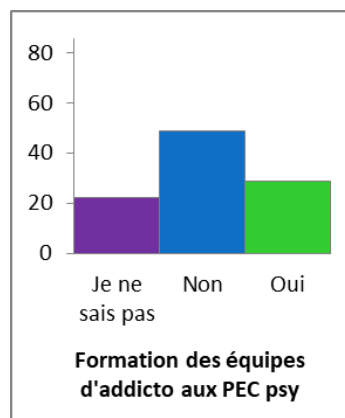
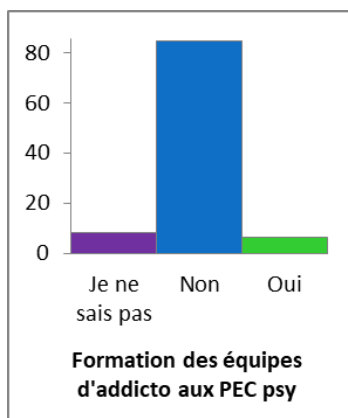


Diagramme 35 : Illustration des données des tableaux 56 et 57 sur la qualité de la formation des équipes exerçants en psychiatrie concernant les prise en charges addictologiques et sur la qualité de la formation des équipes exerçants en addictologie concernant les prises en charges psychiatriques (en %). [questions 75-76]

b.2 Formation des psychiatres à la PEC de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis [questions 77-78-79-80-90]

Une majorité de répondants (51,3%) estime **ne pas être suffisamment formés pour prendre en charge les patients ayant une comorbidité schizophrénie-cannabis**, et 31,3% pensent l'être suffisamment (cf. tableau 58, [question 90]). Il existe une différence nette entre ces deux résultats.

De manière plus détaillée, concernant la formation des psychiatres à la PEC de la comorbidité cannabis-schizophrénie, on note que de manière majoritaire que :

- **70,2%** des répondants estiment **ne pas suffisamment être formés à la prise en charge des comorbidités addictives chez les patients souffrant de pathologie mentale** (64,7% répondent ne pas l'être suffisamment et 5,5% répondent ne pas l'être du tout) (cf. tableau 59, [question 77]).
- **82,6%** des répondants estiment **ne pas suffisamment être formés à la prise en charge de la consommation de cannabis chez les patients souffrant de pathologie mentale** (49,8% répondent ne pas l'être suffisamment et 32,8% répondent ne pas l'être du tout) (cf. tableau 59, [question 78]).
- **74,6%** des répondants estiment **ne pas suffisamment être formés à la pratique de l'entretien motivationnel** (46,3% répondent ne pas l'être suffisamment et 28,3% répondent ne pas l'être du tout). (cf. tableau 59, [question 79]).
- **80,1%** des répondants estiment **ne pas suffisamment être formés à la pratique des thérapies cognitive, comportementale et émotionnelle** (57,7% répondent ne pas l'être du tout et 22,4% répondent ne pas l'être suffisamment). (cf. tableau 59, [question 80]).

Les répondants sont suffisamment formés à la PEC de la comorbidité schizophrénie-cannabis		
	Freq.	(%)
ND	2	1.0
Oui	63	31.3
Non	103	51.3
Je ne sais pas	33	16.4
Total	201	100.0

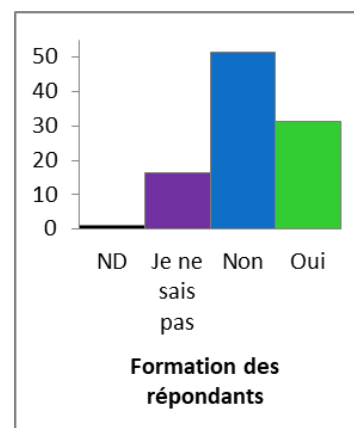


Tableau 58 : Qualité de la formation : Avis des répondants sur la qualité de leur propre formation pour prendre en charge les patients ayant une comorbidité schizophrénie-cannabis : « est-elle suffisante ? » [question 90]

Diagramme 36 : Illustration des données du tableau 58 sur la formation des répondants à la prise en charge des patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis (en %). [questions 90]

Formation des répondants				
	à la PEC des comorbidités addictives		à la PEC de l'usage de cannabis	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Oui	58	28.8	31	15.4
Non	11	5.5	66	32.8
Insuffisamment	130	64.7	100	49.8
Je ne sais pas	2	1.0	4	2.0
Total	201	100.0	201	100.0
	à la pratique de l'EM		à la pratique des TCCE	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Oui	48	23.9	39	19.4
Non	57	28.3	116	57.7
Insuffisamment	93	46.3	45	22.4
Je ne sais pas	3	1.5	1	0.5
Total	201	100.0	201	100.0

Tableau 59 : Chez les patients souffrants de pathologie mentale : Formation des répondants à la PEC des comorbidités addictives, de la consommation de cannabis, à la pratique de l'entretien motivationnel et des TCCE. [questions 77-78-79-80]

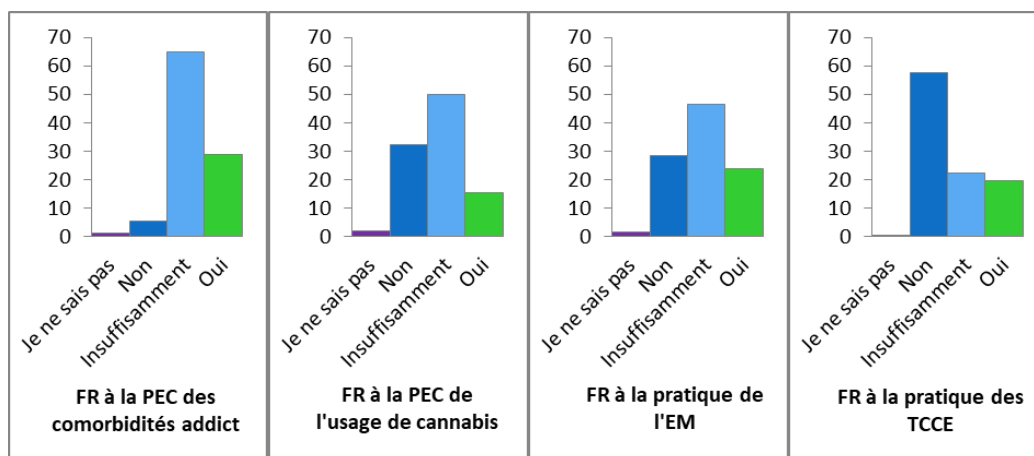


Diagramme 37 : Illustration des données du tableau 59 sur la formation des répondants (FR) à la PEC des patients souffrants de pathologie mentale (en %). [questions 77-78-79-80]

III DISCUSSION

III.1 POPULATION ET ECHANTILLON

Il a été difficile de contacter tous les praticiens, ainsi, nous n'avons pas de certitude quant à la taille exacte de la population de psychiatre du GHT13. Toutefois, nous avons effectué des recherches poussées pour connaître le nombre exact de personnes constituant cette population. De ce fait la taille de la population est probablement très proche de la réalité. Il nous paraissait important de préciser cet élément qui pourrait éventuellement constituer un biais de sélection et changer peut-être la représentativité de l'échantillon de la population. Nous aborderons ce point de manière plus détaillée dans la partie « limites » de la discussion.

III.2 CARACTERISTIQUES DES REpondANTS ET DE LA POPULATION DE PATIENTS CIBLES

III.2.1 Sexe, ancienneté et lieu d'exercice

Dans les caractéristiques des répondants, le fait que le nombre de femmes soit nettement supérieur à celui des hommes (cf. tableau 1) pourrait avoir des conséquences sur les résultats, si la sensibilité de celles-ci à la prise en charge de cette population de patient est différente de celle des hommes. Rien ne laisse penser que la différence de genre pourrait entraîner une différence significative dans la prise en charge de ces patients et donc dans les résultats. Nous n'avons pas exploré cette hypothèse dans cette étude.

L'échantillon est plutôt équilibré s'agissant jeunes praticiens internes et exerçants depuis moins de 5 ans (48,7%) et des praticiens plus expérimentés exerçants depuis plus de 5 ans (51,3%). Toutefois si l'on considère que les jeunes praticiens sont ceux ayant une expérience clinique inférieure à 10 ans (59,7%) et les plus expérimentés supérieure à 10 ans (40,3%), il existe une différence avec une majorité de jeunes praticiens ayant répondu à l'étude, et probablement par extrapolation dans le GHT13 (cf. tableau 1). Il est intéressant de regarder l'ancienneté d'exercice des répondants car elle pourrait influencer sur les résultats de l'étude. En effet, d'une part une population plus expérimenté pourrait, grâce à son expérience clinique, mieux connaître le réseaux de soins et mieux faire face aux difficultés de la prise en charge des patients présentant la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, et donc potentiellement dispenser une prise en charge de meilleure qualité ; d'autre part, une population de praticiens plus jeunes, qui a reçu une formation récente et en accord avec les dernières données de la science pourrait dispenser une prise en charge de meilleure qualité. C'est une hypothèse que nous

avons souhaité explorer, en recoupant les données des résultats en fonction de l'ancienneté d'exercice, ce qui n'a malheureusement pas pu être possible dans ce travail de thèse, mais qui pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire.

Les temps d'exercice en hospitalisation sont variés et plutôt équilibrés (cf. tableau 2).

III.2.2 Consommation de toxiques par les répondants

La majorité des répondants ne consomment pas de tabac, ni de cannabis. Toutefois, la majorité a expérimenté ces consommations (cf. tableau 3). Il nous paraissait important de connaître cet élément pour plusieurs raisons.

Premièrement, cela témoigne de la forte expérimentation du tabac et du cannabis dans la population générale (43,63,92,103,104,116), dont font partis les professionnels de santé, dans notre étude chez les psychiatres du GHT13. Quand bien même le cannabis est une substance illégale, sa consommation est rependue comme nous l'avons vu dans la partie théorique. (43,63,92,103,104,116)

Deuxièmement, cela pourrait constituer un facteur de confusion éventuel. En effet, cela soulève les interrogations suivantes : quelqu'un peut-il avoir suffisamment d'impartialité pour être à la fois juge et partie ? Peut-on prodiguer des soins de qualités, y compris s'agissant de la prévention et de la réduction des risques, lorsque soi-même l'on consomme du tabac ou du cannabis ? Nous avons vu dans la partie théorique que les effets psychiatriques du cannabis sont surtout délétères chez les personnes vulnérables. (5,18–20,22–25) Toutefois, n'existerait-il pas un lien entre la fréquence de ces expérimentations chez les professionnels de santé et la banalisation de ces consommations chez les patients, qui impacterait sur la qualité des soins ? C'est une hypothèse que nous avons souhaité explorer, en recoupant les données des résultats en fonction des consommations de toxiques par les psychiatres du GHT13, ce qui n'a pas pu être possible dans ce travail de thèse, mais qui pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire.

III.2.3 Co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis dans la patientèle des répondants

La grande majorité des répondants, a reçu depuis janvier 2018, des patients consommant du cannabis, pour lesquels avait été suspecté une psychose émergente ou bien dont l'évolution du trouble schizophrénique était récente. Nous pouvons donc formuler l'hypothèse que cette problématique est légitime et importante dans la pratique quotidienne des psychiatres du GHT13, et que tous y sont confrontés dans leur carrière (cf. tableau 4). (1,3,5–10)

L'association schizophrénie débutante et consommation de cannabis est fréquente comme le montrent les données de la littérature (8,9,13,18,20–22), ce constat ressort de notre étude puisqu'elle est estimée être présente chez plus de 50% des patients pour quasiment 1 répondant sur 2, et entre 30 et 50 % pour plus d'un répondant sur 4. Seulement 2,8% des répondants estiment avoir reçu moins de 10% de patients présentant cette comorbidité dans leur patientèle depuis janvier 2018. (cf. tableau 5).

Toutefois, d'après les réponses des psychiatres, près d'un patient sur deux en début d'évolution des troubles schizophréniques ne consommerait pas de cannabis. Au vu de notre expérience, de manière empirique sur le territoire du GHT13, ainsi que des données de la littérature chez les jeunes et chez les populations vulnérables, on peut avoir l'impression d'une sous-évaluation de cette comorbidité usage de cannabis chez les jeunes patients entrant dans la maladie par les psychiatres du GHT13.

Les résultats des modes de consommations de cannabis par les patients des répondants, sont en accord avec les données de la littérature pour la population générale, où le cannabis fumé sous forme de joint reste la modalité principale de consommation. La résine et l'herbe de cannabis étant aujourd'hui les formes les plus utilisées avec une tendance à l'égalité des consommations de ces deux présentations (cf. tableau 6). (41,42,63,65)

La majorité des patients ne rapporterait pas avoir une vigilance particulière aux taux de THC et de CBD contenus dans leur produit consommé (cf. tableau 7). Ce qui pose la question de leur propre connaissance du produit. Nous avons vu dans la partie théorique que peu de campagnes d'information et de prévention étaient réalisées en population générale concernant le cannabis. Et les populations vulnérables sont souvent moins accessibles à ces campagnes qui souvent, ne sont pas ciblées sur une population en particulier. Il est possible que les connaissances des patients soient basiques voire faites d'idées reçues, erronées. (42,90,120) Le THC étant la molécule la plus impliquée dans les effets délétères du cannabis favorisant les décompensations psychotiques (18–20,22,23), il serait essentiel d'informer voire d'éduquer cette population. D'autant que si cela ne vient pas des campagnes de prévention, cette information peut être dispensée de manière individuelle ou groupale par le biais de séances de psychoéducation. Toutefois, cela implique que les sujets soient déjà inscrits dans un parcours de soins psychiatrique ou addictologique. De plus, notre étude montre que plus de la moitié des répondants ont estimé ne pas connaître suffisamment les actions pharmacologiques des principaux principes actifs du cannabis, à savoir le THC et le CBD (cf. tableau 8). Cet élément, soulève la question de la formation des psychiatres à l'addictologie et aux problématiques de santé publiques. Plus particulièrement dans cette étude et pour cette question, nous pouvons nous interroger sur la qualité de l'information de prévention et de la réduction des risques dispensée aux patients par les psychiatres du GHT13 sur la « qualité » de leur consommation de cannabis, ainsi que sur la faisabilité de la réalisation de celle-ci en pratique courante.

Les résultats ne sont pas formels s'agissant du souhait des patients de consommer du cannabis thérapeutique (cf. tableau 7). Nous ne pouvons pas conclure le taux de patients, dans la patientèle des psychiatres du GHT13 souhaitant consommer du cannabis thérapeutique. Ces résultats permettent toutefois de formuler des questionnements : les résultats sont-ils liés à la qualité de la relation thérapeutique et au fait que les psychiatres abordent ou non ce sujet avec leurs patients ? Y-a-t-il un souhait de consommer ce type de cannabis par les patients, par une recherche « d'effets thérapeutiques » de leur consommation ? Les résultats discutés ci-dessous, relatifs à la question 44 du questionnaire (cf. tableau 9) donnent des éléments de réponses à cette question. Toutefois, il serait intéressant d'établir un questionnaire adressé aux patients sur le cannabis thérapeutique, afin

notamment de répondre à ces questions, de connaître leur connaissance sur le cannabis dit thérapeutique et leur souhait de consommation de celui-ci.

En effet, les résultats du tableau 9 montrent que les psychiatres pensent que les patients recherchent à enrayer certains symptômes handicapant de la schizophrénie grâce à leur consommation de cannabis. Quasiment tous les répondants relèvent que leurs patients recherchent des effets anxiolytiques (cf. tableau 9). On peut formuler l'hypothèse que les patients cherchent principalement à apaiser leur angoisse psychotique. Symptôme sur lequel les traitements antipsychotiques sont censés agir avec plus ou moins d'efficacité. Cet élément questionne sur la qualité de l'anxiolyse fournie par les traitements dont nous disposons pour traiter la psychose. Une majorité de répondants relève que leurs patients recherchent des effets hypnotique, d'euphorie/de bien être, et un moyen de socialisation (processus au cours duquel un individu apprend à vivre en société) et/ou sociabilisation (processus qui fait entrer ou qui maintient une personne dans la société) (cf. tableau 9). Ces résultats, semblent évoquer que d'une part certains symptômes comme l'anxiété et les troubles du sommeil ne sont pas suffisamment ou correctement traités par les thérapeutiques usuelles ou utilisées dans cette population ; d'autre part que le travail sur les habilités sociales a tout son intérêt dans la prise en charge de la schizophrénie à un stade précoce de son évolution, pour prendre en charge les difficultés de socialisation et de sociabilisation dont souffrent les patients. (4,5,5,9,12–14) La recherche en neuropharmacologie tient une place importante dans l'amélioration de la prise en charge de ces patients, en élaborant de nouvelles thérapeutiques plus efficaces sur l'angoisse psychotique, ce qui pourrait favoriser une diminution de la consommation de cannabis à visée « d'automédication ».

La banalisation de la consommation de cannabis chez les patients souffrant de schizophrénie concernerait tous les acteurs des soins d'après les répondants (les patients, les proches, les soignants, les psychiatres) (cf. tableau 10). Les répondants estiment de manière quasi unanime, que la consommation de cannabis est banalisée par les patients. Un peu moins d'un répondant sur 2 pense que la consommation de cannabis par les patients est banalisée par les proches et les soignants. Environ 1 répondant sur 3 pense que la consommation de cannabis est banalisée par les psychiatres.

On peut se questionner sur les raisons de cette banalisation :

- Est-elle liée à la prévalence de la consommation de cannabis dans la population française et mondiale ? Sous-entendu à un effet culturel de cette consommation ?
- Est-elle liée à la recherche d'effets bénéfiques sur la symptomatologie schizophrénique et la réponse incomplète des thérapeutiques médicamenteuses (sur l'anxiolyse, la qualité du sommeil) et de manière plus globale sur la prise en charge de la schizophrénie ? Sous-entendu qu'elle viendrait compléter la prise en charge actuelle ?
- Est-elle liée au manque d'information et de prévention chez cette population s'agissant des effets de la consommation de cannabis sur la symptomatologie, l'évolution du trouble et les soins ?
- Est-elle liée à un défaut dans la formation des professionnels de santé ?

Notre étude ne permet pas de répondre à ces questions qui pourraient constituer l'objet d'un travail à part entière. Cette notion de banalisation est importante car elle est d'ordre sociétal et impacte vraisemblablement la qualité de la prise en charge des patients souffrants de comorbidités schizophrénie – usage de cannabis, ainsi que l'évolution du trouble schizophrénique.

Les effets de la consommation du cannabis peuvent être expliqués par la localisation des récepteurs CB1 et CB2 du système endocannabinoïde dans l'organisme et par les effets engendrés par l'activation de ces récepteurs. Les cannabinoïdes endogènes et exogènes (THC, CBD) se lient aux mêmes récepteurs cannabinoïdes mais avec des affinités et des efficacités variables, agissant ainsi de manière quasi-similaire sur l'organisme. (43,45,65,76–78) Le THC en se liant aux récepteurs CB1, est à l'origine de la plupart des effets physiques et psychotropes du cannabis, dont l'apparition plus précoce d'un trouble psychotique. (5,18–20,22–25,91,175) Il existe une relation dose-réponse entre le niveau d'usage de cannabis et le risque de survenue de psychose : plus la consommation est élevée plus le risque de survenue de trouble schizophrénique est important. (176,180) Ceci est en lien avec l'exposition à des taux élevés de THC, la France faisant partie des pays européens ayant une teneur en THC la plus élevée (que ce soit dans l'herbe ou dans la résine). (63) Le THC posséderait également des vertus anti-inflammatoires et anti-métastatiques. (45,76) Le CBD n'a pas d'effet psychoactif. Il semble agir comme un antioxydant et avoir des effets anti-inflammatoires, analgésiques, antiémétiques, antipsychotiques, anti-ischémiques, anxiolytiques et antiépileptiques. Il atténuerait les effets secondaires liés au THC (certains des effets d'affaiblissement des capacités cognitives du THC et surtout les effets affectant la mémoire spatiale). Il aurait des effets neuroprotecteurs. (45,81,82) Ce sont les raisons pour lesquelles le cannabis dit « thérapeutique » comporterait de plus faibles taux de THC et des taux plus élevés de CBD, et pourquoi la recherche s'intéresse à ces substances. En effet, les cannabinoïdes dit « non-psychotropiques » (tels que le CBD et le THCV) semblent avoir des propriétés bénéfiques. Les résultats issus de ces études précliniques laissent entrevoir de potentielles indications thérapeutiques telles que la psychose, l'épilepsie, l'anxiété, les troubles du sommeil, les maladies neurodégénératives, l'ischémie cérébrale et myocardique, l'inflammation, la douleur et les réactions immunitaires, les vomissements, l'appétit, le diabète de type 1, les maladies hépatiques, l'ostéogénèse et le cancer. Toutefois, il existe peu d'études cliniques rigoureuses et bien menées sur ces substances. (45,83–85) De telles études permettraient probablement d'améliorer la prise en charge des patients souffrants de schizophrénie particulièrement lors d'une co-occurrence avec l'usage de cannabis. En effet, ces patients sont victimes d'apragmatisme, de sédentarité et d'une mauvaise hygiène alimentaire liés à leur trouble mental ; de plus la consommation de cannabis est responsable d'un syndrome amotivationnel. Ces éléments rendent difficile leur prise en charge, la pratique d'une activité physique et avec l'adjonction des effets secondaires des traitements antipsychotiques, ils favorisent le développement de comorbidités somatiques. De nouvelles thérapies visant notamment à améliorer la motivation dans cette population pourrait être d'une aide considérable pour l'amélioration du pronostic, l'adhésion au traitement, voire la réduction de la consommation de cannabis. (43,45,65,76–78)

En conclusion, l'amélioration des connaissances (par la formation initiale jusqu'à la formation continue) des praticiens du GHT13, sur le système endocannabinoïde, les phytocannabinoïdes et les effets du cannabis, pourraient permettre une meilleure prise en charge des patients présentant la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, notamment au niveau de l'information et de la

psychoéducation qui leur sont prodiguées. De plus, cela contribuerait probablement à une moindre banalisation de la consommation de cannabis. (43,45,46,65,67–69,71,76–78,81,82,86,87)

III.3 RECHERCHE ET EVALUATION DE L'USAGE DE TABAC ET DE CANNABIS

Quel que soit le lieu d'exercice, la grande majorité des répondants **recherche l'existence de consommations de toxiques et évalue ces consommations** (cf. tableau 11 et 12). En revanche la **recherche de toxique urinaire, est globalement peu ou pas réalisée par la majorité des répondants** (cf. tableau 13). Au vu de la prévalence significative de patients souffrant de schizophrénie (1,3,5–10) et de comorbidités addictives, (8,9,13,18,20–22), ainsi que les effets délétères sur l'individu, (18–20,22–25,42,43,45,76,90–102,131) la recherche et l'évaluation de l'usage de toxiques est élémentaire en pratique clinique. Le dépistage de l'usage de toxiques est recommandé par la HAS (150). La recherche de toxiques urinaires est un outil utile à la fois dans l'évaluation des consommations mais aussi dans leur prise en charge. En effet, elle peut constituer un élément motivationnel, contractualisé avec le patient, qui lui permettra de renforcer positivement ses efforts vers le maintien de l'abstinence. De ce point de vue, il est dommage que la recherche de toxiques urinaires soit peu réalisée en pratique, et interroge sur les raisons de la non utilisation de cet outil par les psychiatres du GHT13.

Concernant plus spécifiquement le tabac et le cannabis, la recherche et la quantification de leur usage chez les patients souffrant de schizophrénie en début d'évolution des troubles, sont réalisées par la grande majorité des répondants. On remarque que la recherche et la quantification de l'usage de cannabis sont réalisées de manière plus systématique que pour la consommation de tabac (cf. tableau 14 et 15). Cette différence questionne, dans la mesure où il existe plus de campagnes de prévention et d'outils thérapeutiques concernant l'usage de tabac que l'usage de cannabis. (42,90,120,150) L'évaluation des consommations de tabac et de cannabis sont par la majorité des répondants, réalisées par le biais de l'anamnèse (par une évaluation globale de la consommation actuelle de la quantité de cigarettes consommées par unité de temps et/ou par l'évaluation de l'ancienneté de la consommation) (cf. tableaux 16 et 17). Une minorité de répondants utilise des échelles ou questionnaires standardisés, notamment les questionnaires standardisés les plus courants : le **test de Fagerström et le questionnaire CAST, qui ne sont en grande majorité jamais utilisés** par les répondants. Leurs scores n'est lui aussi en grande majorité jamais noté dans le dossier patient. En comparaison, le test de Fagerström est plus utilisé par les répondants que questionnaire CAST, et les scores du test de Fagerström sont plus souvent notés dans le dossier patient que ceux du questionnaire CAST (cf. tableaux 16, 17, 20 et 21). Il n'existe pas de raisons majoritairement évoquées par les répondants concernant les raisons de la non-utilisation de ces échelles. On ne peut toutefois s'empêcher de noter que la non utilisation du Test de Fagerström pourrait s'expliquer par un **manque de temps** dans l'exercice de la profession ; et celle de la non utilisation du questionnaire CAST par la

méconnaissance de celui-ci (cf. tableau 22 et 24). Ainsi, il semble important de contribuer à faire mieux connaître ce questionnaire aux professionnels. D'autant plus que son utilisation est recommandée par la HAS (150), qu'il s'agit d'un questionnaire rapide et qui peut se montrer utile en pratique clinique. On ne peut toutefois pas raisonnablement conclure sur cette question, qui pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire. Mais ceci soulève des questions sur d'une part sur les conditions d'exercice des psychiatres et d'autre part sur la qualité de leur formation à l'addictologie.

Pour la quasi-totalité des répondants, la recherche de l'usage de cannabis et son évaluation, devraient faire partie de l'interrogatoire systématique du patient, ce qui est conforme aux recommandations de bonnes pratiques (150) (cf. tableau 26). La majorité des répondants estime que le psychiatre traitant, les soignants, l'addictologue et le médecin généraliste traitant devraient tous réaliser une recherche et une évaluation de l'usage de cannabis, conformément aux recommandations (10,76,90,150,186). La quasi-totalité des répondants pensent que cette tâche incombe au psychiatre par rapport aux autres professionnels. Ensuite viennent les soignants et l'addictologue les dont les taux de réponses sont du même ordre de grandeur. Et enfin au médecin généraliste traitant. (cf. tableau 26).

Ces résultats concernant la recherche et l'évaluation de l'usage de tabac et de cannabis sont fondamentaux. Le cannabis peut entraîner l'apparition de troubles psychotiques aigus toxiques, mais peut également favoriser la survenue d'une schizophrénie chez les personnes vulnérables et aggraver des troubles schizophréniques existants. Les décompensations sont plus brutales, les rechutes plus nombreuses, les symptômes plus intenses, l'efficacité thérapeutique est diminuée et l'évolution du trouble plus défavorable. (5,18–20,22–25,91,175) En conclusion, ces résultats témoignent d'une bonne qualité de sensibilisation des psychiatres du GHT13 à la question de l'usage de cannabis chez les patients souffrant de schizophrénie, ainsi que de l'importance du repérage de cet usage à différents temps du parcours du patient. Ceci témoigne aussi de la responsabilité du psychiatre traitant dans la prise en charge de cette comorbidité. (10,76,90,150,186)

III.4 PREVENTION ET INFORMATION

La majorité des répondants réalise une information de prévention et de **psychoéducation** sur les risques de la consommation de tabac et de cannabis, les bénéfices de la diminution ou de l'arrêt, et les méthodes de sevrage (cf. tableau 28, 29, 32 et 33). Ces résultats sont en accord avec les recommandations, les mesures d'information et de psychoéducation faisant partie intégrante de la prise en charge du patient, tant pour celle de sa pathologie que celle de son addiction. (10,42,90,120,150)

On remarque que chez les patients souffrant de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, cette information est **plus souvent prodiguée pour l'usage de cannabis** que pour l'usage de tabac par les psychiatres du GHT13. Même si le tabagisme a des effets extrêmement délétères sur la santé du sujet, celui-ci a moins d'impacts psychiatriques sur l'évolution de la schizophrénie que la consommation de cannabis, notamment sur le risque de mauvaise observance thérapeutique et de

rechute. Ceci pourrait expliquer la différence observée, en formulant l'hypothèse que ce serait la raison pour laquelle les psychiatres du GHT13 concentrent leurs efforts autour de l'usage de cannabis. D'autant plus que la consommation de tabac est plus élevée chez les patients souffrants de schizophrénie qu'en population générale, et que l'adhésion de l'arrêt de ces deux consommations par les patients pourrait être perçue comme trop difficile, ceux-ci pourraient plus facilement acquérir une motivation suffisante à l'arrêt de l'une d'entre elle, le cannabis, en poursuivant leur consommation de tabac. Ces hypothèses pourraient être explorées dans un travail complémentaire. De plus, ces résultats ne sont pas en accord avec les stratégies de prise en charge en addictologie actuelles qui proposent l'arrêt simultané de toutes les consommations dans le même temps.

Pour le tabagisme comme pour l'usage de cannabis, **la grande majorité des répondants ne propose jamais une brochure/dépliant**, ni la **consultation d'un site internet ou d'une application** (cf. tableau 28 et 29). Ces outils de prévention et d'information qu'ils soient sous format papier ou numérique, sont recommandés par la HAS. (150) **Ils sont rarement utilisés par les psychiatres du GHT13**. Cette constatation questionne les moyens mis en œuvre pour la prévention de ces consommations, sur la disponibilité de ces outils, leur connaissance et l'appréciation de leur utilité par les psychiatres et les patients. D'autant plus concernant le tabagisme, pour lequel il existe de grandes campagnes de prévention et de moyens qui ont été déployés par les pouvoirs publics et associations. Plus largement, cela interroge sur la qualité de la prise en charge des patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis. Il serait intéressant de sonder les praticiens et/ou les institutions, à la recherche des moyens concrets d'information et de prévention dont ils disposent, comment les utilisent-ils et quels seraient les outils dont ils auraient besoin ou qu'ils souhaiteraient acquérir et mettre en œuvre auprès des patients.

Une piste intéressante serait de nommer un soignant référent d'addictologie qui installerait des dépliants et des notices d'information dans toutes les unités et veillerait au renouvellement et au maintien de celles-ci dans le temps. De plus, celui-ci pourrait avoir un rôle de sensibilisation du reste de son équipe et pourrait avoir d'autres rôles plus spécifiques tels que faire des entretiens de psychoéducation avec les patients, favoriser les liens et la communication avec l'addictologie ou encore avec des programmes d'éducation thérapeutique.

La psychoéducation ne se résume pas seulement à une délivrance d'information mais correspond à des critères bien définis comme décrit dans la partie théorique ; elle est synonyme d'éducation thérapeutique. Ainsi il serait intéressant de savoir comment cette « psychoéducation du patient » est réalisée par les répondants (entretien dédiés, programmés, moyens et outils utilisés, etc), et inversement qu'elle type de psychoéducation ont reçu les patients.

III.5 PRISE EN CHARGE

III.5.1 Prise en charge des consommations de tabac et de cannabis chez les patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis

Concernant la prise en charge pharmacologique de la schizophrénie lorsque la co-occurrence avec l'usage de cannabis existe, **la grande majorité des répondants disent utiliser un AP de 2^{ème} génération en monothérapie** et donc **préférer la prescription d'un AP de 2^{ème} génération** plutôt qu'un de 1^{ère} génération. Pour la galénique, **la voie intramusculaire à libération prolongée** est préférée à et la voie orale (cf. tableau 30). Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature. Le traitement médicamenteux repose sur la mise en place d'un traitement antipsychotique de 2^{ème} génération, en monothérapie, à la dose minimale efficace. Ce doit être la règle. Plusieurs molécules sont disponibles en France et le choix du traitement repose essentiellement sur le profil clinique, la tolérance, l'existence de comorbidités somatiques et les résultats du bilan initial. Le but est de trouver rapidement la molécule la mieux adaptée à chaque patient, des différences d'efficacité et d'effets secondaires variant d'un patient à l'autre. Les objectifs du traitement médicamenteux sont : d'éliminer ou de réduire les symptômes, de préserver les capacités cognitives et d'adaptation du sujet pour contribuer à son autonomie, la qualité de vie, la prise de conscience des troubles et l'acceptation de son traitement, d'obtenir la meilleure observance thérapeutique possible, de prévenir la consommation de toxiques et de rechutes. (5,10,13,15,38)

Les thérapies médicamenteuses à elles seules sont insuffisantes dans la prise en charge de la schizophrénie. En effet, elle comprend 3 axes : médicamenteux, psychothérapeutique et sociothérapeutique. Elle est personnalisée, adaptée à la singularité de chaque patient et requiert autant que faire se peut son consentement. La complexité et la durée des soins imposent une prise en charge pluridisciplinaire, menée par des équipes formées, utilisant des traitements individuels, groupaux et institutionnels, successifs ou simultanés. Ce dispositif concerne différents acteurs travaillant en réseau de soins, ce qui pose des problèmes de liens, de cohérence, de temporalité, de coordination et de confiance réciproque. Ces problèmes doivent être gérés et résolus au mieux afin d'optimiser les résultats thérapeutiques. Les professionnels sont les psychiatres, les médecins généralistes, les addictologues, autres médecins spécialistes, les travailleurs sociaux, les IDE, les psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, les associations, etc. L'alliance thérapeutique entre le patient, son entourage et l'équipe soignante est fondamentale. La prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie est généralement coordonnée par un soignant référent qui est souvent le psychiatre traitant du patient. Elle est rendue difficile du fait de l'anosognosie qui amène à des problématiques motivationnelles, et du fait de l'existence de troubles cognitifs qui vont nécessiter certaines adaptations dans la mise en œuvre des psychothérapies. (5,10,13,15,38) La prise en charge somatique des patients souffrants de schizophrénie est fondamentale dans le suivi au long cours compte tenu des nombreuses comorbidités somatiques qu'ils présentent, d'autant plus lorsqu'il existe des comorbidités

addictives. Pour ce faire, il est important d'établir des collaborations étroites avec la médecine générale. (38) D'après l'HAS, le repérage de la présence de comorbidités addictives doit faire partie du bilan initial de la schizophrénie. (10) L'idéal pour les patients comorbides serait la prescription d'un traitement ayant une efficacité sur les deux troubles donc sur la pathologie duelle. Cependant, il n'existe pas de médicaments dont l'efficacité soit démontrée à la fois sur le trouble mental grave et sur le trouble addictif. Plusieurs études ont mis en évidence des résultats suggérant que la CLOZAPINE (LEPONEX®) réduirait la consommation de substances psychoactives chez les patients psychotiques traités. Elle aurait une efficacité supérieure aux autres antipsychotiques dans le traitement de cette pathologie duelle. (90,155,189–191) Pour cette comorbidité, la CLOZAPINE serait notamment supérieure à la RISPERIDONE (RISPERDAL®) (155,192) qui lui serait d'efficacité égale à l'OLANZAPINE (ZYPREXA®). (193,194) D'autres essais cliniques contrôlés sont toutefois nécessaires pour établir la preuve l'efficacité et la supériorité de la CLOZAPINE. L'instauration d'autres traitements peut être nécessaire pour contrer les effets de dépendances liés aux consommations et à des effets secondaires de la schizophrénie telle que l'instauration d'un traitement antidépresseur. (90)

Alors que les données de la littérature, montrent que la prise en charge du tabagisme est bien définie et structurée depuis de nombreuses années, notamment par les recommandations de la HAS (la dernière mise à jour datant de 2014), (150) dans notre étude **les psychiatres du GHT13 semblent peu proposer une prise en charge pour le tabagisme chez les patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis** (cf. tableau 31). Ceci soulève un questionnement, pourquoi ne pas proposer de prise en charge alors que comme on l'a vu plus haut, les psychiatres du GHT13 recherchent la présence de toxiques, dont le tabagisme ? Quelles sont les raisons pour lesquelles le tabagisme n'est que peu pris en charge par les psychiatres du GHT13 chez les patients présentant cette comorbidité ? Ont-ils plus tendance à orienter le patient pour cette prise en charge ? Nous avons souhaité recouper les données des résultats afin de répondre à cette question, malheureusement nous n'avons pas pu réaliser de telles analyses statistiques dans ce travail de thèse, mais cela pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire.

Contrairement au tabagisme, **la majorité des répondants propose une prise en charge pour la consommation de cannabis** (cf. tableau 31).

Ces résultats rejoignent l'hypothèse formulée sur la prévention selon laquelle les psychiatres du GHT13 concentreraient leurs efforts sur la prise en charge de l'usage de cannabis plutôt que celle du tabac, car celui-ci a moins d'impacts psychiatriques sur l'évolution de la schizophrénie que la consommation de cannabis. (5,18–20,22–25,91,175)

La majorité des psychiatres du GHT13 a recours à la prescription de **TSN** pour la prise en charge du **tabagisme** chez les patients souffrant de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis (cf. tableau 32). Il est le seul résultat réalisé de manière majoritaire par les répondants et il est plus fréquemment proposé que la réalisation d'une prise en charge par de la prévention (cf. tableau 32). Il serait intéressant de croiser ces données avec la délivrance de TNS par les pharmacies du GHT13.

Nous ne pouvons pas conclure sur les autres propositions de prise en charge qui sont réalisées de manière minoritaire par les répondants. Toutefois, comme décrit dans la partie résultats, de manière décroissante en fonction du taux de répondants pratiquants ces modes de prise en charge :

- Les psychiatres du GHT13 recommandent autant **l'activité physique** dans la prise en charge du tabagisme que ce qu'ils réalisent **d'information et de prévention**. Ce sont des moyens qui sont recommandés de manière générale dans la prise en charge des addictions et plus particulièrement du tabagisme. (150) Avec les nombreuses campagnes de prévention menées pour la réduction du tabagisme, il reste étonnant que la psychoéducation semble peu pratiquée par les psychiatres du GHT13, ou du moins qu'elle ne le soit pas de manière significative dans notre étude.
- La proposition **d'activité physique** et celle de **l'EM** soient du même ordre de grandeur.
- Les propositions **d'EM** et la **psychothérapie de soutien/guidance** sont du même ordre de grandeur.
- Les propositions **d'entretiens dédiés** à la question de la consommation de tabac et d'une **psychothérapie** spécifique sont du même ordre de grandeur. Avec les nombreuses campagnes de prévention menées pour la réduction du tabagisme, le fait que celui-ci représente un problème majeur de santé publique et qu'il soit la première cause de décès évitable en France, il est étonnant que les entretiens dédiés à la question du tabac semblent peu pratiqués par les psychiatres du GHT13, ou du moins qu'ils ne soient pas réalisés de manière significative dans notre étude.
- Il n'y a pas de différence entre les propositions de la **cigarette électronique**, de séances de **sophrologie et/ou relaxation**, de psychothérapie de type **TCCE** et de la pratique de la **méditation** de pleine conscience.
- Il n'y a pas de différence entre les propositions de séances **d'hypnose**, de psychothérapie de type **systémique**, **d'acupuncture**, de psychothérapie de type **analytique** et de traitements par **varénicline** et **bupropion**. Ces moyens ne seraient quasiment pas réalisés par les psychiatres du GHT13 dans la prise en charge du tabagisme.

La majorité des psychiatres du GHT13 réalise une prise en charge par de la **psychoéducation de l'information de prévention** pour la prise en charge de l'usage de **cannabis** chez les patients souffrant de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis (cf. tableau 33). La psychoéducation ne se résume pas seulement à une délivrance d'information mais correspond à des critères bien définis comme décrit dans la partie théorique ; elle est synonyme d'éducation thérapeutique. Ainsi il serait intéressant de savoir comment cette « psychoéducation du patient » est réalisée par les répondants (entretien dédiés, programmés, moyens et outils utilisés, etc), et inversement qu'elle type de psychoéducation ont reçu les patients.

Nous ne pouvons pas conclure sur les autres propositions de prise en charge qui sont réalisées de manière minoritaire par les répondants. Toutefois, comme décrit dans la partie résultats, de manière décroissante en fonction du taux de répondants pratiquants ces modes de prise en charge :

- A égalité et venant juste après la prévention, sont proposés : les **entretiens dédiés** à la question de l'usage de cannabis et la psychothérapie de **soutien/guidance**.

- **L'EM** viendrait ensuite.
- A égalité sont proposés : la prescription **d'activité physique** et **psychothérapie** spécifique pour l'usage de cannabis. La prescription de **TNS** du même ordre de grandeur que ceux-ci.
- La prescription de **benzodiazépines**, la réalisation de séances de **sophrologie et/ou relaxation**, et d'une psychothérapie de type **TCCE** sont du même ordre de grandeur.
- Il n'y a pas de différence entre les propositions de la **cigarette électronique** et de la pratique de la **méditation** de pleine conscience.
- Il n'y a pas de différence entre les dernières propositions de PEC : une psychothérapie de type **analytique** ou de type **systémique**, la prescription de **varénicline** ou de **bupropion**, la pratique **d'acupuncture** ou de séances **d'hypnose**. Ces moyens ne seraient quasiment pas réalisés par les psychiatres du GHT13 dans la prise en charge de l'usage de cannabis.
- 2 répondants ont cité d'autres modes de prise en charges pour le cannabis que ceux proposés. Ils ont tous deux dit utiliser des antipsychotiques à faibles doses ; dont un ayant précisé les prescrire en « si besoin ». Ce dernier a aussi répondu utiliser d'autres classes pharmacologiques en « si besoin » et « à faibles doses » : les antihistaminiques (ATARAX®) ou des antiépileptiques (Topiramate, Gabapentine). Nous aurions pu ajouter ces moyens dans la liste de ceux proposés, car ils sont pertinents pour lutter contre les effets du sevrage qui contribuent ainsi au succès du maintien de l'abstinence, surtout en début de sevrage au cannabis.

Les répondants ont **plus tendance à prescrire des TSN dans la PEC du tabagisme** que pour celle de l'usage de cannabis. A l'inverse, les **prises en charge par des entretiens dédiés, des séances d'information, de prévention, de soutien ou guidance, et de psychothérapie, sont nettement plus réalisées dans l'usage de cannabis** que pour le tabac. Le fait que les psychiatres du GHT13 axent leur prise en charge pour l'usage de cannabis sur des techniques de psychoéducation, alors que c'est sur les TNS pour le tabac, peut s'expliquer par l'absence de thérapeutique médicamenteuse existante dans la prise en charge du sevrage au cannabis. Pour tous les autres types de prises en charge, il n'existe pas de différence entre celle du tabagisme et de l'usage de cannabis, qui semblent donc être réalisées de manière similaires pour les deux consommations (à savoir : la prescription de cigarette électronique, de varénicline et de burpopion, les séances d'EM, de TCCE, de thérapie systémique, de psychanalyse, la prescription d'activité physique, les séances d'acupuncture, d'hypnose, de sophrologie et relaxation, et de méditation de pleine conscience) (cf. tableau 32, 33 et 34).

Pour la prise en charge de la comorbidité usage de cannabis, aucun des résultats ne ressort de manière majoritaire quant à la pratique par les répondants de l'entretien motivationnel, ni d'une prise en charge psychothérapeutique. Les résultats sont disparates concernant la pratique de l'EM, par contre, il ressort de manière majoritaire que les répondants ne pratiquent pas des TCCE pour la prise en charge de la comorbidité usage de cannabis (cf. tableau 40). L'un comme l'autre semblent peu pratiqués par les psychiatres du GHT13.

Il en va de même concernant la pratique de l'EM et des TCCE par les équipes soignantes des répondants : aucun des résultats ne ressort de manière majoritaire. Les résultats sont disparates, nous

ne pouvons donc pas conclure. (cf. tableau 42). De plus, le fait que certains répondants disent avoir dans leur équipe un nombre important de soignants pratiquant l'EM ou tes TCCE témoigne peut être que ce sont des praticiens exerçant en addictologie, ce qui peut constituer un biais de sélection éventuel.

L'absence de majorité ressortant de certains résultats, ainsi que les faibles taux de pratiques de certains modes de prise en charge de ces comorbidités par les répondants interpellent.

Premièrement concernant la fréquence faible de pratique de **l'EM par les psychiatres du GHT13 interpelle**, que ce soit pour l'usage de tabac ou du cannabis. En effet, on a vu dans la partie théorique **l'importance de l'EM dans la PEC des addictions**. De nombreuses études ont montrées l'efficacité de l'EM pour aider les patients à avoir une consommation contrôlée ou à maintenir leur abstinence. (156) Le professionnel de santé doit être celui qui favorise et permet le changement. C'est dans l'interaction que l'on peut faire naître la motivation au changement. L'objectif de l'EM est de faire émerger la motivation intrinsèque du sujet en faveur d'un changement. L'amener à passer du stade de non-considération (précontemplation) au stade de considération du changement (contemplation) puis au stade de détermination. L'intervention d'un tiers (même soignant) ne fait que favoriser la mise en place ou la réalisation d'un processus naturel. (90) Les patients souffrant de schizophrénie ont des difficultés à changer leur consommation sans une intervention clinique et un renforcement de leur motivation. Des facteurs de motivation externes tels que l'intervention des proches, du personnel soignant et du système juridique peuvent être utilisés pour améliorer le faible degré de motivation interne. (156) De ce fait, il est essentiel d'évaluer la motivation de ces patients afin de les aider à réduire leurs consommations de substances psychoactives. Il est aussi important d'adapter l'entretien motivationnel au sujet, notamment aux difficultés cognitives, à l'ambivalence et au défaut d'insight qui sont inhérents à la maladie. (161) L'ambivalence est une attitude normale de l'être humain, lorsqu'on est en manque de maîtrise et de contrôle sur une situation ou sur un changement. Elle est source d'anxiété. Cette ambivalence est très présente chez les sujets présentant une conduite addictive, elle est aussi un symptôme de la schizophrénie, ce qui vient ajouter une difficulté supplémentaire dans la prise en charge des comorbidités addictives dans cette population. (90,156) Pour conclure, ces résultats questionnent sur la formation des psychiatres du GHT13 à la pratique de l'EM, à leur perception de son utilité dans la prise en charge de cette population de patient, ainsi qu'à la perception de leur rôle dans l'évaluation de la motivation du sujet. En résumé, les techniques issues de l'EM sont particulièrement utiles dans toutes les phases du suivi afin de soutenir la motivation du sujet et pour la prévention des rechutes ; c'est pourquoi la HAS recommande une évaluation de la motivation du patient par tous les acteurs de sa prise en charge et à tout au long de son parcours de soins. (150)

De plus, il serait intéressant de coupler à cette question dans un travail ultérieur, étude à l'attention des patients afin de savoir s'ils bénéficient d'EM et du nombre de séances.

Deuxièmement concernant la prescription de TNS, de médicaments et de la cigarette électronique. Il est important de rappeler que **la lutte contre le tabagisme et contre l'usage de cannabis sont des priorités de santé publique**. La consommation de tabac est la première cause de

mortalité évitable en France. La consommation de cannabis est le plus souvent associée au tabac sous forme de joint. Le tabagisme est considéré comme responsable de 75 000 décès prématurés chaque année en France. On estime qu'un fumeur régulier sur deux mourra d'une maladie liée au tabac s'il ne s'arrête pas de fumer. Ces consommations sont plus élevées chez les patients souffrants de schizophrénie qu'en population générale, puisque le tabagisme concernerait 2 patients sur 3 et l'usage de cannabis concernerait 1 patient sur 2. (9)

Les TSN, le bupropion et la varénicline sont tous des traitements efficaces, bien tolérés, du sevrage tabagique pour les patients atteints de schizophrénie. (77,150) Les TNS sont recommandés en premier intention. (150) Plusieurs revues de la littérature montrent une supériorité du bupropion et de la varenicline dans l'efficacité du sevrage tabagique chez les personnes souffrant de schizophrénie, par rapport à la seule utilisation des TSN. (153,154) De plus, ils présenteraient une efficacité pour stabiliser les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie. Les taux d'abstinence sont accrus lorsque le bupropion est associé aux TSN ou à un antipsychotique de deuxième génération. Il semblerait que la varénicline soit supérieure au bupropion d'après certaines études. La combinaison de plusieurs traitements est plus efficace qu'un traitement en monothérapie, c'est ce que l'on appelle une « thérapie combinée ». Les TSN associant différentes formes galéniques, et la varénicline serait la thérapie combinée la plus efficace. (77,155) Dans tous les cas, le prescripteur devra évaluer la motivation du patient à s'arrêter de fumer, les traitements ayant plus de chance de succès chez les patients motivés et qui bénéficient d'un soutien de la motivation. **Le traitement du sevrage tabagique chez les patients atteints de schizophrénie est multidimensionnel ; il est nécessaire d'utiliser plus d'un médicament de cessation pour parvenir à une abstinence durable.** (153,154) **Il est donc d'une part rassurant que les TNS soient utilisés de manière significative dans le sevrage tabagique par les psychiatres du GHT13 ; d'autre part il est plus étonnant que les médicaments que sont la varénicline et le burpotion ne soient quasiment pas utilisés par ceux-ci.** Ces résultats questionnent une fois de plus sur la formation des psychiatres du GHT13 à l'utilisation de ces produits et à l'addictologie, ainsi qu'à leur perception de l'utilité de ceux-ci dans la prise en charge de cette population de patient. La cigarette électronique ne peut être éthiquement recommandée par l'absence de preuve scientifique de son innocuité. Toutefois, elle représente un moyen disponible peu utilisé par les répondants du GHT13 comme alternative au tabagisme dans cette population.

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé. Cependant il n'existe pas pour l'instant de traitement spécifique pour gérer les symptômes de sevrage au cannabis, ni même de traitement de substitution ou autres pour en faciliter le sevrage ou le maintien de l'abstinence. (138) Les médicaments utilisés visent à réduire l'anxiété et les troubles du sommeil induit par l'arrêt du cannabis, et à traiter les éventuels problèmes psychiatriques sous-jacents. Le traitement médicamenteux ne représente qu'un aspect de la prise en charge. Et on ne peut pas compter sur celui-ci en ce qui concerne la consommation de cannabis. La recherche s'intéresse à des perspectives thérapeutiques qui pourraient être envisagées, mais qui pour l'heure ne sont pas d'actualité par manque de preuve scientifique, comme vue dans la partie théorique. (45,138,140–149) **Néanmoins, les moyens utiles au sevrage tabagique, peuvent représenter une aide dans la diminution de la consommation et le sevrage de l'usage du cannabis associé à du tabac. Ceux-ci sont d'autant plus utiles que les patients qui**

opèrent un sevrage au cannabis ont tendance à augmenter leur consommation de tabac. Force est de constater que ces moyens sont peu utilisés par les psychiatres du GHT13. De plus, il est important de rappeler que dans le sevrage à l'usage de tabac comme de cannabis, l'association de plusieurs moyens est une garantie d'une prise en charge de meilleure qualité, favorisant les chances de réussite du sevrage.

Troisièmement, concernant les moyens psychothérapeutiques.

L'efficacité des TCCE dans la prise en charge de patients présentant une comorbidité psychiatrique et addictive a été validée par la recherche. (90,93,156) **Les techniques de TCCE accès sur la prévention de la rechute semblent être indiquées pour les soins pour les personnes comorbides.** Elles visent à la modification et le renforcement de nouvelles stratégies d'adaptation sociales et à la gestion des envies de consommer face à une situation à haut risque de rechute. Elles permettent de gérer les réactions émotionnelles qui favorisent la prise de substances et de trouver des d'autres solutions pour faire face à des situations de vulnérabilité. (90,93,156) Cette approche semble peu pratiquée par les psychiatres du GHT13 que ce soit pour la prise en charge de l'usage de tabac ou de cannabis.

La méditation de pleine conscience ou *mindfulness*, est une approche simple, laïque et rigoureuse, qui a inspiré la 3^{ème} vague dite « émotionnelle », des TCCE. Les effets bénéfiques pour la santé de la méditation de pleine conscience ont été démontrés. Il s'agit de l'augmentation des capacités attentionnelles et de concentration ; la gestion émotionnelle, la diminution de l'anxiété, de la tendance à la colère et le renforcement des émotions positives ; la diminution du risque de rechute des épisodes dépressifs, de trouble anxieux et de consommation de toxiques ; le renforcement du système immunitaire ; la diminution de la tension artérielle ; l'accélération de la guérison du psoriasis. (162–164) Elle a aussi montré son efficacité dans la schizophrénie, sur les symptômes positifs et négatifs, l'efficacité de la psychoéducation et la diminution de la charge anxieuse. Certaines études ont montré des réductions significatives de la durée des réadmissions à l'hôpital, et des effets durables sur l'humeur. Les limites de cette pratique concernent les sujets ayant des troubles cognitifs sévères, les états dissociatifs graves et les phobies intéroceptives. (165–167) Cette approche semble peu pratiquée par les psychiatres du GHT13 que ce soit pour la prise en charge de l'usage de tabac ou de cannabis.

L'efficacité des thérapies familiales systémiques a été mise en évidence dans divers troubles psychiatriques, les troubles addictifs et les troubles comorbides. La thérapie multifamiliale consiste à regrouper plusieurs familles autour d'une problématique données dans le but de créer une « communauté soignante ». (169) Cette approche a initialement été réalisée dans les troubles psychotiques et a montré ses preuves dans le traitement de la schizophrénie. Elle permet un travail de psychoéducation et crée un contexte propice à la déstigmatisation. Ceci rend cette approche particulièrement intéressante car les sujets présentant une co-occurrence schizophrénie et usage de cannabis, souffrent d'une double stigmatisation sociale majeure, liée aux deux troubles. De plus, les influences sociales, groupales, sont importantes sur les problèmes d'addiction, tant dans sur le versant négatif (favorisant la consommation) que sur le versant positif (favorisant le sevrage). Enfin, le partage d'expériences de plusieurs familles permet d'avoir accès à de nouvelles informations et instaure des perspectives favorisant le changement. La méthode de thérapie familiale MDFT (Multidimensionnal

Familiy Therapy) serait particulièrement efficace pour les situations les plus complexes (mineurs de moins de 15 ans, jeunes consommateurs dépendants au cannabis, jeunes présentant en outre des troubles psychiatriques ou des troubles du comportement). Or les patients souffrants de pathologies duelles sont plus difficiles à prendre en charge. **Cependant, les approches familiales n'occupent qu'une place insuffisante dans l'offre de soins actuelle, (168,169) comme en témoignent les résultats de notre étude**, puisqu'elle semble très peu pratiquée par les psychiatres du GHT13 que ce soit pour la prise en charge de l'usage de tabac ou de cannabis.

Les thérapies analytiques sont moins utilisées aujourd'hui, que ce soit à titre individuel ou en groupe (psychodrames). Même si leur utilisation institutionnelle reste encore fréquente, elles n'ont pas démontré d'efficacité dans la prise en charge des comorbidités addictive. (5,13,15,38) Cette approche semble peu pratiquée par les psychiatres du GHT13 que ce soit pour la prise en charge de l'usage de tabac ou de cannabis.

La psychothérapie de soutien vise à apporter une aide, un soulagement, un renforcement positif des ressources du patient. Elle ne vise pas à changer les mécanismes psychiques mais favorise l'instauration d'une relation thérapeutique de confiance. Une alliance thérapeutique de qualité est le pilier de tout travail thérapeutique, elle est à la fois un soin à part entière et le préalable indispensable à l'initiation de tout travail psychothérapeutique. Elle peut être pratiquée par tous les soignants à tous les temps de la prise en charge. Elle constitue souvent une étape initiale et peut être complétée par une psychothérapie codifiée. (5,10,13,15,38) Cette approche semble peu pratiquée par les psychiatres du GHT13 que ce soit pour la prise en charge de l'usage de tabac ou de cannabis.

Dernièrement, concernant les autres approches que sont l'activité physique, l'hypnose, l'acupuncture. Ces approches ont fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac. Leur bénéfice n'est pas établi, cependant, elles n'ont pas montré à ce jour de risque majeur et peuvent avoir un effet placebo. La HAS estime que « l'éthique du médecin ne lui permet pas de recommander une thérapeutique non validée. » (150) Pour autant, le médecin ne doit pas empêcher un patient d'avoir recours à une approche qui pourrait être utile de par son effet placebo, d'autant plus si ces approches sont associées à une prise en charge dont l'efficacité a été établie. Ces approches semblent peu pratiquées par les psychiatres du GHT13 que ce soit pour la prise en charge de l'usage de tabac ou de cannabis.

En conclusion, la prise en charge de toute addiction se veut complète et de meilleure efficacité lorsqu'elle associe plusieurs outils, plusieurs moyens, de cette façon elle augmente les chances de l'arrêt par rapport à l'absence d'intervention ou à une intervention minime, accès sur un seul aspect. De plus, la notion de pathologie duelle, comme détaillée dans la partie théorique, implique nécessairement une prise en charge intégrée. (18,139) L'utilisation d'une large palette d'options thérapeutiques est particulièrement cruciale chez les patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, pour être au plus près de la problématique du patient. (184,186,187) En raison des limites des traitements pharmacologiques et des conséquences cognitives du trouble mental, l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité doit être central et l'intensité de la prise en charge doit être augmentée. Les combinaisons avantageuses des approches de psychoéducation,

psychothérapeutiques, des interventions comportementales, motivationnelles, d'apprentissage de compétences sociales, d'identification de nouvelles sources de plaisirs, et des traitements pharmacologiques, offrent le traitement le plus efficace pour cette comorbidité. Envisager la prise en charge uniquement sur un seul de ces aspects, constitue une perte de chance pour le patient. Les effets synergiques de potentialisation mutuelle de ces stratégies, permettent une meilleure efficacité thérapeutique, un plus grand succès de la mise en œuvre et du maintien d'un changement. **Néanmoins, il n'existe aucune preuve permettant de privilégier un protocole de soins particulier.** (90,161,186,189,195–199) Pour finir, **la faiblesse de chacune de ces réponses** (en terme de taux de répondants) **fait craindre** d'une part que **ces modes de prise en charge prises séparément soient peu mises en œuvre**, et d'autre part **qu'il existe un défaut dans l'association de ces différentes approches thérapeutiques.** Il existe donc une marge de progression non négligeable en terme d'amélioration de la prise en charge de ces patients comorbides au sein du GHT13, tant dans la mise en œuvre des différentes approches efficaces que dans leurs combinaisons dans la stratégie thérapeutique.

III.5.2 Orientation des patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, pour la prise en charge de leur consommation de tabac et de cannabis

Pour la prise en charge de l'usage de tabac et de cannabis, il **n'existe pas de différence entre les taux de répondants qui demandent et ceux ne demandant pas d'avis addictologique.** Il semblerait que ceux qui demandent parfois soient plus nombreux, sans qu'ils ne soient majoritaires. (cf. tableau 35-36).

Les répondants orientant les patients vers l'addictologie pour une prise en charge du **tabagisme** sont **plus nombreux** que ceux qui n'orientent pas. Toutefois, là aussi il semblerait que ceux qui orientent parfois soient majoritaires.

En résumé, nous ne pouvons conclure sur cette question de la demande d'avis et d'orientation en addictologie pour le tabagisme. Une autre étude plus poussée le permettrait peut-être. Il serait intéressant de connaître les raisons pour lesquelles certains patients seraient orientés vers les addictologues et d'autres pas, et dans quels cas certains praticiens demandent l'avis d'addictologues ou pas (cf. tableau 35). Notre travail ne permet pas de répondre à ces questions.

Contrairement au tabagisme, **les répondants ont majoritairement tendance à orienter le patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis.** Ils ont plus tendance à orienter vers l'addictologie qu'à demander un avis d'un addictologue (cf. tableau 36).

Le recours à l'addictologie semble être plus fréquemment réalisé pour la PEC de l'usage de cannabis que pour l'usage de tabac (cf. tableau 35-36).

L'orientation vers une **consultation avec un addictologue** pour la prise en charge du **tabagisme**, est réalisée de manière majoritaire par les répondants (cf. tableau 37). Il s'agit du seul résultat majoritaire. Nous ne pouvons pas conclure sur les autres propositions d'orientation du patient pour la prise en charge de l'usage de tabac, qui sont toutes minoritaires. Toutefois, comme décrit dans la partie résultats, de manière décroissante en fonction du taux de répondants orientant les patients pour leur prise en charge (cf. tableau 37) :

- Après l'orientation vers une consultation avec un addictologue, une prise en charge dans un **CSAPA** est recommandée en deuxième position par ordre de fréquence. Puis par une équipe **ELSA** en troisième position. Il existe une différence entre ces 3 orientations.
- A égalité sont proposées une orientation vers des séances de **sophrologie** ou de **méditation** de pleine conscience. Sont du même ordre de grandeur que ces deux dernières orientations une aide par une **association d'addictologie** et une prise en charge en psychothérapie de type **TCCE**.
- Les patients ne sont que très peu orientés vers les prises en charge suivantes qui sont toutes du même ordre de grandeur : une prise en charge en **acupuncture**, une prise en charge en **hypnose** par un hypnothérapeute, une prise en charge en psychothérapie de type **systémique**, une prise en charge en psychothérapie de type **analytique**, un soutien par un **coach de vie**.

L'orientation vers une **consultation avec un addictologue** pour la prise en charge de l'usage de **cannabis**, est réalisée de manière majoritaire par les répondants. Il en va de même pour la **prise en charge dans un CSAPA**, qui vient en deuxième position (cf. tableau 38). Il s'agit des deux seuls résultats majoritaires. Nous ne pouvons pas conclure sur les autres propositions d'orientation du patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis, qui sont toutes minoritaires. Toutefois, comme décrit dans la partie résultats, de manière décroissante en fonction du taux de répondants orientant les patients pour leur prise en charge (cf. tableau 38) :

- Après l'orientation vers une consultation avec un addictologue et dans un CSAPA, la prise en charge par une équipe **ELSA** recommandée en troisième position. Il existe une différence entre ces 3 orientations.
- Sont du même ordre de grandeur les orientations vers une aide par une **association d'addictologie**, une prise en charge en psychothérapie de type **TCCE**, des séances de **sophrologie** et de **méditation** de pleine conscience.
- Les patients ne sont que très peu orientés vers les prises en charge suivantes qui sont toutes du même ordre de grandeur : une prise en charge en **acupuncture**, une prise en charge en **hypnose** par un hypnothérapeute, une prise en charge en psychothérapie de type **systémique**, une prise en charge en psychothérapie de type **analytique**, un soutien par un **coach de vie**.

Les orientations pour la prise en charge du tabagisme et de l'usage de cannabis sont similaires, lorsque l'on regarde l'ordre en termes de fréquence d'orientation. **Les répondants ont plus tendance à orienter le patient vers une consultation avec un addictologue ou en CSAPA, pour la prise en charge de l'usage de cannabis que pour celui du tabac.** Pour tous les autres types d'orientations, il n'existe pas de différence significative entre l'orientation pour le tabagisme et pour l'usage de cannabis,

qui semblent donc être réalisées de manière similaires pour les deux consommations (à savoir : le recours à une équipe ELSA, à une association d'addictologie, les orientations vers des séances de TCCE, de thérapie systémique, de psychanalyse, d'acupuncture, d'hypnose, de sophrologie, de méditation de pleine conscience et de coaching) (cf. tableau 37-38-39).

En résumé, pour le cannabis comme pour le tabac, **la majorité des répondants ont tendance à orienter les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles vers une consultation avec un addictologue ou une prise en charge dans un CSAPA. Le recours à une équipe ELSA est lui aussi important**, moins que les deux premiers, probablement du fait de son absence dans certaines institutions, et aussi probablement parce que ceux qui en bénéficient ne sollicitent pas forcément cette équipe de manière systématique (cf. tableau 37-38-39). Le recours à l'addictologie semble donc perçu comme utile par les psychiatres du GHT13 dans la prise en charge de ces comorbidités dans cette population. Il serait intéressant de réaliser une étude concernant l'avis des répondants quant à leur perception de l'utilité du recours à une équipe ELSA, de leur souhait de la présence d'une telle équipe dans leur institution et pour ceux qui en bénéficient de quantifier leur recours à cette équipe.

Concernant le réseau addictologique du répondant (cf. tableau 43), une grande majorité de répondants a la possibilité de **demandeur une consultation addictologique**, de **faire appel à une équipe spécialisée en addictologie extérieure à l'établissement** et de **demandeur un avis addictologique téléphonique**. Un nombre non négligeable de répondants a la possibilité de faire appel à **une équipe ELSA**. On peut donc conclure que **le réseau addictologique est bien connu et identifié par les psychiatres du GHT13**. Et qu'il existe plusieurs possibilités de recours à des soins en addictologies internes ou externes à l'institution qui peuvent s'inscrire dans le parcours patient. On note que les équipes ELSA ne sont pas présente dans toutes les institutions ce qui pourrait expliquer que les résultats ne soient pas significatifs, pour cette question comme pour la précédente.

L'intérêt et l'efficacité de certaines orientations (comme les TCCE, les thérapies systémiques, etc.) dans la prise en charge de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis ont été détaillées dans la partie théorique et dans la partie « prise en charge » de la discussion. **Ainsi, L'absence de majorité ressortant de certains résultats, ainsi que les faibles taux de d'orientation vers certains modes de prise en charge interpellent et soulèvent plusieurs questionnements** (cf. tableau 37-38-39). Le défaut d'orientation des patients souffrants de schizophrénie pour la prise en charge de la comorbidité usage de cannabis, pour les résultats non majoritaires, est-il lié :

- Au refus ou aux difficultés d'adhésion par les patients pour de telles orientations (défaut de la demande) ?
- A des difficultés liées aux patients pour l'accès à certains types de soins ? Comme par exemple à un défaut de moyens financiers des patients pour l'orientation de ceux-ci vers le privé ? Ou à des difficultés dans la mobilité ? Ou encore à un sentiment d'inutilité de ces soins pour leur problématique (défaut de la demande) ?

- A une méconnaissance du réseau de psychothérapeutes (dans le privé ou le public) par les psychiatres du GHT13 ?
- A un manque ou une absence de psychothérapeutes formés pour ces types de soins (défaut de l'offre) ? A une faiblesse quantitative ou qualitative du réseau ?
- A une perception d'inutilité de ces pratiques par les psychiatres du GHT13 dans la prise en charge de la comorbidité usage de cannabis chez les patients souffrants de schizophrénie (défaut de la demande) ?

Notre étude ne permet pas de répondre à ces questions qui pourraient faire l'objet d'un travail à part entière.

Cette question de l'orientation vers l'addictologie soulève la question de l'organisation du système de soins actuel et de son organisation. **Afin d'améliorer la prise en charge globale de ces patient comorbides** ne faudrait-il pas **favoriser des attitudes plus proactives de l'addictologie en psychiatrie**, tant en unité d'hospitalisation qu'en ambulatoire ? En effet, il serait intéressant de développer les équipes ELSA dans tous les établissements de psychiatrie, en hospitalisation comme en ambulatoire. Tout comme en service d'endocrinologie où les équipes de diététiciens passent de manière systématique évaluer les patients et se mettent en lien avec les équipes, ne pourrait-on pas envisager de manière légitime un tel fonctionnement en psychiatrie ? Un système où l'addictologie irait vers la psychiatrie et non l'inverse ? Où des équipes ELSA se déplaceraient évaluer les malades comorbides et travailleraient en lien avec les équipes de psychiatrie afin d'inciter les patients à poursuivre des soins en ambulatoires en addictologie ? Dans ce cas,

Si les équipes ELSA pouvaient se développer dans tous les établissements de psychiatrie, il serait intéressant de poser à nouveau cette question de l'orientation aux psychiatres du GHT13, on peut formuler l'hypothèse que cette orientation vers l'équipe ELSA serait la plus fréquente. En effet, il semble ressortir des réponses au questionnaire ainsi que notre expérience clinique que les équipes ELSA représentent une réponse à un besoin concret dans la prise en charge des patients comorbides en psychiatrie.

III.6 QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

III.6.1 Les représentations de la qualité de la prise en charge de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, par les psychiatres du GHT13

Pour la majorité des psychiatres du GHT13, la prise en charge de la co-occurrence usage de cannabis chez les patients souffrant de schizophrénie n'est pas suffisante (cf. tableau 46). Nous avons donc à rechercher les raisons de ce défaut de qualité dans la prise en charge de ces patients souffrant de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, ainsi qu'à travailler à amélioration de leur soins.

Pour la majorité de répondants, la prise en charge la plus adaptée pour ces patients serait **une prise en charge pluridisciplinaire** (« une prise en charge pluridisciplinaire : centrée sur la schizophrénie par une équipe de psychiatrie ET centrée sur l'usage de cannabis par une équipe spécialisée en addictologie ») (cf. tableau 47). **La prise en charge pluridisciplinaire simultanée des deux troubles** (de l'usage de cannabis et de la schizophrénie) dans les premiers temps du suivi ou du séjour hospitalier, est **considérée comme la plus adaptée par la majorité des psychiatres du GHT13** (cf. tableau 48). Ces résultats sont en accord avec données de la littérature, selon lesquelles la prise en charge la plus adaptée pour la comorbidité schizophrénie – usage de cannabis, serait une prise en charge intégrée et pluridisciplinaire par la même équipe de la pathologie duelle, donc des deux troubles, ou bien **une prise en charge intégrée et pluridisciplinaire** réunissant différents acteurs et réseaux dans une de collaboration étroite œuvrant à la prise en charge globale du patient. (90,155,184–195)

De manière majoritaire les psychiatres du GHT13 considèrent avoir **des liens de qualité** avec les équipes d'addictologie (cf. tableau 44). Il serait intéressant de connaître l'avis des addictologues sur cette question de la qualité du lien avec les équipes de psychiatries. De plus, ce résultat va plutôt à l'encontre des éléments de la littérature qui relatent plus souvent des difficultés dans ces liens qui viendrait mettre à mal la prise en charge de ces patients. Ce résultat représenterait donc un constat plutôt positif et une entrave en moins dans la prise en charge de ces patients au sein du GHT13.

Les psychiatres du GHT13 sont majoritairement **favorables à des temps de consultations spécialisés d'addictologie** (en CMP ou en unité d'hospitalisation), et à **des temps de réunions clinique avec la présence d'un addictologue** (en CMP ou en unité d'hospitalisation), car cela pourrait représenter une aide dans leur pratique (cf. tableau 49).

Concernant la faisabilité en pratique d'une prise en charge pluridisciplinaire avec les équipes d'addictologie dans les structures de psychiatrie, les répondants qui pensent que cela pourrait être faisable sont plus nombreux que ceux qui pensent que cela ne pourrait pas être faisable en pratique.

Toutefois, il reste difficile de conclure de manière formelle sur cette question car aucun résultat de ressort de manière majoritaire (cf. tableau 50).

Le manque d'addictologues est cité de manière majoritaire par les répondants comme **principale entrave à la prise en charge pluridisciplinaire** des patients ayant une comorbidité addictologique (cf. tableau 51). Le manque d'effectif d'addictologue est cité comme pouvant aussi altérer la qualité du lien et de la collaboration inter-équipe (cf. tableau 45). Il serait intéressant de pouvoir explorer dans un autre travail les besoins en addictologie et en effectif d'addictologues ; savoir à plus grande échelle (par exemple à l'échelle nationale) s'il existe un défaut d'addictologues ainsi que les raisons de ce déficit notamment en explorant la formation de ceux-ci (accessibilité, nombre, etc.).

En conclusion, la prise en charge de la comorbidité schizophrénie – usage de cannabis est complexe. Actuellement, les patients comorbides sont le plus souvent pris en charge de manière parallèle par la psychiatrie d'un côté et l'addictologie de l'autre. Ces patients sont considérés comme « difficiles », mettant les services face à leurs propres limites, dans des situations d'échecs complexes, engendrant des clivages et conflits institutionnels entre la psychiatrie et l'addictologie. **Les psychiatres du GHT13 ont une idée précise et en accord avec les données récentes de la littérature sur les modalités de cette prise en charge, afin qu'elle soit la plus adaptée à cette pathologie duelle : des soins intégrés et pluridisciplinaires, instaurés le plus précocement possible. Une bonne qualité de collaboration avec les équipes d'addictologie dans les unités de soins hospitalières et ambulatoires, est considérée comme favorable et comme une aide** par la majorité des répondants pour cette population de patients. Les avis des répondants semblent divisés concernant la faisabilité de cette collaboration, à peine plus de la moitié la considèrent comme relativement faisable. La principale raison évoquée de l'absence de la faisabilité de ce lien, concerne le manque d'addictologue. Le manque de temps et les problématiques institutionnelles ont aussi été cités.

Ces résultats soulignent l'importance du travail pluridisciplinaire dans la prise en charge de ces patients, l'importance de la qualité du lien entre les différents acteurs et de l'intérêt de la formation d'addictologues. Voire même plus spécifiquement d'addictologues ayant la double spécialité en psychiatrie et en addictologie. **Ils pointent aussi l'urgence à réunir les deux réseaux de la psychiatrie et de l'addictologie, pour faire face à l'augmentation de la consommation de cannabis chez les patients souffrants de schizophrénie** et plus globalement, de la consommation de substances psychoactives chez les patients souffrant de pathologie mentale. Enfin, **ces résultats soulignent la nécessité d'intensifier les moyens et les efforts pour développer des programmes intégrés, spécifiquement adaptés à cette population des plus vulnérables.**

III.6.2 Formation des psychiatres du GHT13 et de leur équipe soignante

Concernant la formation des équipes à la PEC de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, il ne se dégage pas de majorité (cf. tableau 54). Toutefois on peut noter que :

- Il existe une part non négligeable d'équipes **formées à la psychoéducation des patients souffrant de schizophrénie**.
- Il ne se dégage pas de différence quant à la présence d'équipes formées à la pratique des TCCE, et de l'EM. Celles-ci sont minoritaires.
- Une majorité d'équipes sont **dépourvues de formation à la prise en charge des comorbidités addictives chez les patients souffrant de pathologie mentale**.

Les taux élevés de réponse « je ne sais pas » questionnent sur le travail d'équipe au sein d'un service, de l'orientation du service et des rôles propres à chacun. Comment travailler ensemble : si « on ne sait pas qui fait quoi ? » Si on ne sait pas quelles sont les formations des membres de son équipe, et qui pourrait éventuellement dispenser certains types de prise en charge aux patients ?

De plus, il serait intéressant de savoir si en pratique courante, les équipes soignantes ont la possibilité d'exercer leurs formations spécifiques au sein des unités où ils travaillent. Autrement dit, pourquoi dispenser des formations si en pratique les soignants n'ont pas les moyens de les mettre en œuvre ? Et quels seraient les obstacles à cette mise en œuvre ?

Concernant l'appréciation subjective par les psychiatres du GHT13, de la qualité de la formation des différents acteurs de la prise en charge des patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis (cf. tableau 55-56-57) :

- Pour une grande majorité des psychiatres du GHT13 (**85,1%**) les **équipes de psychiatrie ne sont pas suffisamment formées aux prises en charge addictologiques** (6,5% pensent le contraire) (cf. tableau 55).
- 48,7% pensent que ces équipes ne sont pas suffisamment **sensibilisées à la question de l'addiction** chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles, et 42,8% pensent le contraire. Il existe une faible différence entre ces deux résultats. Ainsi, il est difficile de conclure de manière formelle sur cette question (cf. tableau 56).
- Pour 48,8% des répondants, **les équipes d'addictologie ne sont pas suffisamment formées aux prises en charge psychiatriques**, 28,8% pensent le contraire (cf. tableau 57). Il existe une différence entre ces deux résultats. Toutefois, il est difficile de conclure de manière formelle sur cette question (car il ne se dégage pas de majorité nette).

Concernant la formation des psychiatres du GHT13, une petite majorité (51,3%) estime **ne pas être suffisamment formée pour prendre en charge les patients ayant une comorbidité schizophrénie-cannabis**, et 31,3% pensent l'être suffisamment (cf. tableau 58). Il existe une différence entre ces deux résultats.

De manière plus détaillée, concernant la formation des psychiatres du GHT13 à la PEC de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, on note que de manière clairement majoritaire que (cf. tableau 59) :

- **70,2%** estiment **ne pas suffisamment être formés à la prise en charge des comorbidités addictives chez les patients souffrant de pathologie mentale.**
- **82,6%** estiment **ne pas suffisamment être formés à la prise en charge de la consommation de cannabis chez les patients souffrant de pathologie mentale.**
- **74,6%** estiment **ne pas suffisamment être formés à la pratique de l'EM.**
- **80,1%** estiment **ne pas suffisamment être formés à la pratique des TCCE.**

En conclusion, dans les équipes des psychiatres répondants à l'étude, il **n'y aurait pas suffisamment de soignants formés à des techniques qui leur permettraient de pouvoir prendre en charge la comorbidité usage de cannabis chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles.** Pour ceux qui y sont formés, notre étude ne permet pas de connaître la répartition de ces soignants sur le territoire du GHT13, dans quelle structure ils exercent (ambulatoire, intra hospitalier) quel est leur rôle et fonction au sein de leur unité de soin etc. Les psychiatres répondants à l'étude estiment pour près de la moitié d'entre eux que les différents acteurs de la prise en charge des patient souffrants de schizophrénie et consommant du cannabis, ne sont pas de formation satisfaisante pour prendre en charge de manière globale ces patients. **Une grande majorité des psychiatres répondants à l'étude, n'ont pas de formation satisfaisante pour prendre en charge la comorbidité usage de cannabis chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles.** Ces éléments participent probablement aux difficultés de liens et d'articulation entre la psychiatrie et l'addictologie. **Ces résultats renforcent l'idée que l'amélioration de la qualité de la formation des professionnels de santé améliorerait la qualité de la prise en charge des patients présentant la pathologie duelle schizophrénie – usage de cannabis.** Ainsi, il est essentiel et nécessaire d'intensifier les efforts afin d'améliorer la prise en charge globale du patient par la formation des soignants, par le développement de soins intégrés, aussi en favorisant la communication et les liens intra/inter-équipes pour le « travailler ensemble » autour de la problématique globale du patient.

Pour finir, compte tenu des réponses au questionnaire, force est de constater que d'une part celles-ci sont **globalement en accord avec les données actuelle de la médecine et de la science.** D'autre part, **il existe très probablement un sérieux déficit dans la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée de cette comorbidité. Ce défaut dans la déclinaison des recommandations internationales** semble être lié, d'après les psychiatres du GHT13, à **un manque de moyens** en termes **d'effectifs** et de **formations** des professionnels de santé.

Ainsi, afin que la prise en charge de ces patients soit intégrée, tout en renforçant les effectifs, il serait primordial de s'intéresser à la problématique du lien entre les différents acteurs pour une meilleure efficacité de la prise en charge globale du patient. Sensibiliser et former les professionnels de santé permettraient de rendre compte de l'importance de créer et de maintenir ce lien.

III.7 LES LIMITES

L'une des grande difficultés auxquelles nous avons été confronté durant ce travail, était de faire le tri dans l'abondante littérature sur le sujet à la fois la question du tabac et du cannabis que de la schizophrénie. En effet, même s'il existe peu de recherches sur les modalités de soins intégrés et coordonnés sur ce sujet, le moteur de recherche scientifique PubMed répertorie depuis 5 ans plus de 28 000 articles de revues répondant au mot clé « schizophrenia », plus de 6 000 articles pour le mot clé « cannabis » et plus de 450 articles avec les mots clés « schizophrenia AND cannabis ». Sur une période de 10 ans, on retrouve respectivement plus de 50 000 articles pour « schizophrenia », plus de 9 500 articles pour « cannabis », et plus de 800 pour « schizophrenia AND cannabis ».

Une autre difficulté a été celle de constituer le questionnaire et l'obtention d'un maximum de réponses possibles.

Premièrement, concernant la construction du questionnaire, nous n'avions pas de formation en matière de recherche et avons choisi d'utiliser le logiciel le plus répandu, gratuit et facile d'utilisation : GoogleForm. Celui-ci ne semble pas être idéal dans l'édification d'une telle étude. Un autre logiciel plus performant aurait pu être plus pertinent.

Deuxièmement, il a été difficile de recueillir les adresses mail exactes de tous les praticiens. Certaines étaient invalides. Nous avons pu connaître quelques-unes des raisons pour lesquelles certains n'avaient pas répondu au questionnaire : plusieurs personnes étaient en arrêt maladie ou en congés maternité, plusieurs avaient quitté leur poste et d'autres ont dit ne pas souhaiter y répondre. Ainsi, nous n'avons pas de certitude quant à la taille exacte de la population. Toutefois, nous avons effectué des recherches poussées pour constituer cette liste de mail et connaître le nombre exact de personnes constituant cette population (demande auprès des secrétariats de direction, auprès des DIM, auprès des secrétariats de chaque service, et demande d'aide de confrère via les carnets d'adresses des messageries électroniques professionnelles.) De ce fait la taille de la population est probablement très proche de la réalité. Il nous paraissait important de préciser cet élément qui pourrait éventuellement constituer un biais de sélection et changer peut-être la représentativité de l'échantillon de la population.

Enfin, le recueil d'un maximum de réponses au questionnaire, a nécessité la prise de connaissance et l'utilisation de techniques de marketing commerciales notamment basées sur la couleur, la syntaxe et la mise en page du contenu du mail, ainsi que les techniques de relances.

A partir de cette base de données (réponses au questionnaire), il aurait été très intéressant de tenter des recoupements statistiques complémentaires. Ceci n'a malheureusement pas pu être possible dans ce travail de thèse, mais cela pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire.

Concernant les réponses au questionnaire, celles-ci correspondent au discours rapporté des psychiatres du GHT13 à un instant « t ». D'une part, les réponses d'un même répondant peuvent varier dans le temps. D'autre part, il s'agit d'une étude déclarative qui présente de ce fait certaines limites. En effet, il est possible qu'il existe un écart entre les réponses déclarées par les psychiatres du GHT13 et leurs pratiques courantes effectives (avis et comportements). Même avec un échantillon statistiquement représentatif de la population (c'est le cas dans notre étude) les affirmations récoltées peuvent varier par rapport à la réalité. Cela dépend de la sincérité du répondant, de sa compréhension des questions posées et de sa perception contextuelle au fil de sa progression du questionnaire.

Concernant le questionnaire, celui-ci n'est pas exhaustif. Certaines questions notamment celles relatives à la prévention, à la proposition d'une prise en charge de l'orientation des patients peuvent sembler un peu répétitives. Certaines questions ou thématiques auraient pu être plus précisées ou ajoutées. Par exemple :

- « Est-ce que vos patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles et consommant du cannabis par rapport à ceux qui n'en consomment pas, ont plus souvent d'antécédent médico-légaux (de délinquance, criminalité, d'incarcérations) ? » Il n'y a pas de question sur le plan médico-légal dans le questionnaire.
- « Est-ce que parmi cette population de patients dans votre patientelle, ceux qui consomment du cannabis sont plus souvent hospitalisés que ceux qui n'en consomment pas ? Ont-ils une moins bonne compliance aux traitements ? » Il n'y a pas de question sur la notion de rechute et d'adhésion aux soins dans le questionnaire.
- Nous aurions pu ajouter d'autres moyens que ceux proposés dans la liste, comme d'autres traitements pertinents et souvent utilisés en pratique pour lutter contre les effets du sevrage comme certains antipsychotiques et anxiolytiques.
- Nous aurions aussi pu approfondir les questions concernant le cannabis dit « thérapeutique », notamment sur l'usage de CBD par certains patients, l'avis des répondants sur l'usage de tels produits dans la pratique courante, sur cette population spécifique, si cela pourrait représenter une aide dans leur pratique.

Paradoxalement, le questionnaire est assez long (10-15 minutes en temps de réponses, il comporte 90 questions), et à la fois les propositions de réponses peuvent sembler dichotomiques, pas assez nuancées ou détaillées, pouvant ainsi ne pas correspondre à la pratique clinique de certains praticiens. Certains axes seraient à améliorer et à rendre plus pertinents. Toutefois, nous avons essayé de balayer un large éventail de possibilités de réponses afin de tenter d'être au plus proche de la pratique clinique des psychiatres du GHT13. Plus de questions ouvertes auraient peut-être pu être une solution, mais cela aurait rendu l'interprétation des résultats plus difficile. On peut imaginer, que sur la base de ce questionnaire et des résultats trouvés, un autre pourrait être construit, plus développé et plus détaillé, sur des problématiques à explorer plus précisément.

Le questionnaire que nous avons élaboré n'aborde pas les solutions et alternatives possibles, visant à améliorer la prise en charge de ces patients. Néanmoins, nous avons ciblé plusieurs champs d'interventions qui pourraient s'envisager dans la prise en charge des patients présentant la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis.

Une piste intéressante serait de nommer un soignant référent d'addictologie qui installerait des dépliants et des notices d'information dans toutes les unités et veillerait au renouvellement et au maintien de celles-ci dans le temps. De plus, celui-ci pourrait avoir un rôle de sensibilisation du reste de son équipe et pourrait avoir d'autres rôles plus spécifiques tels que faire des entretiens de psychoéducation avec les patients, favoriser les liens avec l'addictologie ou encore avec des programmes d'éducation thérapeutique.

Nous avons pensé à l'utilisation de la télémédecine pour favoriser les liens entre addictologues et psychiatres, plus largement entre les équipes d'addictologie et de psychiatrie, pour pallier au manque d'effectif et améliorer la communication entre les équipes, qui manquent souvent de temps. Par exemple : pour la demande d'avis spécialisés ; pour la participation à des réunions cliniques (réunion collégiale et pluridisciplinaires sur certains cas complexes ou non) ; pour la réalisation de consultations dans des délais plus rapides, en présence de différents acteurs de la prise en charge du patient (consultations conjointes pluridisciplinaire), ou pour les patients sous contrainte nécessitant un accompagnement pas toujours réalisable en pratique (par manque d'effectif soignant et pour des difficultés d'organisation institutionnelles). Cet outil pourrait ainsi favoriser la pluridisciplinarité, les prises en charge intégrées et la construction d'un réseau de soin dans le parcours du patient. La télémédecine pourrait aussi contribuer aux liens avec d'autres partenaires et acteurs, comme les intervenants socio-éducatifs et les familles des patients.

Les outils numériques pourraient aussi être une solution pertinente puisque d'actualité (la quasi-totalité d'entre nous utilisons des Smartphones, y compris les jeunes patients). Certaines applications ont été créées pour les patients.

L'application « Alix & Moi » dédiée à la réhabilitation cognitive et psychosociale pour les patients souffrants de schizophrénie a récemment vu le jour. Elle est basée sur les méthodes d'entraînement cérébral et a été développée dans le cadre d'un programme de recherche mené au Centre Hospitalier Le Vinatier, à Lyon. Le projet est porté par le Docteur Fabre. (203)

D'autres applications sont dédiées aux addictions. Pour l'aide au sevrage tabagique il existe notamment l'application « Tabac info service » qui est un dispositif d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère de la Santé, de l'Assurance Maladie et de Santé publique France. (204) Pour l'aide au sevrage de l'usage de cannabis il existe l'application Suisse « Stop-cannabis » développée par le service d'Addictologie des Hôpitaux Universitaire de Genève. Cette application apporte des aides et conseils pour les consommateurs et leur entourage. Elle accompagne l'usager dans sa réflexion sur sa consommation de cannabis, donne des informations sur les risques encourus de manière générale et personnalisés. Elle comprend des témoignages et des tests de dépistage. (205)

D'autres applications proposent des programmes de coaching, notamment pour lutter contre les addictions. Par exemple l'application « The Fabulous » qui basée sur les techniques motivationnelles,

d'aide au changement, la psychologie positive et la méditation de pleine conscience. Elle a été développée par l'Université de Duke (située à Durham en Caroline du Nord, aux Etats-Unis).

Ainsi, on pourrait imaginer l'élaboration d'une application dédiée aux patients souffrants de pathologie mentale, qui combinerait les différents aspects des applications précédemment citées. Celle-ci viendrait compléter l'offre de soins actuelle en aidant le patient de manière adaptée et personnalisée. Elle participerait à la psychoéducation sur les troubles. Elle permettrait de rendre accessibles aux jeunes patients les connaissances scientifiques sur les addictions. De plus, en étant disponible à tout moment pour le patient sur son Smartphone, elle favoriserait l'accès et l'adhésion aux soins.

On pourrait aussi imaginer une application dédiée aux professionnels de santé qui leur permettrait un accès rapide, précis et fiable aux informations nécessaires à la prise en charge des patients comorbides. Comprenant notamment des outils de dépistages (échelles et questionnaires) et repérage des addictions. Aussi, les différents moyens de prise en charge et les orientations possibles pour les soins, comme le réseau addictologique à l'échelle locale (centres de soins en addictologie, liste des professionnels de santé, des CSAPA, etc.), des rubriques par type d'addiction et par pathologie mentale.

Outre ces initiatives, les pouvoirs publics ont à la fois un devoir et un rôle majeur à jouer dans l'amélioration de la prise en charge de la comorbidité schizophrénie – usage de cannabis. Notamment dans le développement d'actions sensibilisation et de prévention auprès du grand public et surtout des populations vulnérables ; le développement des actions et des moyens pour la débanalisation de l'usage de cannabis, et la déstigmatisation des patients souffrants de schizophrénie et des usagers de cannabis ; pour renforcer les effectifs et développer la formation des acteurs de soins et des professionnels de santé depuis la formation initiale jusqu'au développement professionnel continu ; pour organiser, structurer, uniformiser et rendre visible l'offre de soins sur chaque territoire ; et enfin, promouvoir la recherche sur la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, et plus largement les pathologies duelles.

Pour finir, une des principales limites concerne la faiblesse de la puissance de l'étude et de certains résultats, d'autres études plus poussées sur cette thématique spécifique seraient nécessaires pour étayer nos conclusions.

Toutefois, nous espérons que ce questionnaire aura pu sensibiliser les psychiatres du GHT13 à la question de la prise en charge des patients présentant la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, voire plus généralement des patients comorbides. Eventuellement, que celui-ci aura permis aux psychiatres de se sentir moins démunis face à la prise en charge de ces patients en contribuant à introduire la notion d'une approche clinique plus globale, complexe, individualisée, voire en lien et intégrée.

CONCLUSION DE L'ETUDE

L'association schizophrénie débutante et consommation de cannabis est estimée comme fréquente dans la patientèle des psychiatres du GHT13. La grande majorité d'entre eux a reçu, depuis janvier 2018, des patients consommant du cannabis, pour lesquels avait été suspectée une psychose émergente ou bien dont l'évolution du trouble schizophrénique était récente. Le cannabis est essentiellement consommé par leurs patients sous forme de joint, avec de la résine ou de l'herbe, fumé mélangé à du tabac. La majorité des patients ne rapporterait pas avoir une vigilance particulière aux taux de THC et de CBD contenus dans leurs produits consommés.

Les psychiatres indiquent que leurs patients cherchent à enrayer certains symptômes handicapant de la schizophrénie grâce à leur consommation de cannabis. Ils recherchent principalement des effets anxiolytiques, mais aussi des effets hypnotiques, d'euphorie/de bien être, et un moyen de socialisation et/ou sociabilisation.

La banalisation de la consommation de cannabis chez les patients souffrant de schizophrénie concernerait tous les acteurs des soins : de manière quasi-unanime, la consommation est banalisée par les patients ; un peu moins d'un répondant sur deux pense que la consommation de cannabis par les patients est banalisée par les proches et les soignants ; et environ un répondant sur trois pense que la consommation de cannabis est banalisée par les psychiatres.

La grande majorité des psychiatres du GHT13 affirme rechercher l'existence de consommations de toxiques (y compris l'usage de tabac et de cannabis) et évaluer ces consommations par le biais de l'anamnèse. En revanche, la recherche de toxiques urinaires est globalement peu ou pas réalisée par la majorité des répondants. Une minorité de répondants assure utiliser des échelles ou questionnaires standardisés. On remarque que la recherche et la quantification de l'usage de cannabis sont réalisées de manière plus systématique que pour la consommation de tabac. Pour la quasi-totalité des psychiatres du GHT13, la recherche et l'évaluation de l'usage de cannabis devraient faire partie de l'interrogatoire systématique du patient souffrant de schizophrénie en début d'évolution des troubles. Celles-ci devraient être réalisées principalement par le psychiatre traitant, mais aussi par les soignants, l'addictologue et le médecin généraliste traitant.

La majorité des psychiatres du GHT13 atteste réaliser une information de prévention et de psychoéducation sur les risques de la consommation de tabac et de cannabis, les bénéfices de la diminution ou de l'arrêt, et les méthodes de sevrage. Cette information est plus souvent prodiguée pour l'usage de cannabis que pour l'usage de tabac. Les psychiatres du GHT13 reconnaissent ne jamais proposer une brochure/dépliant, ni la consultation d'un site internet ou d'une application comme moyen de psychoéducation.

Pour le traitement de la schizophrénie, lorsque la co-occurrence avec l'usage de cannabis existe, les répondants assurent prescrire de préférence un AP de 2^{ème} génération, en monothérapie, à libération prolongée en intramusculaire.

La majorité des répondants déclare prescrire des TNS pour la prise en charge du tabagisme. La majorité des répondants révèlent proposer pour la prise en charge de la consommation de cannabis, la réalisation d'entretiens de psychoéducation centrés sur la délivrance d'une information de prévention. Les répondants dévoilent de manière significative avoir plus tendance à prescrire des TSN dans la prise en charge du tabagisme que pour celle de l'usage de cannabis. A l'inverse, les prises en charge par des entretiens dédiés, des séances d'information, de prévention, de soutien ou guidance, et de psychothérapie, sont déclarées significativement plus réalisées dans l'usage de cannabis que pour le tabac.

L'ensemble des autres moyens de prise en charge de ces jeunes patients comorbides, ne sont avoués être réalisés que par une minorité de répondants, notamment les séances d'EM, de TCCE et de thérapies systémiques.

Les psychiatres du GHT13 orientent préférentiellement le patient vers l'addictologie pour la prise en charge de l'usage de cannabis, que pour l'usage de tabac. Pour le cannabis comme pour le tabac, la majorité des répondants ont tendance à orienter les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles vers une consultation avec un addictologue ou une prise en charge dans un CSAPA. Le recours à une équipe ELSA est lui aussi important, moins que les deux premiers, probablement du fait de son absence dans certaines institutions, et aussi car ceux qui en bénéficient ne sollicitent pas forcément cette équipe de manière systématique.

Le réseau addictologique est signalé comme bien connu et identifié par les psychiatres du GHT13. Une grande majorité d'entre eux fait état de leur possibilité de demander une consultation addictologique, de faire appel à une équipe spécialisée en addictologie extérieure à l'établissement et de demander un avis addictologique téléphonique. Les répondants estiment que les liens sont de qualité entre les équipes de psychiatrie et les équipes d'addictologie. Enfin, ils attestent que la prise en charge la plus adaptée pour ces patients comorbides serait une prise en charge pluridisciplinaire, simultanée des deux troubles, de manière intégrée et la plus précoce possible.

Toutefois, la majorité des psychiatres du GHT13 déplore que la prise en charge de la co-occurrence usage de cannabis chez les patients souffrant de schizophrénie est insuffisante. Le manque d'addictologues est considéré comme la principale entrave à la prise en charge pluridisciplinaire des patients. De plus, une grande majorité des psychiatres répondants à l'étude, avoue ne pas avoir de formation satisfaisante pour prendre en charge la comorbidité usage de cannabis chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles. Enfin, ils révèlent qu'il n'y aurait pas suffisamment de soignants dans leurs équipes formés à des techniques qui leur permettraient de pouvoir prendre en charge cette population de patients.

Les psychiatres du GHT13 déclarent être majoritairement favorables à des temps de consultations spécialisés en addictologie (en CMP ou en unité d'hospitalisation), et à des temps de réunions clinique avec la présence d'un addictologue (en CMP ou en unité d'hospitalisation), car cela pourrait représenter une aide dans leur pratique.

CONCLUSION GENERALE

ET PERSPECTIVES

Nous vivons dans une société devenue profondément addictogène, où les notions de performance, d'excès et d'urgence au plaisir immédiat poussent à la consommation. La schizophrénie est une pathologie psychiatrique grave, complexe et ubiquitaire, pourvoyeuse d'invalidités. La consommation de cannabis est un problème de santé publique en France comme dans le reste du monde. Le cannabis, produit illicite le plus consommé, concernerait la moitié des sujets souffrants de schizophrénie, proportion supérieure à la population générale. Les patients en début d'évolution des troubles schizophréniques, représentent un enjeu de taille, du fait de leur vulnérabilité et de leur plus grande exposition aux conduites addictives. Il est fondamental de réduire les risques de rechutes, de complications et handicaps, de stigmatisations et ainsi améliorer la qualité de vie, optimiser la rémission et l'insertion socio-professionnelle/scolaire.

L'association schizophrénie et usage de cannabis est systématiquement délétère, elle constitue une seule et même entité, une « pathologie duelle ». Trop peu de patients comorbides bénéficient à l'heure actuelle d'une prise en charge spécifique. Or, l'impact de cette co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis est considérable pour les personnes qui en souffrent, pour leur entourage, pour ceux qui les soignent et au niveau médico-économique. Elle constitue un problème de santé majeur, tant par sa prévalence que par sa gravité. Elle est plus complexe que la présence d'un des deux troubles de manière isolé et est plus difficile à traiter. Les conséquences de cette pathologie duelle ont été mises en évidence par la synthèse de nombreux travaux de la littérature, il s'agit :

- D'une grande fréquence de suicides et de tentatives de suicides ;
- D'une plus grande fréquence de comorbidités somatiques, avec une diminution de l'espérance de vie ;
- De plus de délinquance et de criminalité ;
- De plus de désinsertion sociale et de précarité ;
- D'une moins bonne compliance aux traitements et aux soins ;
- De taux plus élevés d'hospitalisations ;
- D'une plus grande fréquence de rechutes pour les deux troubles.

Ainsi, l'approche diagnostique et thérapeutique devra toujours être menée conjointement et globalement pour les deux troubles. L'évolution et la rémission du patient dépendront de l'amélioration du tableau clinique dans son ensemble, de même que la rechute de l'un des deux troubles provoquera celle de l'autre. Envisager la prise en charge uniquement sur un seul aspect, constitue une perte de chances pour le patient. En raison des limites des traitements pharmacologiques et des conséquences cognitives du trouble mental, l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité doit être central et l'intensité de la prise en charge doit être augmentée. L'appétence pour l'usage du cannabis et sa

particulière nocivité chez les sujets souffrants de schizophrénie, imposent de développer des approches spécifiques et adaptées à cette population. Les combinaisons avantageuses de techniques de psychoéducation, de prévention, des traitements pharmacologiques, des approches psychothérapeutiques, des interventions cognitivo-comportementales-émotionnelles, motivationnelles, d'apprentissage de compétences sociales, d'identification de nouvelles sources de plaisirs, offrent à l'heure actuelle, le traitement le plus efficace pour la comorbidité schizophrénie – usage de cannabis. L'utilisation d'une large palette d'options thérapeutiques est cruciale chez ces patients. L'association des différentes stratégies permet des effets synergiques de potentialisation mutuelle de celles-ci, et ainsi, un plus grand succès thérapeutique et un meilleur pronostic pour les deux troubles.

La schizophrénie et le cannabis ont fait l'objet de nombreuses études contrairement aux modalités de soins intégrés et coordonnés. Pour l'heure il n'existe pas de preuve, ni de recommandations, de protocole de soins spécifique à privilégier. Toutefois, il ressort des données de la littérature que les approches et modes d'interventions les plus pertinents et adaptés seraient basés sur le modèle « bio-psycho-social. » Les spécificités cliniques de la pathologie duelle ont poussé à développer de nouveaux types de prise en charge appelés « programmes intégratifs ». Ils se réalisent en partenariat entre des équipes ayant des compétences complémentaires (psychiatrie et addictologie), ou par la même équipe si elle possède la double compétence. Ils permettent d'aborder les deux troubles simultanément avec une stratégie thérapeutique globale accordant à chaque trouble la même importance dans un système de soin décloisonné, sans omettre les interactions qui lient les deux pathologies.

Les résultats de notre étude menée à l'échelle départementale auprès des psychiatres du GTH13 témoignent de l'importance de cette problématique dans la pratique clinique courante, ainsi que du déficit dans la prise en charge des patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis par un manque de moyens pour la mise en œuvre de soins adaptés. La déclinaison des recommandations internationales fait défaut. Ainsi, afin que la prise en charge de ces patients soit intégrée, tout en renforçant les effectifs, il serait primordial de s'intéresser à la problématique du lien entre les différents acteurs pour une meilleure efficacité de la prise en charge globale du patient. Sensibiliser et former les professionnels de santé permettraient de rendre compte de l'importance de créer et de maintenir ce lien. L'enjeu de cette étude était de sensibiliser les praticiens des Bouches du Rhône à cette pathologie duelle, voire de permettre une nouvelle mobilisation des professionnels dans la démarche de soins intégrés.

Actuellement, l'application de ces prises en charge se heurte à la rigidité de notre système de soins, aux résistances de certains acteurs de soins à considérer une réelle coordination et un vrai travail en réseau, mais surtout à un manque notable de moyens. Les organisations de soins s'exercent en parallèles et sont insuffisamment communicantes. Il faut donc impérativement améliorer l'articulation entre addictologie et psychiatrie, inciter les établissements de santé à proposer une prise en charge structurée, à développer un dispositif de soin organisé et adapté à ces patients présentant une pathologie duelle. L'harmonisation et la planification des soins pourrait passer par :

- L'établissement d'un plan gouvernemental de prévention (auprès du grand public et surtout des populations vulnérables) et d'organisation des soins, aux échelles nationale et régionale. Les objectifs seraient d'une part de faciliter le décloisonnement et les liens entre les acteurs médicaux, médico-sociaux et les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion ; et d'autre part d'éviter les ruptures de parcours de soin des patients. Aussi, les pouvoirs publics ont un rôle majeur à jouer dans le développement de moyens en faveur de la débanalisation de l'usage de cannabis, et de la déstigmatisation des patients souffrants de schizophrénie et des usagers de drogues.
- La réalisation de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie et d'usage de cannabis.
- Favoriser la formation des professionnels de santé psychiatriques et addictologiques sur les pathologies duelles et leur prise en charge.
- La création d'une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) dans tous les établissements psychiatriques.
- La création de lits d'hospitalisation temps plein pour les patients présentant une pathologie duelle.
- La création de places en HDJ, en CATTP, ou en cliniques privées avec des ateliers thérapeutiques spécifiques, notamment centrés sur les troubles cognitifs en lien avec les centres de la mémoire, pour les patients présentant une pathologie duelle.
- La création de consultations spécifiques en CMP ou en CSAPA pour les patients présentant une pathologie duelle.
- La création de centres experts ou de références dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), qui travailleraient en partenariat avec les structures périphériques et réaliserait une activité de recherche dans le domaine de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, et plus largement des pathologies duelles.
- La désignation d'un soignant référent d'addictologie dans toutes les unités de psychiatrie (hospitalières et ambulatoires) qui aurait un rôle d'information, de prévention et de sensibilisation, ainsi que de favoriser les liens avec l'addictologie ou encore avec des programmes d'éducation thérapeutique.
- Le développement de l'utilisation de la télémédecine pour favoriser les liens entre les équipes d'addictologie et de psychiatrie, et d'autres acteurs comme l'entourage du patient. Cet outil pourrait favoriser la pluridisciplinarité, les prises en charge intégrées et la construction d'un réseau de soin dans le parcours du patient.

- Les outils numériques pourraient aussi être une solution pertinente et d'actualité, notamment par la création d'applications pour Smartphones dédiées aux patients (pour compléter l'offre de soins actuelle, aider le patient de manière adaptée et personnalisée ; pour favoriser la psychoéducation sur les troubles, l'accès aux connaissances scientifiques sur les addictions, ainsi que l'accès et l'adhésion aux soins en étant disponible à tout moment pour le patient sur son Smartphone) et dédiées aux professionnels de santé (pour un accès rapide, précis et fiable aux informations nécessaires à la prise en charge et l'orientation des patients comorbides).



« Un problème sans solution est un problème mal posé. » Albert Einstein



BIBLIOGRAPHIE

1. Franck N. Traités de l'encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) - Traité de psychiatrie : Clinique de la schizophrénie. <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/data/traites/ps/37-59577/> [Internet]. 15 déc 2012 [cité 9 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/737505#>
2. Bottéro A. Un siècle de schizophrénie, A Century of Schizophrenia, Un siglo de esquizofrenia. *L'information psychiatrique*. 2010;me 86(5):391-403.
3. Hautecouverture S, Limosin F, Rouillon F. Épidémiologie des troubles schizophréniques. *La Presse Médicale*. mars 2006;35(3):461-8.
4. Kapsambelis V, Kecskeméti S. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte - Chapitre 26 - Schizophrénies débutantes. 2e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2015. (Quadrige).
5. Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie - Chapitre 12 - Schizophrénie et autres troubles psychotiques. 3e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2017. 1606 p.
6. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* [Internet]. déc 2015 [cité 15 août 2018];15(1). Disponible sur: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0578-7>
7. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*. 14 mai 2008;30(1):67-76.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - [Internet]. 2017 [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
9. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
10. Haute Autorité de Santé (HAS). ALD n°23 - Schizophrénies - Guide HAS - Recommandations pour la pratique clinique et conférences de consensus. 2007 [cité 3 janv 2019]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies
11. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm). Schizophrénie [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
12. Franck N. Traités EMC: Clinique de la schizophrénie. <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/data/traites/ps/37-59577/> [Internet]. 15 déc 2012 [cité 9 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/737505#>
13. Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte - Chapitre 23 - Introduction aux pathologies psychotiques. 2e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2015. (Quadrige).
14. OMS. CIM-10 FR 2018 à usage PMSI | Publication ATIH [Internet]. 2018 [cité 21 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/cim-10-fr-2018-usage-pmsi>

15. Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte - Chapitre 27 - Schizophrénies de la période d'état. 2e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2015. (Quadriges).
16. Begic D, Bise S, Kurtovic B, Cemalovic O. P.3.a.001 Somatic comorbidity and schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*. 1 sept 2011;21:S453-4.
17. Dieset I, Andreassen OA, Haukvik UK. Somatic Comorbidity in Schizophrenia: Some Possible Biological Mechanisms Across the Life Span. *Schizophr Bull*. nov 2016;42(6):1316-9.
18. Bouloc-Favre A. Addictions et comorbidités psychiatriques: approche thérapeutique et enjeux institutionnels [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2015.
19. Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM, Doucette WT, Green AI. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophrenia Research*. 1 avr 2018;194:78-85.
20. Benyamina A, Luquiens A, Reynaud M, Paille F. Addictions et comorbidités - Chapitre 2 - Epidémiologie et impact médico-économique. Paris: Dunod; 2014.
21. Brunette MF, Mueser KT, Babbin S, Meyer-Kalos P, Rosenheck R, Correll CU, et al. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 1 avr 2018;194:4-12.
22. Koskinen J, Löhönen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*. nov 2010;36(6):1115-30.
23. Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielssen O. Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis: A Systematic Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 6 juin 2011;68(6):555-61.
24. Colizzi M, Carra E, Fraietta S, Lally J, Quattrone D, Bonaccorso S, et al. Substance use, medication adherence and outcome one year following a first episode of psychosis. *Schizophrenia Research*. févr 2016;170(2-3):311-7.
25. Foti DJ, Kotov R, Guey LT, Bromet EJ. Cannabis use and the course of schizophrenia: 10-year follow-up after first hospitalization. *Am J Psychiatry*. août 2010;167(8):987-93.
26. OMS. OMS - Communiqué de presse - L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11) [Internet]. World Health Organization. 2018 [cité 21 juill 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
27. OMS. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f334423054>
28. Krebs M-O, Magaud E, Willard D, Elkhazen C, Chauchot F, Gut A, et al. Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. *L'Encéphale*. 1 déc 2014;40(6):447-56.
29. Favrod J, Rexhaj S, Ferrari P, Bardy S, Hayoz C, Morandi S, et al. French version validation of the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) for outpatients with persistent psychotic symptoms. *BMC Psychiatry*. 28 sept 2012;12(1):161.
30. Validity and reliability of the French-language version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) - Lançon - 1999 - *Acta Psychiatrica Scandinavica* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.lama.univ-amu.fr/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10851.x>

31. Häfner H, Nowotny B, Löffler W, an der Heiden W, Maurer K. When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1 déc 1995;246(1):17-28.
32. Bottai T, Cotton I, Drigeard A, Vaglio V. Les prodromes des rechutes schizophréniques. *L'Encéphale*. janv 2009;35:S33-40.
33. Kapsambelis V, Kecskeméti S. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte - Chapitre 24 - Psychoses aiguës. 2e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2015. (Quadrige).
34. Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review. | *Psychiatry | JAMA Psychiatry | JAMA Network* [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://jamanetwork-com.lama.univ-amu.fr/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1108403>
35. Breitborde NJK, Srihari VH, Woods SW. Review of the operational definition for first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2009;3(4):259-65.
36. Coentre R, Levy P, Figueira ML. [Early intervention in psychosis: first-episode psychosis and critical period]. *Acta Med Port*. févr 2011;24(1):117-26.
37. Iyer SN, Malla AK. [Early intervention in psychosis: concepts, current knowledge and future directions]. *Sante Ment Que*. Fall 2014;39(2):201-29.
38. Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte - Chapitre 28 - Evolution et formes terminales des schizophrénies. 2e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2015. (Quadrige).
39. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*. 1 mai 2009;110(1):1-23.
40. BARBIER G, DEMONTÈS C, LECERF J-R, MICHEL J-P. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? [Internet]. Sénat; 2009 2010 [cité 12 janv 2019]. Report No.: N° 434. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4342.html>
41. Richard D, Senon J-L. De la plante à la drogue. *Que sais-je ?* 26 oct 2010;5e éd.:5-27.
42. Drogues Info Service. Le dico des drogues - Cannabis [Internet]. Drogues Info Service. [cité 28 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Cannabis>
43. Paczesny M. Cannabis sativa L.: étude botanique et chimique: propriétés médicales et état des lieux sur la réglementation. *Faculté de Pharmacie de Grenoble*; 2014.
44. McPartland JM. Cannabis Systematics at the Levels of Family, Genus, and Species. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2018;3(1):203-12.
45. Gouvernement du Canada S. Renseignements destinés aux professionnels de la santé: Le cannabis (marijuana, marihuana) et les cannabinoïdes -Revue de la littérature [Internet]. Canada; 2018 oct [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/reenseignements-medecins/reenseignements-destines-professionnels-sante-cannabis-cannabinoïdes.html#list>
46. Hillig KW, Mahlberg PG. A chemotaxonomic analysis of cannabinoid variation in Cannabis (Cannabaceae). *American Journal of Botany*. 1 juin 2004;91(6):966-75.
47. Richard D, Senon J-L. Le cannabis dans l'histoire. In: *Que sais-je ?* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2010 [cité 1 nov 2018]. p. 28-44. Disponible sur:

http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=PUF_RICHA_2010_01_0028&DocId=348881&hits=5087+5084+5082+5081+3468+3466+3464+7+5+4+

48. WARF, BARNEY UOK, CBS News AB-BL com. Marijuana: How one plant spread throughout the world. LiveScience, CBS News [Internet]. 2014 [cité 21 nov 2018]; Disponible sur: <https://www.cbsnews.com/news/marijuana-how-one-plant-spread-throughout-the-world/>
49. Discover | Natural History Museum [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: http://www.nhm.ac.uk/discover.html?section=regions®ion_ID=1&page=spread&ref=sweet_potato
50. Wikipédia. Encyclopédie Wikimonde. In [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: <https://wikimonde.com/>
51. Assassins, la secte derrière le mot [Internet]. France Culture. 2019 [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/histoire/assassins-la-secte-derriere-le-mot>
52. Iran : la légende noire de la secte des "assassins" - Geo.fr [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://www.geo.fr/histoire/iran-la-legende-noire-de-la-secte-des-assassins-187670>
53. Musée du cannabis (Amsterdam, Barcelone). Histoire du chanvre [Internet]. Hash Marijuana & Hemp Museum. 2014 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://hashmuseum.com/fr/collection/histoire-du-chanvre>
54. Løkken S, Eckblad F-E. Carl von Linné. In: Store norske leksikon [Internet]. 2018 [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: http://snl.no/Carl_von_Linn%C3%A9
55. Encyclopédie Larousse en ligne. Carl von Linné. In [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Carl_von_Linn%C3%A9/130020
56. Wikipédia. Wikipédia. In: Wikipedia, the free encyclopedia [Internet]. 2018 [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal&oldid=151196944
57. Arveiller J. Le Cannabis en France au XIXe siècle : une histoire médicale. L'Évolution Psychiatrique. 1 juill 2013;78(3):451-84.
58. Moreau J-J (1804-1884) A du texte. Du hachisch et de l'aliénation mentale : études psychologiques / par J. Moreau (de Tours),... [Internet]. 1845 [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k768978>
59. Ball B, Luys J. L'Encéphale : journal des maladies mentales et nerveuses / sous la direction de MM. B. Ball, J. Luys [Internet]. Gallica. 1881 [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5600499z>
60. MARCHANT A. L'Impossible prohibition: Drogues et toxicomanie en France 1945-2017. Place des éditeurs; 2018. 366 p.
61. TRIBUNE. Cannabis: 150 personnalités marseillaises demandent la « légalisation contrôlée ». 8 janv 2017 [cité 17 juill 2018]; Disponible sur: <https://www.lejdd.fr/Politique/TRIBUNE-Cannabis-150-personnalites-marseillaises-demandent-la-legalisation-controlee-838090>
62. Légifrance. Arrêté du 22 août 1990 portant application de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique pour le cannabis. Sect. Article 1. Article 2. Article 3. Annexes. nov 22, 2018.
63. OFDT. Cannabis - Synthèse des connaissances [Internet]. [cité 24 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
64. OEDT, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (EMCDDA). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. 2018. 2018;96.

65. OEDT, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (EMCDDA). Cannabis drug profile [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cannabis/fr>
66. Cannabis thérapeutique en France : programme de travail du CSST - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 27 oct 2018]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Cannabis-therapeutique-en-France-programme-de-travail-du-CSST-Point-d-Information>
67. Adams AJ, Banister SD, Irizarry L, Trecki J, Schwartz M, Gerona R. « Zombie » Outbreak Caused by the Synthetic Cannabinoid AMB-FUBINACA in New York. *N Engl J Med*. 19 2017;376(3):235-42.
68. Mir A, Obafemi A, Young A, Kane C. Myocardial infarction associated with use of the synthetic cannabinoid K2. *Pediatrics*. déc 2011;128(6):e1622-1627.
69. Trecki J, Gerona RR, Schwartz MD. Synthetic Cannabinoid–Related Illnesses and Deaths. *The New England Journal of Medicine* [Internet]. 8 juill 2015 [cité 10 déc 2018]; Disponible sur: <https://www-nejm-org.lama.univ-amu.fr/doi/10.1056/NEJMp1505328>
70. Drogues Info Service. Le dico des drogues - Cannabis de synthèse (Spice) [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Cannabis-de-synthese-Spice#.W_LC5eLjJPZ
71. Rodriguez de Fonseca F, Del Arco I, Bermudez-Silva FJ, Bilbao A, Cippitelli A, Navarro M. The endocannabinoid system: physiology and pharmacology. *Alcohol Alcohol*. 1 janv 2005;40(1):2-14.
72. Serrano A, Parsons LH. Endocannabinoid influence in drug reinforcement, dependence and addiction-related behaviors. *Pharmacology & Therapeutics*. 1 déc 2011;132(3):215-41.
73. Maccarrone M, Gasperi V, Catani MV, Diep TA, Dainese E, Hansen HS, et al. The endocannabinoid system and its relevance for nutrition. *Annu Rev Nutr*. 21 août 2010;30:423-40.
74. Aggarwal S. Cannabinergic Pain Medicine: Developing a Concise Clinical Primer and Surveying Randomized-Controlled Trial Results (S702). *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 févr 2013;45(2):416-7.
75. Hillard CJ. The Endocannabinoid Signaling System in the CNS: A Primer. *Int Rev Neurobiol*. 2015;125:1-47.
76. Reynaud M, Benyamina A. *Addiction au cannabis*. Flammarion. Paris: LAVOISIER MSP; 2009. 149 p. (Formation permanente).
77. Benyamina A, Dematteis M, Mallaret M. *Addictions et comorbidités - Chapitre 21 - Les thérapies médicamenteuses*. Paris: Dunod; 2014.
78. Stahl SM, Muntner N, Lemoine P. *Psychopharmacologie essentielle: bases neuroscientifiques et applications pratiques*. 4e édition française. Paris: Lavoisier Médecine sciences; 2015.
79. jeanyvesnau. Cannabis et exercice physique : souris et chocolat nous ouvrent des perspectives philosophiques [Internet]. *Journalisme et Santé Publique*. 2019 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://jeanyvesnau.com/2019/04/07/cannabis-et-exercice-physique-souris-et-chocolat-ouvrent-des-perspectives-philosophiques/>
80. Kalapa Clinic. Medical Cannabis and the Endocannabinoid System | [Internet]. Kalapa Clinic | Plataforma especializada en tratamientos con cannabinoides. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.kalapa-clinic.com/en/endocannabinoid-system-medical-cannabis/>
81. McPartland JM, Duncan M, Di Marzo V, Pertwee RG. Are cannabidiol and $\Delta(9)$ - tetrahydrocannabivarin negative modulators of the endocannabinoid system? A systematic review. *Br J Pharmacol*. févr 2015;172(3):737-53.

82. Wright MJ, Vandewater SA, Taffe MA. Cannabidiol attenuates deficits of visuospatial associative memory induced by $\Delta 9$ tetrahydrocannabinol. *British Journal of Pharmacology*. 2013;170(7):1365-73.
83. Riedel G, Fadda P, McKillop-Smith S, Pertwee RG, Platt B, Robinson L. Synthetic and plant-derived cannabinoid receptor antagonists show hypophagic properties in fasted and non-fasted mice. *Br J Pharmacol*. avr 2009;156(7):1154-66.
84. Izzo AA, Borrelli F, Capasso R, Marzo VD, Mechoulam R. Non-psychotropic plant cannabinoids: new therapeutic opportunities from an ancient herb. *Trends in Pharmacological Sciences*. 1 oct 2009;30(10):515-27.
85. Pertwee RG. The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol, cannabidiol and $\Delta 9$ -tetrahydrocannabivarin. *Br J Pharmacol*. janv 2008;153(2):199-215.
86. Richard D, Senon J-L. Activité pharmacologique du cannabis. *Que sais-je ?* 26 oct 2010;5e éd.:45-101.
87. Schubart CD, Sommer IEC, van Gastel WA, Goetgebuer RL, Kahn RS, Boks MPM. Cannabis with high cannabidiol content is associated with fewer psychotic experiences. *Schizophrenia Research*. 1 août 2011;130(1):216-21.
88. ADDICA - Réseau Addictions de Champagne-Ardenne [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://reseaux-sante-ca.org/?Les-differentes-classifications-des-substances-psycho-actives&reseau=addica>
89. Deniker P. Principles of french pharmaco-clinical classification. *Progress in Neuro-Psychopharmacology*. janv 1980;4(4-5):455-68.
90. Lançon C. *Conduites addictives et processus de changement*. John Libbey Eurotext; 2013. 121 p.
91. Hanna RC, Perez JM, Ghose S. Cannabis and development of dual diagnoses: A literature review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 4 juill 2017;43(4):442-55.
92. OFDT, Cadet-Taïrou A, Brisacier A-C, Díaz C, Gandilhon M, Nézet OL, et al. *Drogues, chiffres clés - 2017;(7ème édition):8*.
93. Cottraux J. *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. 6e édition [intégralement restructurée]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017. (Médecine et psychothérapie).
94. Lopez-Quintero C, Cobos JP de los, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*. 1 mai 2011;115(1):120-30.
95. Abstinence phenomena of chronic cannabis-addicts prospectively monitored during controlled inpatient detoxification (Part II): Psychiatric complaints and their relation to delta-9-tetrahydrocannabinol and its metabolites in serum - ScienceDirect [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871615015938?via%3Dihub>
96. Lee D, Schroeder JR, Karschner EL, Goodwin RS, Hirvonen J, Gorelick DA, et al. Cannabis Withdrawal in Chronic, Frequent Cannabis Smokers during Sustained Abstinence within a Closed Residential Environment. *Am J Addict*. mai 2014;23(3):234-42.
97. Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. Review of the Validity and Significance of Cannabis Withdrawal Syndrome. *AJP*. 1 nov 2004;161(11):1967-77.

98. Hasin DS. US Epidemiology of Cannabis Use and Associated Problems. *Neuropsychopharmacology*. janv 2018;43(1):195-212.
99. Calvigioni D, Hurd YL, Harkany T, Keimpema E. Neuronal substrates and functional consequences of prenatal cannabis exposure. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. oct 2014;23(10):931-41.
100. Grant KS, Petroff R, Isoherranen N, Stella N, Burbacher TM. Cannabis Use during Pregnancy: Pharmacokinetics and Effects on Child Development. *Pharmacol Ther*. févr 2018;182:133-51.
101. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
102. Kumar RN, Chambers WA, Pertwee RG. Pharmacological actions and therapeutic uses of cannabis and cannabinoids. *Anaesthesia*. 2001;56(11):1059-68.
103. Santé publique France. INPES - Les Baromètres santé, un observatoire des comportements des Français [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/index.asp>
104. OFDT. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies - OFDT [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/>
105. OEDT ou E. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.emcdda.europa.eu/>
106. ONUDC ou U. Office des Nations unies contre la drogue et le crime - United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.unodc.org/unodc/index.html>
107. OICS (INCB). Rapport 2017 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (International Narcotics Control Board). 2017;164.
108. Le Sénat, SERVICE DES AFFAIRES EUROPEENNES. Etude de législation comparée - La dépénalisation de la consommation du cannabis [Internet]. 2002 janv [cité 27 août 2019]. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc99/lc99_mono.html#toc21
109. Franceinfo, Agence France Presse (AFP). Le Canada déjà en pénurie de cannabis, une semaine après sa légalisation. Franceinfo [Internet]. 27 oct 2018 [cité 25 nov 2018]; Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cannabis/le-canada-deja-en-penurie-de-cannabis-une-semaine-apres-sa-legalisation_3006457.html
110. L'Express, Agence France Presse (AFP). Légalisation du cannabis: le Canada déjà en pénurie - L'Express. 28 oct 2018 [cité 25 nov 2018]; Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/monde/amerique-nord/legalisation-du-cannabis-le-canada-deja-en-penurie_2044923.html
111. France télévision F 2. Cannabis : le Royaume-Uni l'autorise à usage thérapeutique. 2 nov 2018 [cité 25 nov 2018]; Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cannabis/cannabis-le-royaume-uni-l-autorise-a-usage-therapeutique_3015433.html
112. Giniaux A, Franceinfo. « Mon fils de 7 ans va avoir une vie presque normale » : le cannabis thérapeutique est désormais autorisé au Royaume-Uni. Franceinfo [Internet]. 1 nov 2018 [cité 25 nov 2018]; Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cannabis/mon-fils-de-7-ans-va-avoir-une-vie-presque-normale-le-cannabis-therapeutique-est-desormais-autorise-au-royaume-uni_3013797.html
113. Franceinfo, Agence France Presse (AFP). La Grèce délivre ses premières autorisations pour cultiver du cannabis thérapeutique. Franceinfo [Internet]. 19 nov 2018 [cité 25 nov 2018];

Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cannabis/la-grece-delivre-ses-premieres-autorisations-pour-cultiver-du-cannabis-therapeutique_3042557.html

114. Le Monde. En Jamaïque, une « loi ganja » pour changer la vie. 19 août 2015 [cité 7 janv 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/festival/article/2015/08/19/en-jamaïque-une-loi-ganja-pour-changer-la-vie_4729982_4415198.html
115. Le Figaro. La Jamaïque légalise le cannabis. 25 févr 2015 [cité 7 janv 2019]; Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/international/2015/02/25/01003-20150225ARTFIG00293-la-jamaïque-legalise-le-cannabis.php>
116. OFDT, Beck F, Spilka S, Nguyen-Thanh V, Gautier A, Le Nézet O, et al. Cannabis : usages actuels en population adulte - Tendances n° 119 - juin 2017 - OFDT. juin 2017 [cité 10 nov 2018]; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/cannabis-usages-actuels-en-population-adulte-tendances-n-119-juin-2017/>
117. Légifrance. Code de la santé publique - Article R5132-74. Code de la santé publique.
118. Service des affaires européennes. Document de travail du Sénat sur le thème de la dépénalisation de la consommation du cannabis [Internet]. 2002 [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc99/lc99_mono.html
119. Légifrance. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 Relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et a la repression du trafic et de l'usage illicite des substances veneneuses. 70-1320 déc 31, 1970.
120. MILDECA. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives [Internet]. [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/grand-public>
121. Légifrance. Légifrance, le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
122. Légifrance. Code de la santé publique - Article R5132-86. Code de la santé publique.
123. Franceinfo, Agence France Presse (AFP). L'Assemblée nationale vote la création d'une amende forfaitaire de 200 euros pour les consommateurs de cannabis. Franceinfo [Internet]. 23 nov 2018 [cité 25 nov 2018]; Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cannabis/l-assemblee-nationale-vote-la-creation-d-une-amende-forfaitaire-de-200-euros-pour-les-consommateurs-de-cannabis_3048901.html
124. Libération, Agence France Presse (AFP). Le consommateur de cannabis risque désormais une amende de 200 euros. 24 nov 2018 [cité 25 nov 2018]; Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2018/11/24/le-consommateur-de-cannabis-risque-desormais-une-amende-de-200-euros_1694016?xtor=rss-450
125. Le Monde, Agence France Presse (AFP). Cannabis : l'Assemblée adopte la création d'une amende forfaitaire. 24 nov 2018 [cité 25 nov 2018]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/11/24/cannabis-l-assemblee-adopte-la-creation-d-une-amende-forfaitaire_5387883_1651302.html
126. jeanyvesnau. Cannabis, c'est fait: la décision politique catastrophique de l'amende de 200 € est validée [Internet]. Journalisme et Santé Publique. 2019 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://jeanyvesnau.com/2019/03/23/cannabis-cest-fait-la-decision-politique-catastrophique-de-lamende-de-200-e-est-validee/>
127. La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/qui-sommes-nous/la-mission>

128. jeanyvesnau. Cannabis thérapeutique : les premiers mots historiques d'Edouard Philippe, Premier ministre [Internet]. Journalisme et Santé Publique. 2019 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://jeanyvesnau.com/2019/04/06/cannabis-therapeutique-premiers-mots-historiques-dedouard-philippe-premier-ministre/>
129. jeanyvesnau. Cannabis et politique: Marisol Touraine n'est plus « fermée » à une vente « encadrée » [Internet]. Journalisme et Santé Publique. 2019 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://jeanyvesnau.com/2019/04/01/cannabis-et-politique-marisol-touraine-nest-plus-fermee-a-une-vente-encadree/>
130. L'Assemblée nationale autorise une expérimentation du cannabis thérapeutique pour deux ans [Internet]. Franceinfo. 2019 [cité 27 oct 2019]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cannabis/l-assemblee-nationale-autorise-une-experimentation-du-cannabis-therapeutique-pour-deux-ans_3674689.html
131. Cannabis thérapeutique en France : l'ANSM publie les premières conclusions du CSST - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cannabis-therapeutique-en-France-l-ANSM-publie-les-premieres-conclusions-du-CSST-Point-d-Information>
132. Cannabis à visée thérapeutique en France : le comité d'experts poursuit son programme de travail - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cannabis-a-visee-therapeutique-en-France-le-comite-d-experts-poursuit-son-programme-de-travail-Point-d-Information>
133. Goodman A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*. nov 1990;85(11):1403-8.
134. Manseau MW, Goff DC. Cannabinoids and Schizophrenia: Risks and Therapeutic Potential. *Neurotherapeutics*. oct 2015;12(4):816-24.
135. HAS. Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques [Internet]. 2018 [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques
136. Kingdon DG, Turkington D, Périard P, Rivière B. Thérapie cognitive de la schizophrénie: une thérapie par le dialogue et l'écoute du sujet. Bruxelles Paris: De Boeck; 2011. (Carrefour des psychothérapies).
137. HAS. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation et comment la proposer et la réaliser. juin 2007;4(1):39-43.
138. Allsop DJ, Copeland J, Lintzeris N, Dunlop AJ, Montebello M, Sadler C, et al. Nabiximols as an Agonist Replacement Therapy During Cannabis Withdrawal: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 mars 2014;71(3):281-91.
139. Benyamina A, Casas M. Addictions et comorbidités - Chapitre 1 - Introduction à la notion de comorbidité et concept de dual diagnosis. Paris: Dunod; 2014.
140. Haney M, Hart CL, Vosburg SK, Nasser J, Bennett A, Zubarán C, et al. Marijuana Withdrawal in Humans: Effects of Oral THC or Divalproex. *Neuropsychopharmacology*. janv 2004;29(1):158-70.
141. Johnston J, Lintzeris N, Allsop D, Suraev A, Booth J, Carson D, et al. Lithium carbonate in the management of cannabis withdrawal: a randomized placebo-controlled trial in an inpatient setting. *Psychopharmacology*. 15 déc 2014;231(24):4623-36.

142. Cooper ZD, Foltin RW, Hart CL, Vosburg SK, Comer SD, Haney M. A human laboratory study investigating the effects of quetiapine on marijuana withdrawal and relapse in daily marijuana smokers. *Addict Biol* [Internet]. nov 2013 [cité 28 avr 2019];18(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3465638/>
143. Herrmann ES, Cooper ZD, Bedi G, Ramesh D, Reed SC, Comer SD, et al. Effects of zolpidem alone and in combination with nabilone on cannabis withdrawal and a laboratory model of relapse in cannabis users. *Psychopharmacology (Berl)*. 2016;233(13):2469-78.
144. Vandrey R, Smith MT, McCann UD, Budney AJ, Curran EM. Sleep disturbance and the effects of extended-release zolpidem during cannabis withdrawal. *Drug Alcohol Depend*. 1 août 2011;117(1):38-44.
145. Nabilone Decreases Marijuana Withdrawal and a Laboratory Measure of Marijuana Relapse [Internet]. OpenAIRE - Explore. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____267::1113e4ebdbc64c48309748d40dba6b63
146. Levin FR, Mariani JJ, Brooks DJ, Pavlicova M, Cheng W, Nunes EV. Dronabinol for the treatment of cannabis dependence: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 juill 2011;116(1):142-50.
147. Prud'homme M, Cata R, Jutras-Aswad D. Cannabidiol as an Intervention for Addictive Behaviors: A Systematic Review of the Evidence. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 1 mai 2015;2015(9):33-8.
148. Crippa J a. S, Hallak JEC, Machado-de-Sousa JP, Queiroz RHC, Bergamaschi M, Chagas MHN, et al. Cannabidiol for the treatment of cannabis withdrawal syndrome: a case report. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2013;38(2):162-4.
149. Morgan CJA, Schafer G, Freeman TP, Curran HV. Impact of cannabidiol on the acute memory and psychotomimetic effects of smoked cannabis: naturalistic study. *The British Journal of Psychiatry*. oct 2010;197(4):285-90.
150. Haute Autorité de santé (HAS). Recommandation de bonne pratique : Arrêt de la consommation de tabac. 2014;60.
151. jeanyvesnau. E-cigarette contre Champix® : un million d'euros d'argent public vont-ils partir en fumée ? [Internet]. *Journalisme et Santé Publique*. 2019 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://jeanyvesnau.com/2019/04/15/e-cigarette-contre-champix-un-million-deuros-dargent-public-vont-ils-partir-en-fumee/>
152. Cannabidiol reduces cigarette consumption in tobacco smokers: Preliminary findings - ScienceDirect [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S030646031300083X>
153. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 févr 2013;(2):CD007253.
154. Shawen AE, Drayton SJ. Review of pharmacotherapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. *Ment Health Clin*. 26 mars 2018;8(2):78-85.
155. Akerman SC, Brunette MF, Noordsy DL, Green AI. Pharmacotherapy of Co-Occurring Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Current Addiction Reports*. déc 2014;1(4):251-60.
156. Benyamina A, Hoessler J, Aubin H-J. Addictions et comorbidités - Chapitre 23 - Les thérapies cognitives et comportementales. Paris: Dunod; 2014.

157. Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S, Languérand É, Whalen M, Hadj-Slimane F. Pratique de l'entretien motivationnel en santé mentale. Paris: InterEditions Dunod; 2016. (Développement personnel et accompagnement).
158. Miller WR, Rollnick S, Michaud P, Lécallier D. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. 2e édition. Paris: InterÉditions; 2013. (Techniques de développement personnel).
159. Schnell T, Becker T, Thiel MC, Gouzoulis-Mayfrank E. Craving in Patients with Schizophrenia and Cannabis Use Disorders. *Can J Psychiatry*. 1 nov 2013;58(11):646-9.
160. Carey KB, Purnine DM, Maisto SA, Carey MP. Enhancing Readiness-to-Change Substance Abuse in Persons with Schizophrenia: A Four-Session Motivation-Based Intervention. *Behav Modif*. 1 juill 2001;25(3):331-84.
161. Bonsack C, Montagrin Y, Favrod J, Gibellini S, Conus P. Une intervention motivationnelle pour les consommateurs de cannabis souffrant de psychose. *L'Encéphale*. oct 2007;33(5):819-26.
162. André C. Méditer jour après jour: 25 leçons pour vivre en pleine conscience. Paris: L'iconoclaste; 2011.
163. RICARD M. L'Art de la méditation. Groupe Robert Laffont; 2011. 130 p.
164. Li W, Howard MO, Garland EL, McGovern P, Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1 avr 2017;75:62-96.
165. Aust J, Bradshaw T. Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017;24(1):69-83.
166. Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 1 oct 2013;150(1):176-84.
167. Chadwick P, Strauss C, Jones A-M, Kingdon D, Ellett L, Dannahy L, et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*. 1 août 2016;175(1):168-73.
168. Benyamina A, Lafaye G. Addictions et comorbidités - Chapitre 24 - Les approches familiales. Paris: Dunod; 2014.
169. Cassen M, Delile J-M. Thérapies familiales et addictions: nouvelles perspectives. *Psychotropes*. 2007;Vol. 13(3):229-49.
170. Keller AB et P-H. Hypnose clinique et principe d'analogie [Internet]. De Boeck Supérieur; 2009 [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/hypnose-clinique-et-principe-d-analogie--9782804109615.htm>
171. L'hypnose [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-hypnose--9782130786122.htm>
172. L'acupuncture [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-acupuncture--9782130578949.htm>
173. La sophrologie [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-sophrologie--9782130786320.htm>
174. Benyamina A, Coueron J-P, Morel A. Addictions et comorbidités - Chapitre 22 - Les approches médico-psycho-sociales des addictions associées à des troubles psychiatriques. Paris: Dunod; 2014.

175. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Esp Psiquiatr.* avr 2013;41(2):122-9.
176. Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association Between Cannabis and Psychosis: Epidemiologic Evidence. *Biological Psychiatry.* avr 2016;79(7):549-56.
177. Degenhardt L, Hall W. Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Can J Psychiatry.* août 2006;51(9):556-65.
178. McGrath J, Welham J, Scott J, Varghese D, Degenhardt L, Hayatbakhsh MR, et al. Association Between Cannabis Use and Psychosis-Related Outcomes Using Sibling Pair Analysis in a Cohort of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mai 2010;67(5):440-7.
179. Mustonen A, Niemelä S, Nordström T, Murray GK, Mäki P, Jääskeläinen E, et al. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry.* avr 2018;212(4):227-33.
180. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophr Bull.* 1 sept 2016;42(5):1262-9.
181. Schoeler T, Petros N, Di Forti M, Klamerus E, Foglia E, Murray R, et al. Poor medication adherence and risk of relapse associated with continued cannabis use in patients with first-episode psychosis: a prospective analysis. *The Lancet Psychiatry.* 1 août 2017;4(8):627-33.
182. Engh JA, Bramness JG. Psychosis relapse, medication non-adherence, and cannabis. *The Lancet Psychiatry.* août 2017;4(8):578-9.
183. Benyamina A, Daulouède J-P, Maitre C. Addictions et comorbidités - Chapitre 25 - La réduction des dommages. Paris: Dunod; 2014.
184. Simon N, Belzeaux R, Adida M, Azorin J-M. Symptômes négatifs dans la schizophrénie et addiction. *L'Encéphale.* déc 2015;41(6):6S27-31.
185. Schaub M, Fanghaenel K, Stohler R. Reasons for Cannabis Use: Patients with Schizophrenia Versus Matched Healthy Controls. *Aust N Z J Psychiatry.* 1 déc 2008;42(12):1060-5.
186. Benyamina A, Rahioui H, Vinurel M, Louppe F. Addictions et comorbidités - Chapitre 20 - Les soins intégrés. Paris: Dunod; 2014.
187. Thomas P, Amad A, Fovet T. Schizophrénie et addictions: les liaisons dangereuses. *L'Encéphale.* juin 2016;42(3):S18-22.
188. Mullin K, Gupta P, Compton MT, Nielszen O, Harris A, Large M. Does giving up substance use work for patients with psychosis? A systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 1 sept 2012;46(9):826-39.
189. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors.* 1 janv 2012;37(1):11-24.
190. Machielsen MWJ, Veltman DJ, van den Brink W, de Haan L. Comparing the effect of clozapine and risperidone on cue reactivity in male patients with schizophrenia and a cannabis use disorder: A randomized fMRI study. *Schizophrenia Research.* avr 2018;194:32-8.
191. Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Green AI. The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2000;26(2):441-9.

192. Brunette MF, Dawson R, O'Keefe CD, Narasimhan M, Noordsy DL, Wojcik J, et al. A randomized trial of clozapine vs. other antipsychotics for cannabis use disorder in patients with schizophrenia. *J Dual Diagn.* 2011;7(1-2):50-63.
193. Arranz B, Garriga M, García-Rizo C, San L. Clozapine use in patients with schizophrenia and a comorbid substance use disorder: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology.* févr 2018;28(2):227-42.
194. Sevy S, Robinson DG, Sunday S, Napolitano B, Miller R, McCormack J, et al. Olanzapine vs. risperidone in patients with first-episode schizophrenia and a lifetime history of cannabis use disorders: 16-week clinical and substance use outcomes. *Psychiatry Research.* août 2011;188(3):310-4.
195. Treating comorbid substance use disorders in schizophrenia: International Review of Psychiatry: Vol 22, No 2 [Internet]. [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261003689958?journalCode=iirp20>
196. Hjorthøj CR, Fohlmann A, Larsen A-M, Glud C, Arendt M, Nordentoft M. Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. *Psychological Medicine.* juill 2013;43(7):1499-510.
197. Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, Yang Y. A Randomized Clinical Trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in People With Severe and Persistent Mental Illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1 avr 2006;63(4):426-32.
198. Berry K, Gregg L, Lobban F, Barrowclough C. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Comprehensive Psychiatry.* 1 mai 2016;67:73-80.
199. Berry K, Gregg L, Hartwell R, Haddock G, Fitzsimmons M, Barrowclough C. Therapist–client relationships in a psychological therapy trial for psychosis and substance misuse. *Drug and Alcohol Dependence.* 1 juill 2015;152:170-6.
200. ARS PACA, Mme TALIANA, Mme FALIP, Mme COLDEFY, DDPRS, - Département des Etudes, Enquêtes et Evaluation. Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie. 12 sept 2017;51.
201. Béatrice MB, Mireille MC, Roland MC, DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES SE et S 23 25 rue Borde – 13281 Marseille cedex 8. Inventaire des structures de psychiatrie en région PACA. 2009;134.
202. ARS PACA. Les groupements hospitaliers de territoires [Internet]. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>
203. Fabre D. Application Alix et Moi [Internet]. alixetmoi. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://delphinefabre1.wixsite.com/monsitalixetmoi>
204. Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/>
205. Etter J-F. Accueil - Stop-Cannabis.ch [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://stop-cannabis.ch/>

ANNEXES

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

PREMIERE PARTIE THEORIQUE	p 5
Figure 1 : Prévalence des troubles psychotiques pris en charge par le système de soins, selon l'âge et le sexe en France en 2014 ; prévalence de schizophrénie prise en charge par le système de soins, en France, en 2014.	p 8
Figure 2 : Phases évolutives de la schizophrénie.	p 30
Figure 3 : Histoire naturelle et évolution de la schizophrénie.	p 30
Figure 4 : Planche botanique de Cannabis sativa L.	p 36
Figure 5 : Description de la famille des Cannabacées.	p 37
Figure 6 : Différents types plans et de feuilles en fonction de la variété de Cannabis sativa L.	p 37
Figure 7 : Trichomes sur des fleurs de cannabis femelle.	p 39
Figure 8 : Plantes mâle et femelle. Fleurs mâles et femelles.	p 40
Figure 9 : Carte du monde illustrant de quelle manière la consommation de cannabis s'est répandue à travers le monde, depuis ses origines en Asie centrale.	p 41
Figure 10 : Page de l'Atharva-Veda et du papyrus Ebers.	p 42
Figure 11 : Illustration du Livre des merveilles de Marco Polo (vers 1410) montrant le Vieux de la montagne, Hasan Ibn-al-Sabbah (avec le chapeau rouge), dans son faux paradis.	p 43
Figure 12 : Illustration de produits fabriqués à partir du chanvre industriel et du lin vers 1870.	p 44
Figure 13 : Portrait de Carl von Linné, (1707-1778).	p 44
Figure 14 : Portrait de William O'Shaughnessy, (1808 – 1889).	p 44
Figure 15 : Boîte de pansement anti-cors à base de cannabis datant du XIXe siècle aux Etats-Unis.	p 45
Figure 16 : Flacon de médicament datant du XIXe siècle aux Etats-Unis.	p 45
Figure 17 : Portrait d'Alexandre Brierre de Boismont, (1797 – 1881).	p 46
Figure 18 : Portrait de Jacques-Joseph Moreau de Tours, (1804 – 1884).	p 46
Figure 19 : Première page de l'ouvrage de Jacques-Joseph Moreau de Tours, « Du haschich et de l'aliénation mentale », 1845.	p 47
Figure 20 : Premier volume de la revue L'Encéphale, 1881.	p 47

Figure 21 : Première page du rapport de la commission sur les drogues du chanvre indien, 1894.	p 48
Figure 22 : Illustration des trois présentations du cannabis pour sa consommation.	p 53
Figure 23 : Illustration de différents modes de consommation du cannabis.	p 56
Figure 24 : Tableau comparant l'image subjective du tabac et du cannabis chez les jeunes.	p 58
Figure 25 : Le système endocannabinoïde dans le système nerveux.	p 65
Figure 26 : Illustration de la répartition des récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2 dans le corps humain.	p 66
Figure 27 : Structures chimiques des dix grands groupes de phytocannabinoïdes.	p 69
Figure 28 : Tableau résumant les paramètres cinétiques du THC chez l'homme.	p 70
Figure 29 : Les différents types de cannabis thérapeutiques, caractéristiques et indications.	p 73
Figure 30 : Circuit de la récompense dans la consommation de substances psychoactives.	p 79
Figure 31 : Résumé des effets du cannabis en fonction des systèmes et appareils de l'organisme.	p 81
Figure 32 : Logo de l'OFDT.	p 83
Figure 33 : Logo de l'EMCDDA.	p 83
Figure 34 : Logo de l'ONU.	p 83
Figure 35 : Logo de l'OICS.	p 84
Figure 36 : Usage de cannabis dans l'année chez les 15-64 ans, dans le monde, en 2013.	p 86
Figure 37 : Carte illustrant les différents cadres législatifs encadrant l'usage de cannabis aux Etats-Unis d'Amérique en janvier 2018.	p 87
Figure 38 : Saisies de drogues en Europe, en 2016.	p 87
Figure 39 : Usage de drogues en Europe, en 2017.	p 88
Figure 40 : Usage de cannabis parmi les 15-34 ans, en Europe, en 2017.	p 89
Figure 41 : Sanctions légales en matière de consommation de cannabis dans l'Union européenne, en Norvège et en Turquie.	p 90
Figure 42 : « Evolutions des usagers réguliers des principaux produits psychoactifs à 17 ans (en%) en France de 2000 à 2014 » par l'OFDT.	p 92
Figure 43 : « Estimation du nombre de consommateur de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans » par l'OFDT.	p 93

Figure 44 : « Evolution entre 1992 et 2016 de l'usage actuel de cannabis selon le sexe (%) » par l'OFDT.	p 94
Figure 45 : « Expérimentation et usage actuel de cannabis en 2016 selon l'âge et le sexe en (%)» par l'OFDT.	p 94
Figure 46 : « Evolution de l'usage actuel de cannabis entre 2010 et 2016 selon l'âge (%) » par l'OFDT.	p 95
Figure 47 : Diagnostics associés aux classes de substances.	p 110
Figure 48 : Tableau récapitulatif des durées possibles de détection du cannabis au niveau biologique en fonction du type de dépistage, de la fréquence de l'usage de cannabis et des délais d'élimination du cannabis par l'organisme.	p 111
Figure 49 : Analyse fonctionnelle, modèle cognitif de la schizophrénie.	p 121
Figure 50 : Modèle théorique du changement de Prochaska et Diclemente.	p 137
Figure 51 : Eléments fondamentaux du fonctionnement psychique en TCCE.	p 139
Figure 52 : Conditionnement répondant, classique, pavlovien.	p 139
Figure 53 : Renforcement positif, renforcement négatif et aversion.	p 140
Figure 54 : Schéma comparatif du conditionnement classique et du conditionnement opérant.	p 140
Figure 55 : Modèle bidirectionnel (d'après Bandura, 1977).	p 141
Figure 56 : Apprentissage par imitation (d'après Bandura, 1977).	p 141
Figure 57 : Modèle cognitif de Beck du maintien de la conduite addictive.	p 144
Figure 58 : Colonnes de Beck, exemple de technique de modification des pensées automatiques négatives.	p 144
Figure 59 : Modèle de prévention de la rechute de Marlatt.	p 145
Figure 60 : Usage de substances illicites et troubles mentaux chez les adultes de plus de 18 ans sur l'année 2011.	p 154
Figure 61 : Taux de pathologie duelle chez les patients souffrants de schizophrénie en Europe, selon les pays et les substances.	p 155

DEUXIEME PARTIE PRATIQUE

p 166

Tableau 1 : Ancienneté d'exercice, distribution par rapport au sexe du répondant. [questions 1-2] p 188

Diagramme 1 : Illustration des données du tableau 1 : Ancienneté d'exercice des répondants (en %). [questions 2] p 188

Tableau 2 : Temps d'exercice en hospitalisation, distribution par rapport au sexe du répondant. [questions 1-3] p 189

Diagramme 2 : Illustration des données du tableau 2 : Temps d'exercice en hospitalisation des répondants (en %). [questions 3] p 189

Tableau 3 : Consommation de tabac et de cannabis par les répondants [questions 47-48] p 190

Diagramme 3 : Illustration des données du tableau 3 : Consommation de tabac et de cannabis par les répondants (en %). [questions 47-48] p 190

Tableau 4 : Présence de patients souffrants de la co-occurrence trouble schizophrénique d'évolution récente – consommation de cannabis, dans la patientelle du répondant depuis janvier 2018, en fonction de l'ancienneté d'exercice du répondant. [questions 2-5] p 191

Tableau 5 : Taux de patients en pourcentage présentant l'association trouble schizophrénique d'évolution récente – consommation de cannabis, dans la patientelle des répondants, depuis janvier 2018. [question 2-6] p 192

Diagramme 4 : Illustration des données du tableau 5 : Taux de patients présentant cette co-occurrence dans la patientelle des répondants, depuis janvier 2018 (en %). [question 6] p 192

Tableau 6 : Les modes de consommations du cannabis par les patients des répondants. [question 41] p 193

Diagramme 5 : Illustration des données du tableau 6 : Les modes de consommations du cannabis par les patients des répondants (en %). [question 41] p 193

Tableau 7 : Dans le discours rapporté des patients, éléments en faveur d'une vigilance liée à la « qualité » du cannabis consommé. [question 46] p 194

Diagramme 6 : Les patients souhaitent consommer du cannabis thérapeutique (à gauche) ; Les patients sont vigilants au taux de THC et de CBD contenu dans leur produit (à droite), (en %). [question 46] p 194

Tableau 8 : Evaluation subjective des connaissances des répondants concernant les actions pharmacologiques des principaux principes actifs du cannabis : le THC et le CBD. [question 45] p 195

Tableau 9 : Les effets recherchés par la consommation de cannabis par les patients des répondants. [question 43] p 196

Tableau 10 : Avis des répondants concernant la banalisation de l'usage de cannabis chez les patients, les proches des patients, les soignants et les psychiatres. [question 40] p 197

Diagramme 7 : Illustration des données du tableau 8 concernant la banalisation de l'usage de cannabis chez les patients, les proches des patients, les soignants et les psychiatres (en %). [question 40] p 197

Tableau 11 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Recherche de l'existence d'une consommation de toxiques par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire. [questions 7-8-9]	p 198
Diagramme 8 : Illustration des données du tableau 11 concernant la recherche de l'existence d'une consommation de toxiques par les répondants aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire (en %). [questions 7-8-9]	p 199
Tableau 12 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Evaluation des consommations de toxiques par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire. [questions 7-8-9]	p 199
Diagramme 9 : Illustration des données du tableau 12 concernant l'évaluation des consommations de toxiques par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire (en %). [questions 7-8-9]	p 199
Tableau 13 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Prescription d'une recherche des toxiques urinaires par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire. [questions 7-8-9]	p 200
Diagramme 10 : Illustration des données du tableau 13 concernant la prescription d'une recherche des toxiques urinaires par les répondants, aux urgences, en hospitalisation et en ambulatoire (en %). [questions 7-8-9]	p 200
Tableau 14 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Recherche et quantification de la consommation de tabac par les répondants. [questions 10-11]	p 201
Tableau 15 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Recherche et quantification de la consommation de cannabis par les répondants. [questions 25-26]	p 201
Diagramme 11 : Illustration des données des tableaux 14 et 15, comparant la recherche d'une consommation de tabac et de cannabis par les répondants (en %). [questions 10-25]	p 202
Diagramme 12 : Illustration des données des tableaux 14 et 15, comparant l'évaluation de la consommation de tabac et de cannabis par les répondants (en %). [questions 11-26]	p 202
Tableau 16 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Différents moyens utilisés par les répondants pour la quantifier la consommation de tabac. [question 12]	p 203
Tableau 17 : Recherche et évaluation des consommations de toxiques chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Différents moyens utilisés par les répondants pour la quantifier la consommation de cannabis. [question 27]	p 203
Diagramme 13 : Illustration des données des tableaux 16 et 17, comparant l'évaluation globale par les répondants, de la consommation actuelle de l'usage de tabac et de cannabis (en %). [question 12-27]	p 203
Diagramme 14 : Illustration des données des tableaux 16 et 17, comparant l'évaluation par les répondants, de l'ancienneté de la consommation de tabac et de cannabis (en %). [question 12-27]	p 203
Tableau 18 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Questionnaires cités par les répondants, utilisés pour l'évaluation de l'usage de tabac. [question 13]	p 204

Tableau 19 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Questionnaires cités par les répondants, utilisés pour l'évaluation de l'usage de tabac de cannabis. [question 28]	p 204
Tableau 20 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Utilisation par les répondants du test de Fagerström dans l'évaluation du tabagisme. [question 14]	p 204
Tableau 21 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Utilisation par les répondants du questionnaire CAST dans l'évaluation de la consommation problématique de cannabis. [question 29]	p 205
Tableau 22 : Recherche et évaluation des consommations de toxiques chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Raisons pour lesquelles les répondants n'utilisent pas le test de Fagerström dans l'évaluation du tabagisme. [question 15]	p 206
Tableau 23 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Autres raisons évoquées pour lesquelles les répondants n'utilisent pas le test de Fagerström dans l'évaluation du tabagisme. [question 15-16]	p 206
Tableau 24 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Raisons pour lesquelles les répondants n'utilisent pas le questionnaire CAST dans l'évaluation de la consommation problématique de cannabis. [question 30]	p 207
Tableau 25 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Autres raisons évoquées pour lesquelles les répondants n'utilisent pas le questionnaire CAST dans l'évaluation de la consommation problématique de cannabis. [question 30-31]	p 208
Tableau 26 : Recherche et évaluation des consommations de toxiques chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Avis des répondants sur l'importance de la recherche et de l'évaluation de l'usage de cannabis dans l'interrogatoire systématique du patient. [question 65]	p 209
Tableau 27 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Avis des répondants sur le(s) professionnel(s) soignant(s) qui a (ont) la charge d'évaluer la consommation de cannabis dans cette population. [question 66]	p 209
Diagramme 15 : Illustration des données du tableau 27 concernant l'avis des répondants sur le(s) professionnel(s) soignant(s) qui a (ont) la charge d'évaluer la consommation de cannabis dans cette population (en %). [question 66]	p 209
Tableau 28 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Moyens utilisés par les répondants pour réaliser une information de prévention et de psychoéducation pour le tabagisme. [question 17]	p 210
Tableau 29 : Chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles : Moyens utilisés par les répondants pour réaliser une information de prévention et de psychoéducation pour l'usage de cannabis. [question 32]	p 211
Diagramme 16 : Illustration les données du tableau 28 concernant la psychoéducation pour le tabagisme (en %).	p 211
Diagramme 17 : Illustration les données du tableau 29 concernant la psychoéducation pour l'usage de cannabis (en %).	p 211

Tableau 30 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Traitement antipsychotique (AP) préférentiellement utilisé par les répondants pour traiter la schizophrénie lorsqu'il existe une consommation associée de cannabis. [question 49]	p 212
Tableau 31 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de proposition aux patients d'une prise en charge spécifique pour le tabagisme [question 18] et pour l'usage de cannabis [question 33] par les répondants.	p 213
Diagramme 18 : Illustration du tableau 31 concernant le taux de proposition aux patients d'une prise en charge spécifique pour le tabagisme [question 18] et pour l'usage de cannabis [question 33] par les répondants (en %).	p 213
Tableau 32 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de la prise en charge du tabagisme, mise en œuvre par les répondants. [question 19]	p 215
Diagramme 19 : Illustration des données du tableau 32 concernant la nature de la prise en charge du tabagisme mise en œuvre par les répondants (en %). [question 19]	p 217
Tableau 33 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de la prise en charge de l'usage de cannabis, mise en œuvre par les répondants. [question 34]	p 220
Diagramme 20 : Illustration des données du tableau 33 concernant la nature de la prise en charge de l'usage de cannabis mise en œuvre par les répondants (en %). [question 34]	p 222
Tableau 34 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Comparaison de la nature de la prise en charge de l'usage de cannabis et de tabac, mise en œuvre systématiquement et souvent par les répondants (en %). [questions 19-34]	p 223
Tableau 35 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondants demandant un avis addictologique pour la prise en charge du tabagisme [question 21] et taux de répondant orientant le patient pour la prise en charge du tabagisme par une autre équipe que celle du répondant. [question 22]	p 225
Tableau 36 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondants demandant un avis addictologique pour la prise en charge de l'usage de cannabis [question 36] et taux de répondant orientant le patient pour la prise en charge de l'usage de cannabis par une autre équipe que celle du répondant. [question 37]	p 225
Diagramme 21 : Illustration des données du tableau 35 et 36, comparant la demande d'avis addictologique pour le tabagisme [question 21] et l'usage du cannabis [question 36] (en %).	p 225
Diagramme 22 : Illustration des données du tableau 35 et 36, comparant l'orientation du patient pour la prise en charge de son usage de tabac [question 22] et de cannabis [question 37] (en %).	p 225
Tableau 37 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de l'orientation du patient pour la prise en charge du tabagisme faite par les répondants.	p 227
Diagramme 23 : Illustration des données du tableau 37 concernant la nature de l'orientation du patient pour la prise en charge du tabagisme faite par les répondants (en %). [question 23]	p 229

Tableau 38 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Nature de l’orientation du patient pour la prise en charge de l’usage de cannabis faite par les répondants. [question 38]	p 231
Diagramme 24 : Illustration des données du tableau 38 concernant la nature de l’orientation du patient pour la prise en charge de l’usage du cannabis réalisée par les répondants (en %). [question 38]	p 233
Tableau 39 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Comparaison de la nature de l’orientation du patient pour la prise en charge de l’usage de cannabis et de tabac, mise en œuvre systématiquement et souvent par les répondants (en %). [questions 23-38]	p 234
Tableau 40 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondant pratiquant l'entretien motivationnel (EM), une prise en charge psychothérapeutique et une TCCE. [questions 50-51-53]	p 236
Tableau 41 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Types de techniques psychothérapeutiques pratiquées par les répondants dans la PEC de la co-occurrence Schizophrénie-Cannabis. [question 52]	p 236
Tableau 42 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondant ayant dans son équipe, des soignants pratiquant l'entretien motivationnel (EM), une prise en charge de type TCCE [questions 54-56] et ainsi que le nombre de soignants pratiquants ces techniques [questions 55-57]	p 237
Diagramme 25 : Illustration des données du tableau 42 : Taux de répondant ayant dans son équipe, des soignants pratiquant l'entretien motivationnel (EM) et une prise en charge de type TCCE (en %). [questions 54-56]	p 238
Tableau 43 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Taux de répondant ayant la possibilité dans son institution d'avoir recours à une prise en charge pluridisciplinaire en addictologie, à type d’avis téléphonique, de consultation en addictologie, d’intervention d’une équipe ELSA ou de prise en charge en CSAPA. [questions 58-59-60-61]	p 239
Diagramme 26 : Illustration des données du tableau 43 : Taux de répondant ayant la possibilité dans son institution d'avoir recours à une prise en charge pluridisciplinaire en addictologie, à type d’avis téléphonique, de consultation en addictologie, d’intervention d’une équipe ELSA ou de prise en charge en CSAPA (en %). [questions 58-59-60-61]	p 239
Tableau 44 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur leur aisance dans leur lien avec les addictologues (distance, disponibilité délais etc.) [question 62]	p 240
Diagramme 27 : Illustration des données du tableau 44 concernant la qualité du lien entre la psychiatrie et l’addictologie (en %). [question 62]	p 240
Tableau 45 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Commentaires des répondants sur la qualité du lien avec les addictologues. [question 63]	p 240
Tableau 46 : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur la qualité de la prise en charge de cette co-occurrence : « est-elle suffisante ? » [question 64]	p 241
Diagramme 28 : Illustration des données du tableau 46 : Avis des répondants sur la qualité de la prise en charge de cette co-occurrence : « est-elle suffisante ? » (en %). [question 64]	p 241

- Tableau 47** : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur la qualité de cette prise en charge, « serait-elle plus adaptée si elle est réalisée par un seul acteur (équipe de psychiatrie ou équipe d'addictologie) ou si elle est pluridisciplinaire ? » [question 68] p 242
- Diagramme 29** : Illustration du tableau 47 : Prise en charge la plus adaptée d'après les répondants, de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis (en %). [question 68] p 242
- Tableau 48** : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur la qualité de la prise en charge de cette co-occurrence, dans le cas d'une prise en charge pluridisciplinaire, « serait-elle plus adaptée si les deux troubles sont traités simultanément ou séparément ? » [question 69] p 242
- Diagramme 30** : Illustration du tableau 48 : Prise en charge pluridisciplinaire la plus adaptée d'après les répondants, de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis (en %). [question 69] p 242
- Tableau 49** : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants sur l'aide qu'apporterait dans leur exercice au quotidien, des consultations d'addictologie et des réunions pluridisciplinaires avec les addictologues, en CMP ou en unité d'hospitalisation [question 70-71] p 243
- Diagramme 31** : Illustration du tableau 49 : Avis des répondants sur l'aide qu'apporterait dans leur exercice au quotidien, des consultations d'addictologie et des réunions pluridisciplinaires avec les addictologues, en CMP ou en unité d'hospitalisation (en %). [question 70-71] p 243
- Tableau 50** : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Avis des répondants la faisabilité d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries (en CMP ou en unité d'hospitalisation) [question 72] p 244
- Diagramme 32** : Illustration du tableau 50 : Avis des répondants la faisabilité d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries (en CMP ou en unité d'hospitalisation) (en %). [question 72] p 244
- Tableau 51** : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Raisons évoquées par les répondants de la difficulté de la mise en œuvre d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries (en CMP ou en unité d'hospitalisation) [question 73] p 245
- Tableau 52** : Prise en charge de la co-occurrence schizophrénie récente – usage de cannabis : Autres raisons évoquées par les répondants de la difficulté de la mise en œuvre d'une PEC pluridisciplinaire en lien avec l'addictologie dans les structures de psychiatries (en CMP ou en unité d'hospitalisation) [question 74] p 245
- Tableau 53** : Chez les patients souffrants de pathologie mentale : Formation des équipes soignantes exerçant avec les répondants à la PEC des comorbidités addictives, à la psychoéducation des patients souffrants de schizophrénie, à la pratique de l'entretien motivationnel et des TCCE. [questions 81-83-85-87] p 247
- Diagramme 33** : Illustration des données du tableau 53 sur la formation des équipes soignantes (FS) à la PEC des patients souffrants de pathologie mentale (en %). [questions 77-78-79-80] p 248

- Tableau 54** : Formation des équipes soignantes exerçant avec les répondants, chez les patients souffrants de pathologie mentale : Effectifs de soignant formés à la PEC des comorbidités addictives, à la psychoéducation des patients souffrants de schizophrénie, à la pratique de l'entretien motivationnel et des TCCE. [questions 82-84-86-88] p 248
- Tableau 55** : Qualité de la formation : Avis des répondants concernant la sensibilisation des soignants à la question de l'addiction : « est-elle suffisante, en particulier dans cette population ? » [question 89] p 249
- Diagramme 34** : Illustration des données du tableau 55 sur la sensibilisation des équipes soignantes à la question de l'addiction en particulier chez les patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis (en %). [questions 89] p 249
- Tableau 56** : Qualité de la formation : Avis des répondants sur la qualité de la formation des équipes exerçants en psychiatrie concernant les prise en charges addictologiques : « sont-elles suffisamment formées ? » [question 75] p 250
- Tableau 57** : Qualité de la formation : Avis des répondants sur la qualité de la formation des équipes exerçants en addictologie concernant les prises en charges psychiatriques : « sont-elles suffisamment formées ? » [question 76] p 250
- Diagramme 35** : Illustration des données des tableaux 56 et 57 sur la qualité de la formation des équipes exerçants en psychiatrie concernant les prise en charges addictologiques et sur la qualité de la formation des équipes exerçants en addictologie concernant les prises en charges psychiatriques (en %). [questions 75-76] p 250
- Tableau 58** : Qualité de la formation : Avis des répondants sur la qualité de leur propre formation pour prendre en charge les patients ayant une comorbidité schizophrénie-cannabis : « est-elle suffisante ? » [question 90] p 251
- Diagramme 36** : Illustration des données du tableau 58 sur la formation des répondants à la prise en charge des patients souffrants de la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis (en %). [questions 90] p 251
- Tableau 59** : Chez les patients souffrants de pathologie mentale : Formation des répondants à la PEC des comorbidités addictives, de la consommation de cannabis, à la pratique de l'entretien motivationnel et des TCCE. [questions 77-78-79-80] p 252
- Diagramme 37** : Illustration des données du tableau 59 sur la formation des répondants (FR) à la PEC des patients souffrants de pathologie mentale (en %). [questions 77-78-79-80] p 252

LISTE DES ABREVIATIONS

0-9

2-AG : 2-Arachidonoyl Glycérol

A

AA : Acide Arachidonique

AAH : Allocation Adulte Handicapés

AEA : N-arachidonoyl-éthanolamine (= Anandamide)

AF : Analyse Fonctionnelle

ALAC : Alcohol Advisory Council

ALD : Affection de Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

APA : Association Américaine de Psychiatrie

AP : Antipsychotique

APAP : Antipsychotique à action prolongée

AP 1G : Antipsychotique de première génération

AP 2G : Antipsychotique de deuxième génération

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : accident vasculaire cérébral

B

BCIS : Beck Cognitive Insight Scale

BDA : Bouffée Délirante Aiguë

BISP : Birchwood Insight Scale for Psychosis

C

Cannabis : Cannabis sativa L.

CAARMS : Comprehensive Assessment of at risk mental states

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CBD : Cannabidiol

CBN : Cannabinol

CHA : Centre Hospitalier d'Arles

CHDV : Centre Hospitalier du Vallon

CHET : Centre Hospitalier Edouard Toulouse
CHM : Centre Hospitalier Montperrin
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHV : Centre Hospitalier Valvert
CiFAD : Centre Interministériel de Formation Anti-Drogue
CIM : Classification Internationale des Maladies
CJC : Consultations Jeunes Consommateurs
CMP : Centre Médico Psychologique
CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement
CSST : Comité Scientifique Spécialisé Temporaire

D

DAG : Diacylglycérol
DAGL : Diacylglycérol Lipase
DPC : Développement Professionnel Continu
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (= Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

E

ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EM : Entretien Motivationnel
ESAT : Etablissements et Services d'aide par le Travail
ETA : éthanolamine

F

FAAH : Fatty Acid Amine Hydrolase (= hydrolase d'amide d'acide gras)

G

GABA : Acide Gamma Amino Butyrique
GEM : Groupes d'Entraide Mutuelle
GHT13 : Groupement Hospitalier de Territoire des Bouches-du-Rhône

H

HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : Hôpitaux De Jour
HR : Haut Risque : profil à haut risque de survenue d'une psychose
HTA : Hypertension Artérielle

I

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IDM : Infarctus Du Myocarde

Insee : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Inserm : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

M

MAGL : monoacylglycéról-lipase

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

mg : milligrammes

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives

N

NAPE : N-arachidonoylphosphatidyléthanolamine

O

OEDT ou **EMCDDA** : l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ONU : Organisation des Nations Unies

ONUDDC ou **UNODC** : Office des Nations Unies contre la Droque et le Crime (United Nations Office on Drugs and Crime)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

PAI : Projet d'Accueil Individualisés

PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale

PEC : Prise en Charge

PLD : phospholipase-D

PSYRATS : Psychotic Symptom Rating Scales

R

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

S

SAIHM : Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Marseille

SAMSAH : Service d'Aide Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAVS : Service d'Aide à la Vie Sociale

SDT : Soins sous contrainte à la Demande d'un Tiers

SDTU : Soins sous contrainte à la Demande d'un Tiers en Urgence

SDRE : Soins sous contrainte à la Demande du Représentant de l'Etat

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SNC : Système Nerveux Central

SNP : Système Nerveux Périphérique

SPAD : Soins Psychiatriques aux Personnes Détenues

T

THC ou **Δ9-THC** : Delta9-Tetrahydrocannabidiol (ou Δ9-Tetrahydrocannabidiol)

TCCE : Thérapie Cognitive, Comportementale et Emotionnelle

TNS : Traitement Nicotinique Substitutif

U

UHR : Ultra-Haut Risque : profil à ultra-haut risque de survenue d'une psychose

HISTORIQUE DES LOIS ENCADRANT LES STUPEFIANTS EN FRANCE

- 📜 Loi du 22 juillet 1916, concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage de substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne.
- 📜 Loi n°53-1270 du 24 décembre 1953, modifiant et complétant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage des stupéfiants.
- 📜 Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Cette loi pose le cadre répressif en France.
- 📜 Loi n°88-76 du 17 janvier 1986, portant diverses dispositions d'ordre social.
- 📜 Loi n°87-1157 du 31 décembre 1987, relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal.
- 📜 Loi n°91-1264 du 19 décembre 1991, relative au renforcement de la lutte contre le trafic de stupéfiants.
- 📜 Décret n°72-200 du 13 mars 1972, réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.
- 📜 Décret n°87-328 du 13 mai 1987, portant suspension des dispositions du décret 72-200 du 13 mars 1972 « décret Barzach ».
- 📜 Circulaire du 17 mai 1978, « usage de stupéfiants. Application de certaines recommandations du rapport de la mission d'étude sur le drogue » (circulaire dite Pelletier)
- 📜 Circulaire du 17 septembre 1984, « intervention judiciaire en matière de stupéfiants » (circulaire dite Badinter)
- 📜 Circulaire du 12 mai 1987, « application de la législation sur les stupéfiants » (circulaire dite Chalandon)
- 📜 Le 23 novembre 2018, l'Assemblée nationale a voté la création d'une amende forfaitaire de 200 euros pour les consommateurs de cannabis.

QUESTIONNAIRE DE THESE

Trouble schizophrénique débutant et consommation de cannabis : analyse des modalités de prise en charge

Ce questionnaire est strictement confidentiel. Les réponses et leurs analyses seront entièrement anonymisées.

Durée de réponse : entre 10 et 15 minutes maximum.

Les réponses sont facultatives.

Il n'y a pas de conséquences en cas de défaut de réponse.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des réponses.

Ce questionnaire est à l'attention de l'ensemble des psychiatres du groupement hospitalier de territoire des Bouches-du-Rhône (GHT 13) exerçant en psychiatrie adulte :

- aux urgences,
- en unité d'hospitalisation,
- en ambulatoire (centre médico-psychologique (CMP) et hôpitaux de jour (HDJ)).

Dans le cadre de mon travail de thèse, l'objectif de ce questionnaire est de faire une analyse sur le GHT13, de la prise en charge actuelle de la co-occurrence usage de cannabis, chez les patients souffrants de schizophrénie en début d'évolution des troubles.

Il ne concerne que les patients de 18 ans et plus :

- dont on suspecte une psychose émergente
- dont l'évolution du trouble schizophrénique est récente (inférieure à 5 ans d'évolution).

Adresse e-mail *

1. **Vous êtes :**
Une seule réponse possible.

Une femme

Un homme

2. **Vous exercez depuis :**
Une seule réponse possible.

5 ans ou moins.

entre 5 et 10 ans inclus.

plus de 10 ans.

Je suis interne en psychiatrie.

3. **Part de votre exercice sur cette période (en %) : en HOSPITALISATION**

4. **Part de votre exercice sur cette période (en %) : en AMBULATOIRE**

5. **Depuis janvier 2018, vous avez reçu un (des) patient(s) consommant du cannabis, pour le(s)quel(s) vous suspectiez une psychose émergente ou bien dont l'évolution du trouble schizophrénique est récente ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. **Si oui : Dans cette population -schizophrénie d'évolution récente- de votre file active, donnez une proportion approximative des usagers du cannabis :**

[une réponse possible]

Une seule réponse possible.

- entre 0 et 10 %
 entre 10 et 30 %
 entre 30 et 50 %
 plus de 50 %

7. **Aux urgences (dans le cadre de l'exercice ou d'une garde) :**

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Je recherche l'existence de consommations de toxiques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue les consommations de toxiques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prescris une recherche de toxique urinaire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. **En unité d'hospitalisation (depuis l'admission du patient et au cours de son séjour) :**

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Je recherche l'existence de consommations de toxiques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue les consommations de toxiques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prescris une recherche de toxique urinaire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. **En Ambulatoire (lors des premières consultations en CMP ou en HDJ) :**

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Je recherche l'existence de consommations de toxiques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue les consommations de toxiques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prescris une recherche de toxique urinaire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La suite du questionnaire concerne à la fois les cas de consultations en ambulatoire et au cours d'une hospitalisation (au CAP ou en unité d'hospitalisation)

I. Concernant le TABAC :

10. **- Vous recherchez la consommation de tabac :***Une seule réponse possible.*

- Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Systématiquement

11. **- Vous quantifiez la consommation de tabac :***Une seule réponse possible.*

- Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Systématiquement

12. **- Si oui : de quelle manière :**

[plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- A l'anamnèse, je fais une évaluation globale de la consommation actuelle de la quantité de cigarettes consommées par unité de temps (jour, semaine, mois).
 J'évalue l'ancienneté de la consommation (mois, années, nombre de paquet année).
 J'utilise une échelle ou un questionnaire standardisé.

13. - **Quel(s) questionnaire(s) utilisez-vous pour évaluer la consommation de tabac :**

14. - **Concernant le test de Fagerström :**

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Vous l'utilisez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous notez le score dans le dossier patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. - **Vous ne l'utilisez pas ou peu car :**

[plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne connais pas ce test.
- Il est inutile.
- Il pourrait nuire à la relation thérapeutique.
- Il n'est pas disponible sur mon bureau.
- Il n'est pas intégré au dossier patient informatisé.
- Je n'ai pas le temps.
- Autre(s) raison(s) :

16.

17. - **Concernant l'information sur les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de la diminution/de l'arrêt, et les méthodes de sevrage :**

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Vous réalisez une information minimale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous proposez une brochure/ dépliant .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous proposez la consultation d'un site internet ou d'une application.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. - Vous proposez une prise en charge pour le tabagisme :

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Systématiquement

19. - Si oui : Nature de la prise en charge mise en œuvre par vous-même et/ou votre équipe :

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Entretiens dédiés à la question du tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitements nicotiniques de substitution (TNS) (patchs, gommes, comprimés, inhalateurs, sprays)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cigarette électronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varénicline (Champix®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bupropion (Zyban®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informations, prévention, psychoéducation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soutien psychologique, guidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entretien motivationnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge psychothérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapie systémique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychanalyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techniques de relaxation, sophrologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Méditation de pleine conscience	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. - Autre(s) mode(s) de prise(s) en charge que celles citées ci-dessus :

21. - Vous demandez un avis addictologique ?

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

22. - Vous proposez une orientation pour la prise en charge du tabagisme :

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

23. - Si oui : Nature de l'orientation :

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Consultation avec un addictologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge par une équipe ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation au CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide associative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapie systémique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychanalyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sophrologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Méditation de pleine conscience	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coach de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. - **Autre(s) orientation(s) que celles citées ci-dessus :**

II. Concernant le CANNABIS :

25. - **Vous recherchez la consommation de cannabis :**

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Systématiquement

26. - **Vous quantifiez la consommation de cannabis :**

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Systématiquement

27. - **Si oui : de quelle manière :**

[plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- A l'anamnèse, je fais une évaluation globale de la consommation actuelle la quantité de cannabis consommés par unité de temps (jour, semaine, mois).
 J'évalue l'ancienneté de la consommation (mois, années, nombre de paquet année).
 J'utilise une échelle ou un questionnaire standardisé.

28. - **Quel(s) questionnaire(s) utilisez-vous pour évaluer la consommation de cannabis :**

29. - Concernant le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) :

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Vous l'utilisez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous notez le nombre de réponses positives dans le dossier patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. - Vous ne l'utilisez pas ou peu car :

[plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne connais pas ce test.
- Il est inutile.
- Il pourrait nuire à la relation thérapeutique.
- Il n'est pas disponible sur mon bureau.
- Il n'est pas intégré au dossier patient informatisé.
- Je n'ai pas le temps.
- Autre(s) raison(s) :

31.

32. - Concernant l'information sur les risques de la consommation de cannabis, les bénéfices de la diminution/de l'arrêt, et les méthodes de sevrage :

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Vous réalisez une information minimale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous proposez une brochure/ dépliant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous proposez la consultation d'un site internet ou d'une application.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. - Vous proposez une prise en charge pour l'usage du cannabis :

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

34. - Si oui : Nature de la prise en charge mise en œuvre par vous-même et/ou votre équipe :

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Entretiens dédiés à la question du cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitements nicotiniques de substitution (TNS) (patchs, gommes, comprimés, inhalateurs, sprays)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cigarette électronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varénicline (Champix®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bupropion (Zyban®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazépines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informations, prévention, psychoéducation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soutien psychologique, guidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entretien motivationnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge psychothérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapie systémique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychanalyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techniques de relaxation, sophrologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Méditation de pleine conscience	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. - Autre(s) mode(s) de prise(s) en charge que celles citées ci-dessus :

36. - Vous demandez un avis addictologique :

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

37. - Vous proposez une orientation pour la prise en charge de l'usage du cannabis :

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

38. - Si oui : Nature de l'orientation :

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Systématiquement
Consultation avec un addictologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge par une équipe ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation au CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide associative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapie systémique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychanalyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sophrologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Méditation de pleine conscience	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coach de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. - Autre(s) orientation(s) que celles citées ci-dessus :

40. - Pensez-vous qu'il existe une banalisation de l'usage du cannabis :

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Je ne sais pas	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
par les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
par les proches du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
par les soignants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
par les psychiatres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. - Quel(s) est(sont) le(s) mode(s) de consommation(s) du cannabis par vos patients :

[plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Sous forme de résine.
- Sous forme de d'herbe.
- Sous forme d'huile.
- Inhalé : cannabis fumé, mélangé à du tabac, sous forme de cigarette, de joint ou de pipe à eau.
- Inhalé : cannabis vaporisé, sous forme de cigarette électronique ou autre vaporisateur.
- Ingéré : cannabis en infusion.
- Ingéré : cannabis dans l'alimentation.
- Je ne sais pas.
- Autre(s) mode(s) de consommation :

42.

43 - Le(s) effet(s) recherché(s) par vos patients lors de la consommation de cannabis est(sont) :

[plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Moyen de socialisation et/ou sociabilisation
- Stimuler la créativité
- Faciliter les rapports sexuels
- Sensation d'euphorie, de bien être
- Recherche de sensations
- Perturbation des perceptions sensorielles
- Effet anxiolytique, d'apaisement
- Effet antidépresseur
- Effet hypnotique
- Effet antalgique
- Effet sur le transit (appétit, constipation)
- Effet anti-cancérigène
- Lutte contre la symptomatologie positive de la schizophrénie
- Lutte contre les effets secondaires des traitements
- Je ne sais pas
- Autre(s) :

44.

45. - **Connaissez-vous les actions pharmacologiques des principaux principes actifs du cannabis, à savoir le Δ -9-tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD) :**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Insuffisamment
- Non

46. - **Certains de vos patients vous disent :**

[une réponse par ligne]

Une seule réponse possible par ligne.

	Je ne sais pas	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
..souhaiter consommer du cannabis thérapeutique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..être vigilant au taux de THC et de CBD contenu dans leur produit consommé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. - **Etes-vous vous-même usager de tabac ?**

[une réponse possible]

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Je l'ai expérimenté
- Je suis consommateur(trice) occasionnel(le)
- Je suis consommateur(trice) régulier(e)
- Je suis un(e) ancien(ne) consommateur(trice) occasionnel(le)
- Je suis un(e) ancien(ne) consommateur(trice) régulier(e)

48. - **Etes-vous vous-même usager de cannabis ?**

[une réponse possible]

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Je l'ai expérimenté
- Je suis consommateur(trice) occasionnel(le)
- Je suis consommateur(trice) régulier(e)
- Je suis un(e) ancien(ne) consommateur(trice) occasionnel(le)
- Je suis un(e) ancien(ne) consommateur(trice) régulier(e)

III. Concernant la prise en charge pharmacologique de la schizophrénie

49. - Quel type de traitement antipsychotique (AP) prescrivez-vous préférentiellement lorsque la co-occurrence avec l'usage du cannabis existe ?

[plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- AP de 1ère génération en monothérapie
- AP de 1ère génération en bithérapie avec un autre AP de 1ère génération
- AP de 1ère génération en bithérapie avec un AP de 2ème génération
- AP de 2ème génération en monothérapie
- AP de 2ème génération en bithérapie avec un autre AP de 2ème génération
- AP de 2ème génération en bithérapie avec un AP de 1ère génération
- AP (1ère ou 2ème génération) en association à un traitement antidépresseur
- AP (1ère ou 2ème génération) en association avec un traitement thymorégulateur
- AP (1ère ou 2ème génération) à action immédiate en per os
- AP (1ère ou 2ème génération) à action prolongée en intramusculaire

IV. Concernant la prise en charge de la comorbidité usage de cannabis

50. - Vous pratiquez vous-même l'entretien motivationnel :

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

51. - Vous pratiquez vous-même une prise en charge psychothérapeutique :

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

52. - De quel type ?

53. - Vous pratiquez vous-même une prise en charge psychothérapeutique de type thérapie cognitivo-comportementale et émotionnelle :

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

54. - Dans votre équipe, il y a des soignants qui pratiquent l'entretien motivationnel :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

55. - Si oui : combien de personnes :

56. - Dans votre équipe, il y a des soignants qui pratiquent une prise en charge de type thérapie cognitivo-comportementale et émotionnelle :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

57. - Si oui : combien de personnes :

58. - Dans votre institution, vous avez la possibilité de demander un avis addictologique téléphonique :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non
 Je ne sais pas

59. - Dans votre institution, vous avez la possibilité de demander une consultation pour un avis addictologique :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non
 Je ne sais pas

60. - Dans votre institution, vous avez la possibilité de faire appel à une équipe ELSA :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non
 Je ne sais pas

61. - Vous avez la possibilité de faire appel à une équipe spécialisée en addictologie, extérieure à votre institution (de type association comme addiction méditerranée, CSAPA) :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non
 Je ne sais pas

62. - Le lien avec les addictologues est facile : (Distance, disponibilité, délai...)

Une seule réponse possible.

- Oui
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non
 Je ne sais pas

63. - **Commentaire :**

64. - **Pensez-vous que la prise en charge de la co-occurrence cannabis est suffisante chez les patients souffrant de schizophrénie ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Je ne sais pas

65. - **Pensez-vous que la recherche de l'usage du cannabis et son évaluation devraient faire partie de l'interrogatoire systématique du patient ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

66. - **Si oui : l'évaluation de la consommation devrait être réalisée par :**

[plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Le psychiatre traitant.
- Les soignants (infirmiers de l'unité de l'hospitalisation ou de l'ambulatoire).
- Le psychologue (de l'unité de l'hospitalisation ou de l'ambulatoire).
- L'addictologue.
- Le médecin généraliste traitant.
- Autre(s) :

67.

68. - **Pensez-vous que la prise en charge la plus adaptée pour cette population serait :**

[une réponse possible]

Une seule réponse possible.

Une prise en charge simultanée de la schizophrénie et de l'usage du cannabis par le même acteur : le psychiatre traitant + son équipe OU l'addictologue + son équipe.

Une prise en charge pluridisciplinaire : centrée sur la schizophrénie par une équipe de psychiatrie ET centrée sur l'usage de cannabis par une équipe spécialisée en addictologie.

69. - **Dans le cas d'une prise en charge pluridisciplinaire, la prise en charge la plus adaptée serait :**

[une réponse possible]

Une seule réponse possible.

Une prise en charge simultanée dans les premiers temps du suivi ou du séjour hospitalier.

Une prise en charge de la schizophrénie puis de l'usage du cannabis.

Une prise en charge de l'usage du cannabis puis de la schizophrénie.

70. - **Pensez-vous que des temps de consultations d'addictologie en CMP ou en unité d'hospitalisation, pourraient vous aider dans votre pratique :**

Une seule réponse possible.

Oui

Plutôt oui

Plutôt non

Non

Je ne sais pas

71. - **Pensez-vous que des temps de réunions clinique avec la présence d'un addictologue (en CMP ou en unité d'hospitalisation), pourraient vous aider dans votre pratique :**

Une seule réponse possible.

Oui

Plutôt oui

Plutôt non

Non

Je ne sais pas

72. - **Pensez-vous que cela soit faisable en pratique :**

Une seule réponse possible.

Oui

Plutôt oui

Plutôt non

Non

Je ne sais pas

73. - **Pour quelle(s) raison(s) cela serait peu ou pas faisable :**

[plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Par manque d'addictologue.
- Cela risquerait d'interférer avec la prise en charge du patient.
- Les soins du trouble schizophrénique priment sur la prise en charge de la comorbidité addictive.
- Les soins du trouble schizophrénique devraient permettre de diminuer la consommation du cannabis.
- Je ne sais pas.
- Autre(s) raison(s) :

74.

V. Concernant la formation

75. - **Pensez-vous que les équipes de psychiatrie sont suffisamment formées aux prises en charge addictologiques ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

76. - **Pensez-vous que les équipes d'addictologie sont suffisamment formées aux prises en charge psychiatriques ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

77. - **Vous êtes formé(e) à la prise en charge des comorbidités addictives chez les patients souffrant de pathologie mentale :**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Pas suffisamment
- Non
- Je ne sais pas

78. - Vous êtes spécifiquement formé(e) à la prise en charge de la consommation de cannabis chez les patients souffrant de pathologie mentale :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Pas suffisamment
 Non
 Je ne sais pas

79. - Vous êtes formé(e) à l'entretien motivationnel :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Pas suffisamment
 Non
 Je ne sais pas

80. - Vous êtes formé(e) en thérapie cognitive, comportementale et émotionnelle :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Pas suffisamment
 Non
 Je ne sais pas

81. - Dans votre équipe, il y a des soignants formés à la prise en charge des comorbidités addictives chez les patients souffrant de pathologie mentale ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

82. - Si oui : combien de personnes :

83. - Dans votre équipe, il y a des soignants formés à la psychoéducation des patients souffrant de schizophrénie :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

84. - Si oui : combien de personnes :

85. - **Dans votre équipe, il y a des soignants formés à l'entretien motivationnel :**
Une seule réponse possible.
- Oui
- Non
- Je ne sais pas
86. - **Si oui : Combien de personnes :**
- _____
87. - **Dans votre équipe, il y a des soignants formés en thérapie cognitive, comportementale et émotionnelle :**
Une seule réponse possible.
- Oui
- Non
- Je ne sais pas
88. - **Si oui : combien de personnes :**
- _____
89. - **Pensez-vous que les soignants sont suffisamment sensibilisés à la question de l'addiction, en particulier dans cette population ?**
Une seule réponse possible.
- Oui
- Non
- Je ne sais pas
90. - **Pensez-vous être vous-même suffisamment formé(e) pour prendre en charge les patients ayant une comorbidité schizophrénie-cannabis ?**
Une seule réponse possible.
- Oui
- Non
- Je ne sais pas

~~ Je vous remercie de votre collaboration et d'avoir pris le temps de me répondre ! ~~

Les résultats de cette étude vous seront communiqués par mail.

Je vous souhaite de passer une bonne journée.

Delphine SACCHI
Interne en 4ème année de DES de Psychiatrie à Marseille
d.sacchi@outlook.fr

M'envoyer une copie de mes réponses

Fourni par



SERMENT D'HIPPOCRATE



Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.



SERMEN D'HIPPOCRATE

TEXTE ORIGINAL



ΟΡΚΟΣ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ συγγραφὴν τήνδε. Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρῃσι, καὶ διδάξῃν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μαθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ συγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοις τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρῆσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῳς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιώντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρῃητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ συγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιποροῦντι, τάναντία τουτέων.



RESUME

I CONTEXTE

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique grave, complexe et ubiquitaire. La consommation de cannabis est un problème de santé publique dans le monde. L'association schizophrénie et usage de cannabis concernerait la moitié des sujets, elle est systématiquement délétère et constitue une pathologie duelle. C'est un problème de santé majeur, tant par sa prévalence que par sa gravité. Cette comorbidité aggrave sévèrement le pronostic évolutif de cette pathologie et complexifie la prise en charge de ces patients dans leur globalité. Les patients en début d'évolution des troubles schizophréniques, représentent un enjeu de taille, du fait de leur vulnérabilité et de leur plus grande exposition aux conduites addictives. Il est fondamental de réduire les risques de rechutes, de complications et handicaps, de stigmatisation et ainsi améliorer la qualité de vie, optimiser la rémission et l'insertion socio-professionnelle/scolaire.

II OBJECTIFS

Dans une première partie, nous nous sommes attachés à définir et contextualiser l'état actuel des connaissances sur le sujet. Dans une deuxième partie, nous avons mené une étude observationnelle descriptive multicentrique, à l'échelle départementale auprès des praticiens du secteur public des Bouches du Rhône, afin d'analyser les modalités de prise en charge des patients présentant la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis en début d'évolution des troubles. L'enjeu de ce travail de thèse et de cette étude, était aussi de sensibiliser les psychiatres du GHT13 à cette pathologie duelle, voire de permettre une nouvelle mobilisation des professionnels dans la démarche de soins intégrés.

III METHODOLOGIE

Pour cette étude, nous avons construit un questionnaire, effectué par le biais du logiciel « GoogleForm » comportant 90 questions, à l'attention des psychiatres et des internes en psychiatrie adulte du GHT13.

IV RESULTATS

Les résultats de notre étude témoignent de l'importance de cette problématique dans la pratique clinique courante, du défaut de prise en charge des patients présentant la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis, et du manque de moyens, notamment en terme d'effectifs et de formation des professionnels pour la mise en œuvre de soins adaptés.

V CONCLUSION

Trop peu de patients présentant la co-occurrence schizophrénie – usage de cannabis bénéficient à l'heure actuelle d'une prise en charge spécifique. Il ressort des données de la littérature que les approches les plus pertinentes et adaptées seraient basées sur des programmes intégratifs, diagnostiques et thérapeutiques, utilisant une large palette d'options thérapeutiques coordonnées, simultanées sur les deux troubles. Il faut donc impérativement améliorer les moyens visant à l'articulation entre addictologie et psychiatrie, favoriser la formation des professionnels de santé, et inciter les établissements de santé à proposer une prise en charge structurée, à développer un dispositif de soin organisé et adapté à ces patients présentant une pathologie duelle.