

[Lien vers le compte-rendu](#)

La question des co-morbidités

Le problème des co-morbidités, c'est-à-dire du rôle des drogues dans l'apparition de manifestations psychiatriques ou non, est posé depuis longtemps.

Les opiacés, (morphine, opium, héroïne, opiacés de synthèse) ont un effet sédatif, anxiolytique, antalgique et euphorisant. On les a longtemps rendus responsables de troubles, psychiatriques ou somatiques, variés. Un ouvrage de la fin du XIX^{ème} siècle sur les morphinomanes affirme que le toxique rend fou, idiot, aveugle, sourd, etc...., conduit inéluctablement à la déchéance et à la mort, bref s'avère pire que la masturbation dans les immortels ouvrages où le Dr TISSOT (XVIII^{ème} siècle). La réalité est autre :

Consommée raisonnablement et de manière contrôlée, l'héroïne semble pratiquement sans danger en dehors des doses létales, les problèmes sanitaires qu'elle pose étant avant tout somatiques (en particulier au niveau de l'appareil dentaire. Il faut y ajouter les risques de l'injection). On sait par exemple que les cancéreux ou autres patients hyperalgiques sous morphine ne deviennent pas toxicomanes !...

- La cocaïne est excitante, désinhibitrice. Elle peut provoquer des états d'excitation et / ou des états délirants aigus, mais n'induit pas de psychoses chroniques, sinon chez des sujets fragiles et / ou prédisposés. Le crack (morphine base) pose d'autres problèmes. Caractérisé par sa précocité et sa brève durée d'action, sa consommation chronique semble provoquer des dégâts neurologiques et pouvoir aboutir à la production d'états démentiels.

- On connaît les effets de l'ecstasy et, plus généralement, des amphétamines qui sont des psycho-stimulants. Ils sont somatiques (effets cardio-vasculaires, hyperthermie, action défatigante) et psychiques (maintien de l'état d'éveil, excitation, hypermnésie...). Les "amphé" peuvent provoquer des accidents cardiaques, voire la mort par déshydratation aiguë et, sur le plan psychopathologique, des états d'excitation psychomotrice, des bouffées délirantes de courte durée, des états dépressifs sévères au moment du sevrage chez des consommateurs chroniques. Cependant leur consommation reste dans l'ensemble ponctuelle, conviviale, festive (rave party) et ne pose pas vraiment jusqu'ici un problème de santé publique.

En tout état de cause, aucun de ces produits ne paraît provoquer d'authentiques

maladies mentales, du moins de pathologies chroniques. Tous peuvent néanmoins jouer un rôle de révélateur d'une psychose préexistante demeurée latente.

LE PROBLEME DU CANNABIS :

En France, le débat s'est pratiquement polarisé sur le cannabis, en raison surtout de sa banalisation et de la précocité croissante de sa consommation (âge moyen actuel, environ 12 ans). On connaît bien ses effets psychoactifs qui apparaissent dans les minutes suivant l'inhalation et durant 3 à 4 h. : sensations d'euphorie et de bien être, amplification des sensations visuelles, auditives, gustatives et tactiles, sentiment de ralentissement du temps, augmentation de l'appétit. Il provoque aussi des troubles cognitifs, notamment des troubles de l'attention et de la mémoire antérograde, particulièrement de la mémoire du travail, un allongement du temps de réaction. A plus forte dose, il peut entraîner des idées de persécution, déformer les perceptions, provoquer des hallucinations. Quant à sa consommation chronique, elle induit souvent des altérations persistantes de l'attention et de la mémoire avec répercussions scolaires et professionnelles, pouvant aboutir au syndrome amotivotionnel avec perte de plaisir, désintérêt, indifférence affective, perte de l'initiative :

- d'après une estimation récente de la MILDT, 40 000 jeunes sont exclus / s'excluent chaque année du système scolaire du fait des effets du cannabis.
- Daniel CHARDIN m'a appris ou rappelé la survenue de bouffées délirantes (thèmes de persécution, agitation, agressivité, hallucinations), spectaculaires mais de courte durée, dues au cannabis aux Antilles.
- Je me souviens pour ma part d'un jeune de 20 ans, étudiant qui, à l'occasion de sa 1^{re} et unique consommation d'un cannabis surconcentré en THC, a présenté un état de dépersonnalisation gravissime qui l'a poussé à se défenestrer, seule issue pour échapper à son angoisse : lorsque je l'ai rencontré, à l'occasion d'une expertise, il était paraplégique et en fauteuil roulant.

Tout cela m'amène à estimer qu'il ne s'agit pas d'une drogue douce et encore moins innocente, nonobstant les plaidoyers de ses prosélytes pour sa légalisation. Ainsi notre collègue Christian SUEUR qui, dans la revue "THS", a publié un long article en sa faveur. De même s'il est vrai que pratiquement tous les effets de l'herbe ou de la résine sont réversibles et qu'aucun décès du au cannabis n'a été décrit jusqu'ici. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont lié consommation de haschich et risque de schizophrénie, ce que des études longitudinales récentes semblent prouver. L'usage peut précipiter la survenue de troubles psychotiques chez des individus vulnérables. L'augmentation du risque dose-dépendance est indépendante

des autres drogues (études Suédoise -1969 -, néerlandaise – 2002 -, allemande – 2005 -).

Toute la question est alors de savoir si le cannabis est la cause de la schizophrénie. Sur ce point, toutes les études semblent montrer qu'il s'agit comme un précipitant ou un révélateur chez des sujets porteurs d'une psychose latente qui se serait très probablement manifestée tôt ou tard.

ET LE CANNABIS CHEZ LES SCHIZOPHRÈNES ?

Il est une donnée d'expérience : jeunes ou vieux, nos psychotiques chéris fument d'abondance, et pas uniquement du tabac. Dans une étude française de 2003, 54% d'entre eux ont expérimenté le cannabis au moins 1 fois, 26% ont présenté un abus ou une dépendance au produit. A mon humble niveau :

- dans le CHS où j'étais censé exercer naguère, nous considérons que près de 80% de nos psychotiques chroniques consomment du cannabis.
- Dans les 2 dernières années où j'ai sévi à l'Unité Fonctionnelle en toxicomanie que j'avais différenciée dans l'organigramme du service, presque tous les nouveaux consultants étaient jeunes (ados, post-adolescents, jeunes adultes) et utilisaient ce toxique. La grande majorité des diagnostics portés renvoyaient à la psychose : 10 psychoses chroniques, 9 états limites, 7 dysthymies, auxquels on pourrait ajouter 10 problématiques névrotiques avérées et quelques personnalités psychopathiques.
- Dans le CSST que j'honore désormais de ma présence, ma consultation comprend environ 50% de "toxicomanes" qui sont d'authentiques psychotiques, pour la plupart venus sous couvert de cannabisomanie, rejetés par tous les CMP voisins, soit au nom de l'étiquette stigmatisante "toxico", soit parce qu'ils sont comme on dit "hors secteur".

Cela, qui fait contraste avec la clientèle habituelle antérieure, essentiellement faite d'héroïnomanes, montre sans doute une mutation progressive de la composition de la file active mais pose tout de même quelques questions dont celles-ci : pourquoi fument-ils le cannabis ? à quoi leur sert-il ? Joue-t-il un rôle dans la genèse ou l'entretien de leur symptomatologie psychotique ?

Sur ce dernier point, les réponses apportées par les études menées jusqu'ici semblent assez claires : le cannabis paraît améliorer les symptômes dits négatifs de la schizophrénie mais aggraver la symptomatologie positive, en particulier les hallucinations et les idées délirantes. A plus long terme, il aggrave l'évolution de la maladie.

Restent cependant les 2 premières questions, pour lesquelles je vais essayer d'esquisser une réponse à travers 2 vignettes cliniques.

- Valérie, 25 ans, m'est adressée un soir à 19h30 par les urgences de l'hôpital général pour une "psychose cannabique". Elle surconsomme effectivement le produit (20 à 25 points par jour) et elle est authentiquement délirante. En fait, elle a antérieurement été hospitalisée 3 fois dans un CHS de province pour des "bouffées délirantes". Elle est dissociée, en proie à une angoisse psychotique intense, délirante sur un mode paranoïde avec des thèmes mystiques flous, présente de gros troubles du cours de la pensée. Le diagnostic, évident, est celui d'une psychose dissociative évolutive dans laquelle le cannabisme apparaît comme un épiphénomène, réactionnel à la résurgence délirante. Un traitement neuroleptique ambulatoire a rapidement amené la sédation des symptômes et un retour à la réalité permettant à Valérie de se réinsérer de manière satisfaisante en tant que secrétaire bilingue, de mettre au clair sa situation de couple et de se marier. Allant bien, elle continue à consommer de manière habituelle 2 joints le soir "pour se détendre" et sa prise en charge est celle d'une psychotique, en aucun cas d'une toxicomane.

- Youssef, 17 ans, élève d'un lycée de la ville. Je l'ai rencontré pour la 1re fois en février 2002, adressé par un médecin généraliste parce qu'il aurait présenté, au lycée, une crise d'agitation avec des idées délirantes. La lettre d'accompagnement mentionne "des pratiques oenologiques et une consommation plus ou moins importante de cannabis". Cette dernière étant le motif de la consultation l'impression clinique, à cette époque, était mitigée : possible syndrome amotivationnel ou.... autre chose ? il est revenu en septembre 2002, adressé par le médecin scolaire, pour une (sur) consommation de cannabis et des troubles (incohérence, repli sur soi, troubles comportementaux, dissociation) évocateurs d'une pathologie plus sévère. Le tableau clinique, sérieux, avait alors justifié une exclusion temporaire de l'établissement scolaire : aspect figé, amimie, marche raide sans balancement des bras, contact superficiel, discours pauvre, économique, allusif ; athymhormie et discordance (sourires immotivés, peut-être quelques attitudes d'écoute).

La non complaisance thérapeutique et la carence d'autorité d'une famille incapable d'accepter un diagnostic de maladie mentale ont finalement débouché sur une hospitalisation dans le service. Youssef y a séjourné 2 mois. La prise en charge a été longue et difficile : il ne critiquait jamais son état, restait éteint, passif, s'en remettant totalement à ses parents pour son avenir.

Il n'a pas été considéré comme un toxicomane, mais comme un adolescent entrant dans la psychose et il est désormais suivi à ce titre au CMP.

L'ŒUF ET LA POULE, ÉTERNEL DÉBAT :

Multiplier ces types d'observations n'offre pas grand intérêt. L'important est ailleurs : nous voyons de plus en plus, et de plus en plus souvent, des sujets de plus en plus jeunes,

Maladies mentales et toxicomanies

Écrit par Robert BERTHELIER

Dimanche, 01 Mai 2005 01:00 - Mis à jour Jeudi, 27 Mai 2010 14:53

adressé a priori pour des consommations de drogues illicites mais chez qui le tableau clinique impose un autre diagnostic que celui, simple, d'addiction. Ce qui pose quelques menus problèmes concernant leur prise en charge et quelques questions :

- quelle est l'importance réelle de la consommation de produit dans l'émergence du tableau clinique :
- avons-nous affaire à d'authentiques problèmes d'addiction ou à autre chose, la consommation du toxique apparaissant alors comme un symptôme parmi d'autres ?
- Quelle instance / institution est la plus pertinente en terme de prise en charge ?

Ici se fait jour un débat très actuel entre ceux qui considèrent que la drogue est à l'origine des troubles psychopathologiques et d'autres estimant qu'elle ne sert que de révélateur, voire de masque, à une pathologie jusqu'alors latente. Je pense que quelques éléments sinon de réponse, du moins de réflexion, ressortent de mes 2 "histoires de fous" : dans ma clientèle, la majorité des sujets adressés pour consommation de drogue les utilisent pour être mieux ou moins mal "dans leurs baskets" :

- C'est vrai pour Youssef, qui consomme le cannabis pour tenter de faire céder une angoisse psychotique.
- Ca l'est aussi pour Valérie qui, quand elle replonge dans un naufrage délirant, se cloître chez elle et fume "15 à 20 joints" par jour dans l'illusion déçue que cela va anesthésier ses angoisses et lui permettre de retrouver la réalité (mais, comme ça ne marche pas, elle revient toujours me voir : et on se retrouve à la case départ).
- Chez les patients du CHS, il me paraît évident que la consommation de cannabis est une tentative, certes, désadaptée et vouée à l'échec, d'automédication complémentaire.

Dans tous les cas, le produit est utilisé pour réduire une souffrance, masquer ou contrôler une symptomatologie gênante ou invalidante qui entrave l'insertion sociale. Mais s'agit-il encore, alors, de toxicomanie ?

Robert BERTHELIER
Psychiatre des Hôpitaux
5, allée des Cailles
91210 DRAVEIL

Maladies mentales et toxicomanies

Écrit par Robert BERTHELIER

Dimanche, 01 Mai 2005 01:00 - Mis à jour Jeudi, 27 Mai 2010 14:53
