

AAAAAAAAAAAA  
**FACULTE DE MEDECINE**  
**UNIVERSITE DE MAHAJANGA**

Année 2006

N° 853

**LES IMPACTS SOCIO – CULTURELS ET  
ECONOMIQUES DE LA TOXICOMANIE LIES AUX  
CANNABIS SATIVA VUES DANS LE SERVICE DE  
NEURO – PSYCHIATRIE DU C.H.U ANDROVA  
MAHAJANGA**

**( A propos de 15 cas avec revue de la littérature)**

**THESE**

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE  
( DIPLOME D'ETAT )

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 28 février 2006

*Par*

**Mlle RASOLOFONIAINA SENDRANIRINA**

**Randriampamelona Annick Andosoa**

Membres du jury

**Président de thèse :** Professeur ZAFISAONA Gabriel

**Jury :** Professeur RALISON Andrianaivo  
Professeur RASOLOMAHARO Victor

**Directeur et Rapporteur :** Docteur TSANGANDRAZANA

ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENTS SUPERIEUR ET DE  
RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE



**FACULTE DE MEDECINE**

---

---

**DOYEN** Dr RAFARALALAO Lucienne

**SECRETAIRE PRINCIPAL**  
**PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT** Pr RALISON Andrianaivo

**PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE** Dr RAFARALALAO Lucienne

**PRESIDENT DU COLLEGE DES ENSEIGNANTS** Dr JEREMIE Lehimena

**RESPONSABLES**

\* du service de la Comptabilité Mme RAHOBIVELO

Andrianary

\* du service de la Documentation

de recherche et de l'enseignement pos Universitaire Dr RANDAOHARISON

Pierana

\* du service de la Scolarité Dr RAHARIMANANA Rondro

Nirina

\* d'examen Dr NANY Louise Yvette

\* de stage DCEM Dr RANDRIANJOHANY

Vololonarisoa

\* de stage Interné Dr RAVOLAMANANA

Ralisata Lisy

\* Thèse Dr NANY Louise Yvette

**COORDONATEURS**

\* du premier cycle Dr RALISON Fidiarivony

\* du deuxième cycle Dr ANDRIANARIMANANA

Diavolana

\* du troisième cycle Dr RAVOLAMANANA

Ralisata Lisy

**SECRETARIAT**

\* premier cycle

Mme RAKOTONDRAVOAVY

Voahirana Emma

\* deuxième cycle

Mme RAHARIMBOLA

Victorine

\* troisième cycle

Mme RAMINOARISOA

Georgette

\* Direction

Mme

RANDRIANANDRASANA Voahirana M.

\* Aide Comptable

Mme ZAVATSOA Claire



# UNIVERSITE DE MAHAJANGA

---

## **PRESIDENT DE L'UNIVERSITE**

Pr RALISON Andrianaivo

## **VICE PRESIDENT**

Dr RAMAROSON Juvence

## **SECRETAIRE GENERAL**

## **DIRECTEUR ADMINISTRATIF ET FINANCIER**

Mme RAZAFINDRALINE

Jeannette

## **CHEFS DE SERVICE**

\* du personnel

Mme RAKOTOARIMANANA

Francine L.

\* du centre des œuvres universitaires de Mahajanga

M. MAROROKA

\* des activités sportives et socioculturels

M. RANJAKASON

\* de la planification

Mme RAZANADRAIBE

Christine

\* financier

M. RASAMBATRA Bénit

## **RESPONSABLES**

\* du service intérieur

Mme SOAMARO Marie

Célestine

\* de la bibliothèque

Mme RAZANAMANITRA

Justine

## **UNITES DE FORMATION**

\* ELCI( English Language and Cultural Institute )

Mme RASOAZANANORO

Clarisse

\* CATI ( Centre Automatisé de Traitement de l'Informatique

RAKOTOZARIVELO Philippien

\* CIEL

Dr RAMAROSON Juvence

## PERSONNEL ENSEIGNANT

---

### I- PROFESSEUR ASSOCIE :

\* BIOPHYSIQUE Pr Jacques CHAMBRON (  
Strasbourg)

### II- PROFESSEURS TITULAIRES :

\* ANATOMIE Pr ANDRIAMANTSARA  
Lambosoa  
\* ANATOMIE PATHOLOGIQUE Pr ZAFISAONA Gabriel  
\* ANASTHESIE REANIMATION ET URGENCES Pr FIDISON Augustin  
\* PHYSIOLOGIE Pr RALISON Andrianaivo  
\* PNEUMO-PHTISIOLOGIE Pr RALISON Andrianaivo  
\* SEMEIOLOGIE MEDICALE Pr RALISON Andrianaivo  
\* BIOCHIMIE Pr Simone WATTIAUX DE  
CONNICK (Namür)

Namür ) Pr Robert WATTIAUX (

\* CYTOLOGIE-HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE Pr  
RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA N.

\* GENETIQUE Pr Yves RUMPLER (  
Strasbourg )

\* GYNECOLOGIE Pr ANDRIAMANANTSARA  
Lambosoa

\* HEMATOLOGIE Pr RAKOTOARIMANANA  
Denis Roland

\* PATHOLOGIE CHIRURGICALE Pr ANDRIAMANANTSARA  
Lambosoa

\* PEDIATRIE Pr RAKOTOARIMANANA  
Denis Roland

\* PHYSIOLOGIE Pr FIDISON Augustin

\* MANAGEMENT Pr ANDRIAMANALINA R.  
Nirina

\* INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION Pr ANDRIAMANALINA R.  
Nirina

\* SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Pr ANDRIAMANANTSARA

Lambosoa

\* SEMEIOLOGIE MEDICALE

M. RAKOTOARIMANANA

Denis Roland

\* STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-  
FACIALE

Pr RASOLOMAHARO Victor

\* UROLOGIE

Pr RADESA François de

Sales

\* MEDECINE LEGALE

Pr RASOLOMAHARO Victor

\* MEDECINE DU TRAVAIL

M. RAHARIJAONA Vincent

\* NUTRITION

Pr ANDRIANASOLO Roger

\* NEPHROLOGIE

Pr RABENANTOANDRO

Rakotomanantsoa

---

\* PARASITOLOGIE

Dr RAZAFIMAHEFA Maminirina

\* PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Dr RAVOLOMANANA Ralisata

Lisy

Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon

\* PEDIATRIE

Dr RAFARALALAO Lucienne

Dr ANDRIANARIMANANA

Diavolana

Dr RABESANDRATANA

Norotiana

\* PETITE CHIRURGIE

Dr RAZAFINJATOVO Williamses

Colgate

\* PHARMACOLOGIE GENERALE

Dr RAJAONARISON Jean

François

\* PHARMACOLOGIE SPECIALE

Dr RANDRIASAMIMANANA

Jean René

\* PNEUMO PHITISIOLOGIE

Dr MAROTIA Guy

Dr RAHARIMANANA Rondro

Nirina

\* PHYSIOLOGIE

Dr JEREMIE Lehimena

Dr RANIVONTSOARIVONY

Martine

Dr ANDRIANTSEHENO

Marcellin

Dr MOREL Eugène

Dr RASAMIMANANA Gianni

Dr RAHARIMANANA Rondro

Nirina

Dr ZAFITOTO RATANDRA

Fazy

Dr RALISON Fidiarivony

\* REANIMATION MEDICALE

Dr RASAMIMANANA Gianni

Dr RAHERIZAKA Naivosolo

\* RADIOLOGIE

Dr LAHADY René

\* REEDUCATION FONCTIONNELLE

Dr ANDRIANABELA Sonia

\* RHUMATOLOGIE

Dr RALISON Fidiarivony

\* DEONTOLOGIE

Dr RAVAOMANARIVO A.M.

Zoé

\* SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Dr RAVOLAMANANA Ralisata

Lisy

Colgate

Baptiste de la Salle

\* SEMEIOLOGIE RADIOLOGIQUE

\* SEMEIOLOGIE MEDICALE

Marcellin

Fazy

Olivat

\* VENEROLOGIE

\* VIROLOGIE

Raphaël

\* EPIDEMIOLOGIE

\* Politique Nationale de Santé

### **III- PROFESSEURS :**

\* NEURO ANATOMIE-

Clément

\* SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Clément

\* NEURO- CHIRURGIE

Clément

\* ONCOLOGIE

Florine

\* OPHTALMOLOGIE

### **IV- MAITRES DE CONFERENCES ET ASSIMILES :**

\* ANATOMIE

Pierana Gabriel

Odilon

Dr RAZAFINJATOVO Williames

Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon

Dr RANDRIANIRINA Jean

Dr LAHADY René

Dr ANDRIANTSEHENO

Dr MOREL Eugène

Dr RAPATSALAHY Auguste

Dr ZAFITOTO RATANDRA

Dr RAKOTO ALSON Aimée

Dr NANY Louise Yvette

Dr RAKOTOZANDRINDRAINY

Dr IHANGY Pamphile

Dr RALAIIVY Florette

Pr ANDRIAMAMONJY

Pr ANDRIAMAMONJY

Pr ANDRIAMAMONJY

Pr JOSOA Rafaramino

Pr RASIKINRAHONA Erline

Dr RANDAOHARISON

Dr TIANDAZA Dinaraly

Dr RAMANANTSOA Joseph

Tsiory Zoé

Williames Colgate

Baptiste de la Salle

Ralisata Lisy

\* BIOPHYSIQUE

Strasbourg )

\* BACTERIOLOGIE

Maminirina

\* BIOSTATISTIQUE

Michel

\* CARDIOLOGIE

Fazy

\* DERMATOLOGIE

\* ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION

Martine

\* GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE

Aristide

Pierana Gabriel

\* HEPATOGASTROENTEROLOGIE

\* HYDROLOGIE

Michel

\* IMMUNOLOGIE

Robert

\* LEPROLOGIE

Armand

\* MALADIES INFECTIEUSES

Andrée Monique

\* NEUROLOGIE MEDICALE

Marcellin

Dr ANDRIANAIVOARIVOLA

Dr RAZAFINJATOVO

Dr RANDRIANIRINA Jean

Dr RAVOLAMANANA

Dr Joseph BARUTHIO (

Dr RAZAFIMAHEFA

Dr ZON ANDRIANIRINA

Dr RAPATSALAHY Auguste

Dr ZAFITOTO RATANDRA

Dr NANY Louise Yvette

Dr RANIVONTSOARIVONY

Dr RALISON Fidiarivony

Dr ANDRIAMIANDRISOA

Dr RANDAOHARISON

Dr MOREL Eugène

Dr RANAIVONDRAMBOLA

Dr RAKOTONDRAJAO

Dr RASOLOMANANA

Dr RASOLOMAHARO

Dr ANDRIANTSEHENO

Gilbert

\* NEUPHROLOGIE

Lova

\* PSYCHIATRIE

Gilbert

\* OTO – RHINO – LARYNCOLOGIE

**V- ASSISTANTS OU ASSIMILES :**

\* PSYCHOLOGIE

Michelle

\* HIDAOA ( Hygiène et Inspection des Denrées  
Alimentaires d'Origine Animale )

\* ENCADREMENT DE STAGE

Androva, Mahabibo,

Mahavoky)

\* FRANÇAIS

Jeannette

**VI- IN MEMORIAM :**

\* M. RAKOTOBÉ Alfred

\* M. ANDRIAMIANDRA Aristide

\* M. RANDRIAMBOLOLONA Robin

\* M. RAMAROSON Benoît

\* M. RAKOTONIAINA Patrice

\* M. RASOLOARISON Jean Claude

\* M. RANAIVOARISON Milson Jérôme

\* Mme RAMIALIHARISOA Angeline

Dr TSANGANDRAZANA

Dr MANDRIAMANANTSOA

Dr RALISON Fidiarivony

Dr TSANGANDRAZANA

Dr RAMANANTSOA Joseph

Mme DOSITHEE Marie

Dr SIKINA Pierre

Médecins de CHU, CSB ( Tsararano, Antanimasaja,

Mme KAHALA Soavita

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Maître de Conférence

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

# *Dédicace*



*“ Hanome saina anao sy hampianatra anao izay lalan – kalehanao Aho ;  
Hitsinjo anao ny masoko ka hanolo-tsaina anao Aho.”*  
*( Sal 32 : 8 )*

# Je dédie cette thèse :

## A Dieu

*“ Seigneur, vous méritez louanges de ce que vous m’avez exaucé ”.*

## A la mémoire de mon grand – père :

*“ Qui a tant de peine pour nous mais qui n’a pas récolté le fruit de leurs semences.”*

## A mes parents :

*A qui je dois tout ! Pour tous les sacrifices qu’ils ont dû faire pour avoir une fille médecin.*

*“ Votre plus grand désir a été toujours ma réussite.”*

## A ma sœur : RASOLOFONIAINA Randriampamelona Miora Diane

## A mes frères :

- RASOLOFONIAINA Randriampamelona Zo Idéal
- RASOLOFONIAINA Randriampamelona Narindra Manoelah

*“ Source de courage et de volonté pour témoigner qu’à cœur vaillant rien d’impossible. Je leur souhaite une longue vie et tout le bonheur possible.”*

## A la famille EDMOND

*“ Vous m’avez aidé et encouragé toute au long de mes études pour que j’ai pu atteindre ce but. Soyez assurés de ma sincère estime et de ma gratitude infinie. Que le Seigneur vous accorde tous les biens.”*

**A mon fiancé HERINJARA Edmond Ulrich :**

*“Grâce à votre aide et votre soutien moral, j’ai pu surmonter tant de difficultés tout au long des mes études universitaires. Vous resterez toujours dans mon cœur.”*

**A tous mes amis de promotion et les personnels de Service Neuro –  
Psychiatrie du C.H.U ANDROVA MAHAJANGA**

**A tous les chrétiens de l’Eglise KARMELA TSARARANO**

*“ Merci pour la prière et les conseils.”*

**A tous ceux qui ont collaboré à la réalisation de ce travail.**

*Toute ma reconnaissance.*

# A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

**Monsieur Le Professeur ZAFISAONA Gabriel**

- ⌘ Professeur Titulaire de Chaire d'Anatomie et Cytologie Pathologique
- ⌘ Chef de service Provincial de laboratoire d'Anatomie Pathologique de Mahajanga
- ⌘ Enseignant à la Faculté de Médecine et à l'Institut d'Odonto- Stomatologie  
Tropicale de Madagascar Université de Mahajanga

*Qui nous a fait le très grand l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse malgré vos occupations et vos diverses responsabilités.*

*“ Veuillez trouver ici l'expression de nos plus humbles respects et de nos remerciements les plus profonds !”*

# A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

## **Monsieur Le Professeur RALISON Andrianaivo**

- ❑ Professeur Titulaire
- ❑ Spécialiste en Pneumo – Phtisiologie,
- ❑ Maître de conférence Titulaire, agrégé,
- ❑ Chef de Service de Pneumo – Phtisiologie et de Réanimation Médicale au Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga
- ❑ Membre de l’UICMR
- ❑ Membre du Cabinet et Responsable de la Scolarité I au sein de la Faculté de Médecine, Université de Mahajanga
- ❑ Enseignant à la Faculté de Médecine, Université de Mahajanga
- ❑ Président de l’Université de Mahajanga.

## **Monsieur Le Professeur RASOLOMAHARO Victor**

- ❑ Professeur Agrégé, titulaire en Chaire en Stomatologie et chirurgie maxillo – faciale ;
- ❑ Enseignant à la Faculté de Médecine de l’Université de Mahajanga et à l’Institut d’Odonto- Stomatologie Tropicale de Madagascar, Université de Mahajanga.

*“ Qui a accepté de juger cette thèse.”*

*“ Veuillez recevoir nos remerciements respectueux et toute notre gratitude.”*

# A NOTRE DIRECTEUR ET RAPPORTEUR DE THESE

## Monsieur Le Docteur TSANGANDRAZANA

- ❑ Titulaire de CES en Neurologie
- ❑ Assistant qualifié en Psychiatrie
- ❑ Ancien Médecin traitant du Service de Neuro – Psychiatrie du C.H.U de Befelatanana, Antananarivo
- ❑ Chef de Service de Psychiatrie au CHU de Mahajanga
- ❑ Enseignant vacataire en Neuro – Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Mahajanga

*“ Qui nous a inspiré ce sujet de thèse. Vous nous avez dirigé avec sincérité et bonté tout au long de la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de nos vifs remerciements.”*

# *Remerciements*

**A NOTRE MAITRE PRESIDENT DE L'UNIVERSITE DE  
MAHAJANGA**

**Monsieur Le Professeur RALISON Andrianaivo**

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE  
MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE MAHAJANGA**

**Madame Le Docteur RAFARALALAO Lucienne**

*A tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine et les Médecins des hôpitaux*

*A tous les Responsables de la Faculté de Médecine de Mahajanga, d'Antananarivo et de  
Strasbourg.*

*A tout le Personnel médical et paramédical du CHU d'Androva MAHAJANGA*

*A tous les centres de documentation.*

*A toutes les personnes qui, d'une manière et d'une autre, nous ont apporté aides,  
assistances, directives, conseils et encouragements et qui, de ce fait, ont contribué de près  
et de loin à la réalisation de ce travail.*

# SOMMAIRE

	PAGE
<b>INTRODUCTION</b> -----	1
<b>PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE</b>	
<b>A- HISTORIQUE DE LA TOXICOMANIE</b> -----	2
<i>A-1. Généralité de la toxicomanie</i> -----	2
<i>A-2. Classification de la toxicomanie</i> -----	3-4
<i>A-3. Le Cannabis ( Chanvre Indien )</i> -----	4-6
<b>B- CONSIDERATIONS EPIDEMIOLOGIQUES</b> -----	7
<i>B-1. Facteurs intervenants à l'intoxication cannabique</i> -----	7
<i>B-2. Facteurs prédisposant</i> -----	8-10
<b>C- CONSIDERATIONS CLINIQUES DES PSYCHOSES AIGUES TOXIQUES :</b> -----	11
<i>C-1. Les intoxications aiguës</i> -----	11-12
<i>C-2. Le syndrome de dépendance</i> -----	12
<i>C-3. L'état psychotique</i> -----	12
<i>C-4. Les notions de pharmacophycose</i> -----	12
<b>D- CONSIDERATIONS DIAGNOSTIQUES :</b> -----	13
<i>D-1. Les effets psycho – somato – pathologiques liés à l'intoxication aiguë du Cannabis</i> -----	13
<i>D-2. Les complications psycho – somatiques par l'intoxication cannabique chronique et prolongée</i> -----	14-16
<i>D-3. Le diagnostic positif de psychose aiguë cannabique proprement dite :</i> -----	17-18
<i>D-4. Les diagnostics différentiels de la psychose aiguë liée au Cannabisme</i> -----	18
<b>E- CONSIDERATIONS NEURO – BIOLOGIQUES DE LA TOXICOMANIE :</b> -----	18

<i>E-1. Le système de récompense et la neurobiologie du Cannabis</i>	----- 19
<i>E-2. Les effets à courts termes du Cannabis</i>	----- 19-20
<i>E-3. Les effets à longs termes du Cannabis</i>	----- 20-21

**F- CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES** ----- 21

<i>F-1. Le traitement des complications somato – psychiatriques aiguës</i>	----- 21-22
<i>F-2. Le sevrage</i>	----- 22-23
<i>F-3. La prise en charge au long cours des toxicomanies</i>	----- 23-24
<i>F-4. La chimiothérapie</i>	----- 24-30

**G- CONSIDERATIONS SUR LES IMPACTS SOCIO – CULTURELS ET ECONOMIQUES DE LA TOXICOMANIE LIES AUX CANNABIS :-**

	----- 31
<i>G-1. Les impacts socio – culturels</i>	----- 32-36
<i>G-2. Les impacts économiques liés au Cannabis Sativa</i>	----- 37-41

**DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE:**

<b>A- METHODOLOGIE</b>	----- 42
<i>A-1. Population étudiée</i>	----- 42
<i>A-2. Critères d'inclusion</i>	----- 43
<i>A-3. Critères d'exclusion</i>	----- 43
<b>B- NOS OBSERVATIONS</b>	----- 43-65

**TROISIEME PARTIE : NOS COMMENTAIRES ET NOS SUGGESTIONS :**

<b>A- NOS COMMENTAIRES COMPARES A LA REVUE DE LA LITTERATURE :</b>	----- 66
<i>A-1. Commentaires épidémiologiques</i>	----- 66-73
<i>A-2. Commentaires cliniques des psychoses aiguës toxiques</i>	----- 73-74
<i>A-3. Commentaires diagnostiques</i>	----- 74-76

<i>A-4. Commentaires neuro – biologiques</i>	77-78
<i>A-5. Commentaires sur les impacts socio – culturels et économiques de la toxicomanie liés aux Cannabis Sativa</i>	79-87
<i>A-6. Commentaires thérapeutiques</i>	87-91
<b>B- NOS SUGGESTIONS</b>	91-92
<b>CONCLUSION</b>	93

# SIGLES ET ABREVIATIONS

% :	Pourcentage
C.H.U :	Centre Hospitalier Universitaire
I.V:	Intra – veineuse
IM :	Intramusculaire
J :	Jour
Kg :	Kilogramme
Mg :	Milligramme
ml :	Millilitre
Mn :	Minute
N° :	Numéro
SIDA:	Syndrome de l’Immuno-déficience Acquise
THC :	Tétra – Hydrocannabiol
VIH :	Virus Immuno – déficitaire Humaine

# TABLEAUX

Tableau N° 01 :	Classification des toxiques
Tableau N° 02 :	Classification de toxique selon les voies d'administrations
Tableau N° 03 :	Présentation du Cannabis
Tableau N° 04 :	Effets à court terme du Cannabis
Tableau N° 05 :	Effets à long terme du Cannabis
Tableau N° 06 :	Classification chimique des Neuroleptiques
Tableau N° 07 :	Critères de dépendance à une substance selon la DSM- IV
Tableau N° 08 :	Année d'étude et nombre de patients
Tableau N° 09 :	Nombres de cas par rapport à l'intervalle d'âge de nos malades
Tableau N° 10 :	Rapport entre sexe et nombres de cas

# INTRODUCTION

Les psychoses aiguës d'origine cannabique représentent l'un des états psychotiques aigus toxiques qui ne cessent pas d'augmenter dans le monde.

La toxicomanie est un comportement pathologique, définie comme « Appétence anormale et prolongée », manifesté par certains sujets dans le sens de la toxicomanie mais à l'état actuel on préfère le terme de dépendance à l'égard de la drogue. [39,40]

Les pays en voie de développement, ainsi que Madagascar, qui est actuellement considérée comme la plaque tournante des réseaux de la drogue, ne sont pas épargnés du grand problème actuel qui est « la lutte contre la toxicomanie. [10]

Cette situation très alarmant fait prévu à l'initiation de notre travail, pour pouvoir diagnostiquer les critères cliniques et épidémiologiques relevant de l'intoxication cannabique à type de syndrome psychotique aiguë.

Les questions que pose à notre temps : « l'usage de la drogue entraînant la dépendance sont multiples. Les solutions qui sont proposées pour réduire puis éradiquer l'extension des toxicomanies dépendent de la réflexion et de la collaboration, à un échelon national et international d'instance appartenant à des horizons très divers : sociologiques, économiques, politiques et médicales.

C'est essentiellement la dimension psychiatrique mais qui par la suite de la santé publique de ce problème qui nous retiendra à s'intéresser comme le but de notre travail de savoir critiquer « les impacts socio – culturels et économiques de la toxicomanie liée aux CANNABIS SATIVA, pour éviter les difficultés de prise en charge.

Après cette introduction, notre étude sera repartie comme suit :

- la première partie sera consacrée sur la revue de la littérature
- La deuxième partie : c'est notre étude proprement dite
- la troisième partie nous permettra de faire nos commentaires comparés à la revue de la littérature et nos suggestions.

**PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA  
LITTERATURE**

## **A – HISTORIQUE DE LA TOXICOMANIE :**

### **A-1 : Généralité de la toxicomanie : [11, 16, 20]**

Le terme de la drogue a subi une extension de son champ sémantique si bien que l'on entend actuellement par le terme « toute substance naturelle ou synthétique ayant une action psychotrope, voire seulement une action pharmacologique.

Aussi convenons, nous d'être plus restrictifs et de réserver aux « mauvais remèdes » aux produits que l'usager consomme à des fins non – médicales ; la drogue est recherchée par le sujet lui – même, proposée par le groupe ou fortement suggérée par le prosélytisme de certains. En 1967, l'OMS a distingué l'accoutumance de la toxicomanie (terme auquel elle a préféré celui de pharmacodépendance) [20].

- **L'accoutumance** : caractérisée par l'usage régulier d'un produit provoquant le désir d'en répéter la consommation sans tendance à augmenter la dose, entraînant un certain degré de dépendance psychologique sans dépendance physique et sans syndrome de sevrage. L'accoutumance implique la possibilité d'effets nuisibles chez le consommateur. Les drogues dites « douces » (tabac, dérivés du chanvre indien ) pouvant donner lieu à accoutumance.

- **La pharmaco – dépendance ou toxicomanie** : Suppose la consommation répétée d'une drogue qui entraîne dans les détails plus ou moins rapides, le désir contraignant de consommer le produit et de s'en procurer par tous les moyens, la tendance spontanée à augmenter les doses du fait de l'adaptation de l'organisme aux effets de la drogue (phénomène de tolérance), l'apparition d'un asservissement physique et psychologique (phénomène d'assuétude. [17]

- **Lorsqu'on parle « d'usager de la drogue »**, il importe de distinguer le consommateur occasionnel, lycéen, apprenti ou étudiant qui lors d'une "partie", d'une réunion avec des camarades, d'un voyage, se laissera convaincre de la nécessité d'accepter le "joint" (cigarette de haschich), symbole de partage, de mise en commun de lien, et l'usager habituel, régulier voire invétéré gravitent dans les milieux tout à fait désocialisés.

#### **- Les caractéristiques des toxicomanes :**

- L'âge moyen est de 21 ans et demi, les plus jeunes ayant 15 ans ; deux tiers de garçons, un tiers de filles ; ils se recrutent dans tous les milieux socio – économiques.

La moitié seulement d'entre eux a eu une enfance perturbée par la mésentente ou le divorce des parents, le décès du père beaucoup plus souvent que la mère, les placements en pensionnat, orphelinat ou chez les parents nourriciers ; des actes de délinquance (vols, effractions, prostitutions, surtout petits trafics de stupéfiant) sont retrouvés dans les antécédents de 60% d'entre eux.

- Enfin 90% des sujets examinés n'ont aucune insertion professionnelle.
  - **Le caractère de poly – toxicomanie** : déjà signalé rend impossible l'inventaire des produits utilisés du fait que l'introduction sans cesse renouvelée de nouveaux mélanges plus que de nouveaux produits, du fait de l'utilisation de médicaments détournés de leur usage et enfin du fait de l'ingéniosité de certains trafiquants composant régulièrement des molécules nouvelles.

Le cannabis est la drogue illicite le plus largement répandu dans le monde. [39]

## **A-2 : Classification des Toxicomanies :**

Selon la classification de DELAY et DENIKER (1957) [1,7]. Avec leur action physiologique au niveau du cerveau, l'étude des principales toxicomanies en terme de psychiatrie permet de classer l'action de drogue sous trois catégories :

- les psychodysléptiques qui perturbent l'activité psychique
- les psycholeptiques qui dépriment l'activité psychique
- les psychostimulants qui stimulent l'activité psychique

### ***A-2-1 : Classement des toxiques en trois catégories :***

**Tableau N° 01** : Psychodysléptique, Psychostimulants et Psycholeptiques

PSYCHODYSLÉPTIQUES	PSYCHOSTIMULANTS	PSYCHOLEPTIQUES
❖ HALLUCINOGENE : - Cannabis (Chanvre indien) : marijuana, haschich - Mescaline, MDMA (ecstasy) - LSD, PCP ❖ STUPEFIANTS : - Opiacés: morphine, héroïne, opium - codéine - méthadone ❖ ALCOOL, ETHER	Amphétamines, Khat Cocaïne et dérivée (crack) Antidépresseur	Barbituriques Neuroleptiques Benzodiazépines

### ***A-2-2 : Classement selon les voies d'administrations des toxiques :***

**Tableau N° 02** : Toxique fumée, injectée et sniffes

Produit / Voie	Toxiques Fumées	Toxiques Injectées	Toxiques Sniffes
Héroïne	Oui	Oui	Oui
Cocaïne	Oui (crack)	Oui	Oui

Morphine	Non	Oui	Non
Cannabis	Oui	Non	Non
Amphétamines	Non	Oui	Non

### **A-3 : Le Cannabis (Chanvre indien) [1,7]**

#### ***A-3-1 : Histoire proprement dite du Cannabisme :***

Certains enquêtes indiquent que près de la moitié des jeunes ont une fois au moins consommé du cannabis. Qualifiée de drogue douce parce que moins toxicomanogène que d'autres substances comme l'héroïne, le cannabis est fréquemment la voie d'entrée vers la toxicomanie : la grande majorité des héroïnomanes ont d'abord consommé du cannabis.

Cela ne veut évidemment pas dire que tout consommateur du cannabis deviendra héroïnomane ; on estime à 5% le nombre d'usagers de cannabis qui deviendront héroïnomanes.

Le cannabis a une demi- vie de cinq à six jours, ce qui exclue un syndrome de sevrage immédiat et signifie qu'une prise le samedi soir peut avoir un retentissement tout au long de la semaine.

Le cannabis est une substance naturelle présente dans une plante herbacée, originaire d'Asie centrale : le CANNABIS SATIVA ou CHANVRE INDIEN. La teneur en produit actif, le 9 –TETRA - HYDROCANNABIOL (THC), varie suivant les climats ; il s'agit d'une résine contenue dans les fleurs et les feuilles de plantes.

#### ***A-3-2 : Présentation :***

Le cannabis se présente sous trois formes :

- la RESINE : en plaque compacte marron, dont le nom diffère suivant les pays.
  - Charas : en Asie
  - Hashish, chira ou shit au Proche – Orient ou en Afrique du nord

Elle est inhalée en pipe, en cigarette ("joint"), quelque fois ingérée.

- les FEUILLES et FLEURS séchées :

- Marijuana d'Amérique du nord
- Grifa au Mexique
- Liamba ou Riamba du Brésil
- Dagga d'Afrique du Sud
- Kif d'Afrique du Nord
- Rongony à Madagascar
- Et Bhang ou Ganga aux Indes

Elles sont essentiellement inhalées en pipe.

- l'HUILE : distillation du Cannabis, titrée jusqu'à 60p .100 de THC. Elle est appliquée sur le papier à cigarette et inhalée ou plus rarement ingérée.

**Tableau N° 03 : Présentation du Cannabis**

CANNABIS se présente sous – forme de :		
HUILE	RESINE <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charas</li> <li>• Hashish</li> <li>• Chira</li> <li>• shit</li> </ul>	FEUILLES et FLEURS <ul style="list-style-type: none"> <li>• marijuana</li> <li>• grifa</li> <li>• liamba ou riamba</li> <li>• dagga</li> <li>• kif</li> </ul>
➤ Papier à cigarette et inhalée	➤ Inhalée en pipe, cigarette, quelques fois ingérée	➤ Inhalée en pipe essentiellement

### ***A-3-3 : Effets Pharmacologiques du Cannabis : [12]***

Le THC a une action parasympathomimétique, par augmentation du turnover de l'acétylcholine, d'où les effets de sécheresses des muqueuses, d'apathie et de trouble de mémoire. Il existe des récepteurs centraux au THC.

### ***A-3-4 : Effets Cliniques : [7,11,12]***

Ce sont surtout les effets physiologiques et psychologiques :

a) Manifestations neurovégétatives : qui peuvent persister quatre à vingt quatre heures après l'ingestion du produit !

- Tachycardie ; hypotension
- frissons ; sueurs ; hypersiallorhée
- mydriase ; vision trouble
- rougeur du visage, céphalée, nausées
- Tremblement, vertiges

b) Modifications des perceptions (donnant un tableau féérique) :

- hypersensorialité caractérisée par d'expérience psychédélique ( .....)
- illusions perceptives, visuelles, auditives et cinesthésiques
- synesthésies
- hallucination (surtout visuelle)
- parfois, phénomène de dépersonnalisation
- parfois d'hyperesthésie génitale
- Déformation de la perception du temps.

c) Troubles de la conscience :

- accélération non productive du cours de la pensée
- accélération du débit verbal
- désorientation temporo – spatiale
- Trouble de contact : étrangeté de l'ambiance

d) Troubles thymiques : euphorie, angoisse

E) Troubles moteurs :

- incoordination motrice
- dysarthrie
- agressivité (auto ou hétéro)

## **B – CONSIDERATIONS EPIDEMIOLOGIQUES :**

**[10,11,14,16,17]**

S'il y a une situation qui n'est pas contesté, c'est bien celle de l'augmentation de la consommation de cannabis dans notre pays.

Le rapport Drogue et Dépendance Indicateur et Tendances 2002 (2) édité par l'Observatoire français de Drogue et des Toxicomanies (OFDT) établit là un constat sans ambiguïté en fournissant toute une série de chiffres alarmants.

On y apprend que la consommation est devenue majoritaire à la fin de l'adolescence.

### **B –1 : Facteurs intervenants à l'intoxication cannabique :**

#### ***B-1-1 : Incidence et Prévalence :***

- La prévalence du trouble liée à cannabisme est estimée entre 1 et 1,5 pour 100
- En France on a retrouvé en littérature que 100.000 à 150.000 du peuple sont des toxicomanes.
- Le sex – ration représente: une femme pour 3 hommes

#### ***B-1-2 : Substances :***

- les deux substances les plus utilisées sont le Cannabis et l'Héroïne
- L'héroïne : c'est la première cause de décès (représente 80% des cas de décès dus à une drogue)

#### ***B-1-3 : Terrain :***

- l'âge : fréquence maximale entre 16 et 26 ans
- personnel :
  - Ce sont des personnes qui ont des antécédents de difficultés scolaires, de troubles de caractères, de troubles psychopathies
  - L'estimation à 40% de la fréquence de la séropositivité au VIH au sein des toxicomanes, héroïnomanes.
- famille :
  - Ce sont tous les milieux sociaux sont représentés
  - Sa fréquence accrue de climats familiaux perturbés (crises familiales, séparations, divorces.....)

## **B-2 : Facteurs prédisposant :**

La toxicomanie est le résultat de la rencontre d'un produit, d'un milieu social et d'une personnalité.

### ***B-2-1 : Etude sociologique : [9,30]***

- Rôle des familles déstructurées : Carences parentales (1/3 des pères), alcoolisme familial, rupture des générations, absence d'image parentale, pas de structurations familiales.
- Rôle de carences sociales : renvoi d'école, perte de communication, chômage avec marginalisation
- économie et délinquance : La toxicomanie a besoin, pour se fournir en toxique, de sommes d'argent parfois très importantes. Trafiquants et victimes deviennent complices et s'enferment dans la délinquance.
- Adolescence : C'est une période de fragilité au cours de développement de l'être humain.

On assiste à une transformation de corps, de régurgence de pulsions sexuelles, d'incertitudes sur son identité et sur son intégration sociale, l'adolescent se désintéresse de sa famille et se retourne vers ses copains ( la drogue peut apparaître comme une issue à toute ces incertitudes).

Le sujet est confronté à des interactions avec sa famille (règles familiales) et à des interactions avec la société environnante (règles culturelles, économiques). En fonction des relations que le patient va établir avec ces différents acteurs, des difficultés intra-psychique, propre au patient, vont s'accentuer ou s'amoindrir.

Sur certain terrain familial dit à risque, que l'on définit plus haut (familles déstructurées, mères symbiotiques.....), on s'aperçoit du développement de la toxicomanie venant faire relais entre une réponse inadaptée de la part de la famille et une pathologie de l'estime de soi prépondérante de ces patients.

Ces phénomènes dans certaines banlieues, facilitent l'émergence d'un marché illicite de stupéfiants plaçant ainsi le patient au centre d'un cercle délimité par des phénomènes socio – pathologiques qui pérennisent la situation toxicomaniaque.

### ***B-2-2 : Troubles de la personnalité : [30,37,48]***

Certains types de personnalités sont plus fréquemment retrouvés dans la toxicomanie, comme :

- la personnalité psychopathique

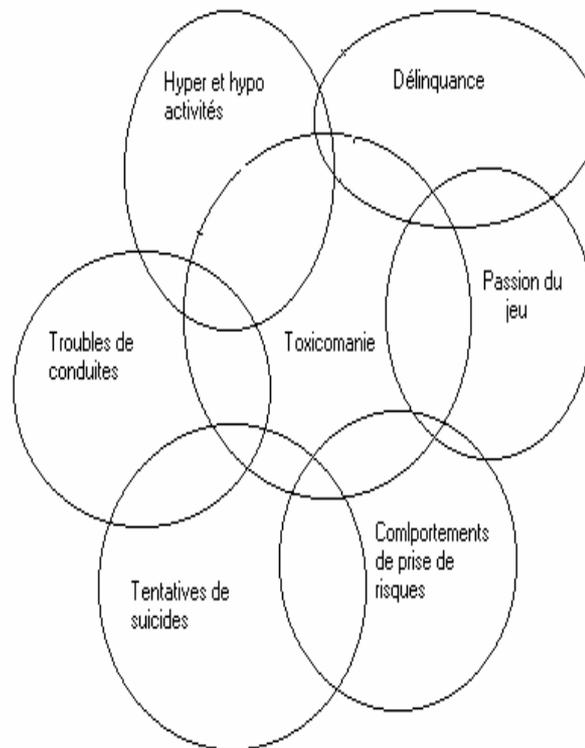
- la personnalité limite
- la personnalité schizoïde voire la schizophrénie
- La personnalité du toxicomane joue un rôle non négligeable dans son histoire toxicomaniaque, cependant il n'existe pas de prototype figé de personnalité toxicomaniaque.

Même si l'on retrouve fréquemment un mode de fonctionnement : « Commun » chez les toxicomanes, les facteurs psychodynamiques semblent multiples et ne peuvent se résumer à une simple description de traits de personnalité.

- Certains toxicomanes semblent caractérisés par un manque d'autonomie et un besoin important de l'autre. La drogue semble se substituer aux mécanismes de défenses névrotiques habituels.

Cette faillite des mécanismes de défense assurant l'équilibre psychique interne rend le toxicomane dépendant de l'objet de sa toxicomanie dans un registre de nécessité, de besoin et non plus de désir.

- La forte dépendance à la réalité extérieure sera d'autant plus importante que le sujet n'ait pu intérioriser, au cours de ses premières années de vie, des objets sécurisants, rassurants, stables. Il en résulte une intolérance importante à la solitude et une difficulté relationnelle.
- Une recherche de sensation semble l'un des éléments prédisposant majeurs dès première consommation de substances psychoactives (alcool, drogues). La forte tonalité émotionnelle engendrée par certaines de substances ou par certains conduites en favorisera la répétition et la recherche active.
- Sur le plan intrafamilial, il existe une véritable dépendance pathologique (avec fusion ou rejet en alternance) entre le toxicomane et sa mère. Le patient acquiert un semblant d'autonomie par l'utilisation d'une drogue, le renforçant narcissiquement et le soutenant dans ses relations interpersonnelles.



**Schéma N°01** : La toxicomanie s'inscrit dans le contexte de troubles des conduites fréquents à l'adolescent.

## C- CONSIDERATIONS CLINIQUES DES PSYCHOSES

### AIGUES TOXIQUES : [34,39,40,41]

La question d'une éventuelle prise de drogue se pose devant tout état psychotique aigu des jeunes. Ces troubles psychotiques sont à distinguer des états d'intoxication aiguë, qui surviennent lors de la prise directe des toxiques.

Ces états psychotiques surviennent à une certaine distance de la prise des toxiques, au moins 24 heures plus tard et peuvent se poursuivre bien au – delà.

#### C-1 : Les intoxications aiguës :

- Intoxications alcooliques aiguës ; parfois avec complication comme :
  - ivresse excitomotrice
  - hallucination
  - délirante

Rappelons que les ivresses pathologiques ont en commun d'être amnésiques.

- Intoxications aux opiacés : outre les divers effets psychiques, somnolence, discours bredouillant, contraction pupillaire, baisse de l'état de conscience voire stupeur ou coma.
- Intoxications au cannabis : outre les divers effets psychiques, augmentation de l'appétit, sécheresse de la bouche, conjonctives injectées, tachycardie.
- Intoxications aux hyposédatifs : l'euphorie et la dés inhibition peuvent supplanter la sédation. Outre les signes psychiques, il faut rechercher une démarche ébrieuse, une difficulté à se maintenir debout, un discours bredouillant, un nystagmus, une altération du niveau de conscience.
- Intoxication à la cocaïne :
  - les troubles de comportements et de la perception tels qu'une euphorie
  - une hypervigilance
  - des idées de grandeurs
  - des illusions sensorielles ou des hallucinations
  - En outre sont possibles une tachycardie ou bradycardie, une arythmie cardiaque, une élévation de la pression artérielle, une transpiration, des nausées et vomissements, une dilatation pupillaire, une agitation voire des convulsions.
- Intoxication à d'autres stimulants y compris la caféine
- Intoxication à des hallucinogènes

□ Intoxication à des solvants volatils :

- sur le plan psychique : apathie, quérulence, agressivité.....
- sur le plan somatique : démarche, ébriuse, nystagmus, difficulté à se maintenir debout, baisse de l'état de conscience, faiblesse musculaire.....

## **C-2 : Le syndrome de dépendance : [20,25]**

Il peut se manifester sur le plan psychologique (désir compulsif d'utiliser une substance psychoactive) et physique ; le syndrome de sevrage révèle la dépendance physique. Le syndrome de sevrage survient dans un délai inférieur à quatre semaines suivant l'arrêt de l'intoxication. Les symptômes sont principalement : transpiration, les tremblements, la tachycardie, l'agitation.....

Rappelons que le sevrage aux opiacés survient dans les heures qui suivent l'arrêt de l'intoxication : il est maximal entre 24 à 48 heures, d'une durée inférieure à une semaine.

Les produits capables d'occasionner un syndrome de sevrage sont l'alcool, les opiacés, le cannabis, les hyposédatifs, la cocaïne, la caféine et la nicotine.

## **C-3 : L'état psychotique :**

La survenue d'un état psychotique est imputable à une substance psychoactive lorsqu'il apparaît dans les deux semaines qui suivent la prise. Les amphétamines, la cocaïne et le cannabis à fortes doses sont particulièrement incriminés. L'OMS propose de considérer que le trouble psychotique induit ne doit pas durer plus de six mois.

## **C-4 : Les notions de pharmacopsychose : [03]**

- La pharmacopsychose aiguë : après la prise de toxique et réversible. C'est un état psychique aigu induit par la consommation d'une substance à effet psychédélique ou par l'abus d'un produit stimulant ou sédatif.
- La pharmacopsychose chronique : C'est un état psychique chronique persistant au delà du temps de la consommation et évoluant pour son propre compte.

## **D- LES CONSIDERATIONS DIAGNOSTIQUES :**

**[27,29,34,36]**

### **D-1 : Les effets psycho – somato- pathologiques liés à**

#### **l'intoxication aiguë du cannabis :**

##### ***D-1-1 : Les effets psycho – pathologiques liés à l'intoxication :***

L'ivresse cannabique est caractérisée par :

- une euphorie
- une sensation de bien – être
- une désinhibition
- Une stimulation intellectuelle et une sensation aiguisée.

Au maximum, on assiste à des états de dépersonnalisation, de déréalisation, avec illusions, voire décompensation anxieuse, dépressive ou délirante.

Le fait de subir de tels effets lors d'une première consommation doit attirer l'attention ; l'émergence de symptômes de type psychotique sous cannabis peut être un indice de fragilité psychopathologique, voire de prédisposition à un trouble psychique important.

##### ***D-1-2 : Les effets somatiques :***

Physiquement, on retrouve :

- sécheresse de la bouche
- une augmentation de l'appétit
- une tachycardie, une hypotension orthostatique
- une dyspnée, des céphalées et des vomissements

Au long cours, des réactions psychotiques prolongées chez les utilisateurs chroniques de hautes doses font poser la question d'une psychose cannabique (forme de pharmacopsychose).

Un syndrome amotivationnel peut être induit par le cannabis et persister après l'arrêt pendant plusieurs mois : indifférence psychomotrice et émotionnelle, apragmatisme, baisse de l'efficacité intellectuelle, difficultés à supporter les frustrations.

La dépendance physique est mineure avec, quelques jours après l'interruption, des troubles du caractère, une anxiété, une anorexie et une insomnie. La dépendance psychique est importante.

## **D-2 : Les complications psycho- somatiques par l'intoxication cannabique chronique et prolongée :**

### ***D-2.1 : Les complications somatiques***

Elles sont de plusieurs ordres ; le plus généralement infectieuse, elles peuvent également être : - cardiaques

- neuropsychiatries
- traumatismes
- ou sous la forme de morts subites

#### **D-2.1.1 : Les complications somatiques infectieuses :**

Des toxicomanes seront revues un délai dans l'article de M<sup>me</sup> VUAREMBON – RESTELLINI : la plus connue d'entre elle est actuellement :

- L'infection par le VIH (Virus d'Immuno – déficience Humaine) menant au SIDA, caractérisée par : - l'association de tumeurs insolites (sarcome de Kaposi, Lymphome du système nerveux centrale) et des infections opportunistes dont la liste serait trop longue pour être développée ici.

Les autres atteintes virales fréquentes en cas de toxicomanies sont les hépatites : hépatite B, surinfections par l'agent delta, hépatite non – A – non B. Ces hépatites peuvent prendre les mêmes formes que chez l'individu normal, et donc se manifester comme une hépatite aiguë, fulminante, chronique. En cas d'hépatite chronique, la forme agressive mène fréquemment à la cirrhose et au carcinome hépato – cellulaire.

Les autres atteintes virales sont également fréquentes chez les toxicomanes, que ce soit l'atteint par le cytomégalovirus, le virus d'Epstein – Barr, les virus du groupe herpès.

Les autres complications infectieuses des toxicomanes sont généralement bactériennes ; il peut s'agir :

- d'infections locales ( abcès, phlébites, arthrites )
- D'infections générales (septicémies, endocardites, méningites, abcès cérébraux, ostéomyélites, abcès splanchniques).

Il faut également penser chez les toxicomanes à la tuberculose en raison de la coexistence fréquente de la toxicomanie et de conditions d'hygiène médiocres, de même qu'aux maladies sexuellement transmissibles liées-elles aussi au manque d'hygiène ou à la prostitution.

Enfin, il ne faut jamais oublier la possibilité pour un toxicomane de développer un tétanos à partir d'un site d'injection. Toutes les infections bactériennes de toxicomane sont des infections qui ne se différencient pas de même infection chez les patients non –

toxicomanes, à l'exception de l'endocardite qui revêt des caractéristiques particulières par l'absence de maladies cardiaques sous – jacente, par la fréquence de l'atteinte tricuspидienne ( $\approx 50\%$ ) expliquant la grande fréquence des atteintes septiques pulmonaires et la rareté des signes neurologiques périphériques d'endocardite classique, ainsi que par la microbiologie puisque 50% des endocardites du toxicomane sont liées à la présence de staphylocoque dorés, 20% à la présence de streptocoque ou d'entérocoque, 20% à des infections par de bacilles gram négatifs, alors que 10% environ des endocardites du toxicomane sont liées à la présence de Candida Albicans.

#### **D-2.1.2 : Les complications somatiques de causes cardiovasculaires :**

Celles – ci sont en nette progression avec l'augmentation de la consommation de cocaïne et d'amphétamine au cours de ces dernières années.

- L'Hypertension artérielle, les troubles de rythme sont fréquemment rencontrés au cours des intoxications aiguës par les stimulations du système nerveux central. Ces substances peuvent également induire des vasospasmes coronariens. C'est ainsi que devant un patient jeune, présentant une douleur angineuse, l'anamnèse devra rechercher systématiquement la consommation de cocaïne ou d'autre stimulant du Système Nerveux.
- Enfin, il existe des complications plus rares telle que l'hypertension pulmonaire secondaire à une talcose ou à une hypertension pulmonaire sur corps étranger.

#### **D-2.1.3 : Les complications neuropsychiatriques :**

Elles peuvent être liées à la substance :

- psychose
- délire
- épilepsie
- neuropathie

Elles peuvent être liées au SIDA ; méningo – encéphalite de tous types, leuco – encéphalopathie multifocale progressive, menant à la démence. Enfin, il ne faut pas sous – estimer les urgences psychologiques liées à l'anxiété des toxicomanes sero – positifs.

#### **D-2.1.4 : Les complications traumatiques :**

D'autres complications somatiques sont rencontrées chez le toxicomane en urgence : si l'influence de l'alcool est bien connue dans les accidents de circulation (entre 30 et 50% de cas suivant les pays) [28,29], l'influence des autres drogues dans la genèse des accidents est probablement sous – estimés. Les traumatismes peuvent revêtir tous les

types des traumatismes habituels, que ce soit des accidents de circulation, des accidents domestiques ou des accidents de sport.

#### **D-2.1.5 : Les morts subites :**

Le dernier type de complications somatiques liées à la toxicomanie est représenté par les morts subites. Il y a eu entre le 1ère janvier 1988 et le 27 septembre 1988 [29,30], 25 morts par overdose dans le canton de Genève. Ce chiffre officiel, sous estime probablement le nombre de morts subites réelles lié à la toxicomanie.

Ces morts sont le plus généralement dues à un arrêt respiratoire dans le cadre d'une intoxication aux opiacés, mais peuvent également lier à des troubles du rythme cardiaque ou à infarctus lors d'un usage excessif de cocaïne ou d'amphétamines ; elles peuvent enfin d'être le résultat d'un choc anaphylactique sur l'injection de substances impures par voie intraveineuse.

#### ***D-2.2 : Les complications psychose- sociales***

Les complications psychosociales de la toxicomanie représentent pour elles même la matière à plusieurs chapitre. Néanmoins, et dans les situations d'urgence, nous sommes confrontés aux drames familiaux que déclenche la révélation d'une toxicomanie encore méconnue, aux tentatives de suicide qui sont l'aboutissement soit de psychopathologie complexes, soit d'une prise de conscience désespérée d'une situation que l'on imagine insoluble. Nous sommes également confrontés très régulièrement aux problèmes entraînés par la délinquance, la prostitution voire la violence en générale.

### **D-3 : Le diagnostic positif de psychose aiguë cannabique**

#### **proprement dites : [10, 13, 15]**

- Les constatations de MOREAU sont important car elles démontraient le cannabis peut provoquer chez le sujet normal de troubles aigus, disparaissant en quelques heures ou quelques jours une fois passées l'effet du produit.

La fréquence est certes faible par rapport au nombre de sujets consommateurs : 0,1% dans une étude suédoise, mais elle constitue l'un des motifs d'hospitalisation psychiatrique les plus importants dans les pays à forte consommation.

Ces états psychotiques sont caractérisés par :

- un syndrome confusionnel
- un syndrome déficitaire

- des syndromes dépressifs ou maniaco – dépressifs
    - L’ivresse cannabique ainsi décrite comporte surtout de modifications sensorielles à type : l’hyperesthésie, et ce sont elles qui sont constatés par LOÛ. H en 1970 (4), qui concluait : “ actuellement (c’est nous qui soulignons), l’ivresse cannabique réalise exceptionnellement des tableaux psychiatriques aigus ”.
    - La définition de la psychose cannabique aiguë est tout autre hormis le rapport de temporalité. Les troubles psychotiques induits par le cannabis, mais aussi, selon la CIM – 10 (rubrique F<sub>10</sub> – F<sub>19</sub>), par de nombreuses substances psychoactives (SPA) dont l’alcool, sont ainsi décrits : “ Ensemble de phénomènes psychotiques survenant durant ou immédiatement après (dans les 48 heures ) la prise d’une substance psychoactive ”.
- [11, 12]

Le trouble se caractérise par :

- la présence d’hallucinations intenses (typiquement auditives mais souvent également polysensorielles)
- d’une distorsion des perceptions
- D’idées délirantes ou d’idées de référence (souvent de type paranoïaque ou persécution).
- De perturbations psychomotrices (agitation ou stupeur) et d’affects anormaux pouvant aller d’une peur intense à l’extase.

Le sensorium n’est pas habituellement touché, mais il peut exister un certain degré d’obnubilation de la conscience, n’atteignant toutefois jamais le caractère d’une confusion grave.

Le trouble disparaît en six mois, et souvent, au moins partiellement en un mois.

#### **D-4 : Les diagnostics différentiels de la psychose aiguë liée au Cannabisme :**

Devant une psychose aiguë d’origine cannabique, il faut éliminer :

- l’intoxication aiguë
- Le syndrome de sevrage et surtout la possibilité d’aggravation ou de déclenchement de certains troubles mentaux..... Dont la schizophrénie, en même temps qu’il soit précisé que le tableau clinique peut être “ d’allure schizophrénique ”, catégorie F<sub>12.50</sub> ; nous y reviendrons.

## **E – CONSIDERATIONS NEURO – BIOLOGIQUES DE LA TOXICOMANIE : [35]**

Les conséquences de la prise de cannabis au niveau neuro – biologique, ses conséquences sur la psychose débutante et son évolution sont discutés dans cet article. L'action stimulante du cannabis sur les voies mésolimbique dopaminergique, impliquée dans le système de récompense notamment, engendrent certains troubles cognitifs (attention, mémoire notamment) semblables à ceux observés dans la phase prodromique de la psychose.

Des études récentes montrent une aggravation des symptômes psychotiques, une augmentation du risque de développer un trouble psychotique et une plus grande difficulté à traiter les personnes souffrant de troubles psychotiques et consommant du cannabis.

Des études épidémiologiques confirment les liens étroits entre psychose et cannabis, et les problèmes soulevés par cette morbidité ne cessent de croître.

Le but de cet article est de montrer à partir de la neurobiologie les conséquences d'une prise de cannabis durant l'adolescence en tenant compte en particulier du danger de déclencher une psychose et d'aggraver son évolution.

### **E-1. Le système de récompense et la neurobiologie du cannabis :**

❖ Le système de récompense est la base neurobiologie de la motivation et de l'apprentissage. C'est la condition signée que non pour l'intégration dans la personnalité des expériences émotionnelles importantes de la vie. Un évènement positif aura un effet activant sur les voies mésolimbiques dopaminergiques, et facilitera la mémorisation de l'information. La mémorisation d'évènements positifs est garantie par des voies faisant partie du système dopaminergique.

D'autres aspects importants de ce système sont liés à la régulation du stress et à certains fonctions cognitives (par exemple : l'attention ou la capacité à résoudre des problèmes.

❖ Le système de récompense peut être à un dysfonctionnement à trois niveaux différents :

- Le premier niveau est lié aux dysfonctionnements cognitifs, par exemple troubles de l'attention et de la concentration.
- Le second niveau consiste en une altération directe de la voie mesolimbique
- Le troisième niveau consiste en des changements de la fonction de l'hippocampe, impliquée dans le processus de mémoire.

Ces trois domaines sont vulnérables à l'influence du cannabis en raison d'une substance psychotrope, le tétrahydrocannabinol, qui a un effet aigu fortement stimulant sur les voies mésolimbiques dopaminergiques.

## E-2. Effets à court terme du Cannabis :

Initialement l'intoxication au cannabis déclenche un sentiment d'euphorie pouvant se transformer en un état de dysphorie et d'anxiété avec des attaques de panique. En cas de dosage plus élevé des symptômes psychotiques peuvent apparaître.

Les idées délirantes de persécution avec des troubles de la perception sont des symptômes typiques d'une telle phase. Une intoxication aiguë, dans la règle s'accompagne de troubles cognitifs, spécialement de l'attention et de la capacité de différencier les stimuli importants des moins importants, en altérant les processus inhibiteurs nécessaires à la hiérarchisation de l'information. Les autres effets à court terme sont résumés dans le tableau ci – dessous.

Neurobiologie	Symptômes
Augmentation de la dopamine (voie mésolimbique et mésocorticale)	Euphorie, dysphorie Anxiété, attaque de panique Idées délirantes Troubles de la perception Hallucinations Troubles de l'attention
Inhibition GABA et GLUBAMATE	Réduction de la motricité
Blocage de l'Acétylcholine (Hippocampe)	Troubles de mémoire
<b>Tableau N° 04 : Effets à court terme du cannabis</b>	

## E-3. Les effets à long terme de cannabis :

A long terme, une consommation régulière et importante de cannabis n'entraîne plus d'effets stimulants mais au contraire une perte de l'activité du système dopaminergique, allant de paire avec un désinvestissement de la vie et exigences sociales.

On parle alors de troubles "hédonique" liés à une prise régulière de cannabis durant plusieurs années. A long terme les dosages de cannabis élevés peuvent induire le développement d'une tolérance avec un risque des symptômes de sevrage.

(Tableau ci – dessous)

Les altérations des fonctions cognitives secondaires à une intoxication chronique, soit à une désintoxication sont bien décrites dans la littérature.

Neurobiologie	Symptômes
<p>Désactivation dopaminergique ( voies mésolimbiques et mésocorticales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apathie, anhédomie</li> <li>- tolérance</li> <li>- sevrage (agitation, insomnie, anxiété, actes agressifs )</li> <li>- dépendance</li> <li>- troubles de l'attention et de l'élaboration de l'information complexe</li> </ul>
<p>Neurotoxicité (Hippocampe)</p>	<p>Troubles de mémoire</p>
<p><b>Tableau N° 05: Effets à long terme de cannabis</b></p>	

La recherche neurobiologie met en évidence de forts liens entre le Cannabis et psychose avec la découverte des récepteurs cannabinoïdes et de leur relation avec le système dopaminergique ( entre autres le système de récompense).

L'expérience clinique confirme ce lien, en montrant que les symptômes psychotiques sont aggravés lors d'une intoxication aiguë, et que les consommateurs de cannabis sont les plus difficiles à traiter.

Le début plus précoce et l'évolution plus négative des troubles psychotiques, chez les adolescents vulnérables abusant de cannabis, confirment l'aggravation de l'évolution d'une psychose débutante par le cannabis.

Des études récentes ont montré une susceptibilité plus élevée de développer des dysfonctions cognitives et émotionnelles chez les adolescents qui abusent de cannabis, amenant à penser que la vulnérabilité pour la psychose au niveau biologique a augmenté chez eux, vraisemblablement au travers, en autres, de l'action dopaminergique sur le système mésolimbique.

## **F-CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES :**

**[5,21,22,24,25,36] :**

### **F-1. Le traitement des complications somato – psychiatriques**

#### **aiguës :**

Elles sont contemporaines d'une période de " manque " ( lors du sevrage brutal) ou surviennent lors d'un surdosage ( overdose). D'une manière générale lorsque les fonctions vitales et plus particulièrement cardio – vasculaires sont menacées, une réanimation médicale s'impose pour libérer les voies respiratoires supérieures (pour éviter les troubles de déglutition, paralysie du larynx), lutter contre la déshydratation et rétablir l'équilibre électrolytique.

En termes communs à toutes les toxicomanies, le syndrome d'abstinence s'accompagne toujours d'une angoisse très intense, de crises d'excitations et parfois d'agressivités : aussi a – t – on recourt à la prescription de Tranquillisants (*Valium – Tranxène – Equanil* ) en injections intra – musculaires répétées au cours de la journée.

Ex : Valium 10 : une ampoule en intra – musculaire ( IM)

Si le malade présente des idées délirantes aiguës, il faut lui donner de Neuroleptiques à type de Largactil une ampoule à 25mg plus Haldol une ampoule à 5 mg, deux à quatre fois par jour.

### **F-2 : Le Sevrage : [36]**

#### ***F-2-1. Cure de sevrage :***

Il est très généralement réalisé en milieu hospitalier. On a abandonné la prescription dégressive du toxique habituel pour choisir sa suppression immédiate sous surveillance médicale et psychiatrique avec l'administration d'Anxiolytiques ( *Valium ou dérivés*) ou éventuellement de Neuroleptiques Sédatifs (*Largactil ou Nozinan*). Des soins infirmiers adaptés seront l'occasion d'introduire les premiers contacts psychothérapeutiques.

C'est la période la plus difficile avec apparition d'une angoisse, une malaise, une douleur, des contractures et l'insomnie.

#### **F-2.1.1 : Traitement symptomatique :**

- Si douleurs viscérales : prescrivez des Antalgiques et synthèse, non morphiniques voie parentérale.
- Si anxiété : prescrire de Benzodiazépines ou neuroleptiques sédatifs

- Si onirisme ou agitation : donner des Neuroleptiques LARGACTIL + /- HALDOL avec précaution car risque d'état confusionnel.

### **F-2.1.2 : Si mauvais état physique : il faut faire**

- une réhydratation
- une renutrition
- une vitaminothérapie
- Une surveillance stricte par personnel entraîné accompagné des soins infirmiers importants pour une prise en charge ultérieure.

### **F- 2-2. Période de sevrage :**

Elle peut durer plusieurs mois.

#### **F-2.2.1 : Syndrome déficitaire :**

Il est peut être facteur de rechute important. Son tableau clinique est représenté par le déficit psychique et physique, une aboulie adynamie, une indifférence et une pensée pauvre et stéréotypée. Il pose le problème d'une évolution dissociative déficitaire important. Son traitement est : PRAZINIL (Carpipramine )

( désinhibiteurs)

#### **F-2.2.2 : Syndrome dépressif secondaire :**

Il faut traiter avec des Anti- dépresseurs

#### **F-2.2.3 : Traitement de substitution : (pour certains)**

Le Chlorhydrate de Méthadone est considéré comme un traitement de substitution et si appétence pour les opiacés apparaît irréductible. Ce produit entraîne lui – même en dépendance psychique mais une assuétude physique moindre que l'héroïne, est utilisé comme produit de substitution pour sa toxicité très inférieure.

### **F-3 : La prise en charge au long cours des toxicomanies : [5,24]**

Elle représente en fait l'étape la plus importante et pas de traitement spécifique car il y a la difficulté de la prise en charge : celle – ci est essentiellement orientée par la personnalité du toxicomane, ses motivations, l'importance de la désocialisation. Pendant le sevrage une relation s'est engagée avec le toxicomane et l'évolution se fait vers une psychothérapie.

#### **F-3.1 : L'évolution vers la psychothérapie :**

C'est très difficile car souvent :

- il n'y a pas de réelle demande
- une intolérance aux frustrations
- de nombreux passages à l'acte
- il y a de rechutes

### ***F-3.2 : Les autres méthodes sont d'inspirations psychothérapeutiques***

Les techniques proposées sont multiples, individuelles ou collectives, orthodoxes ou aménagées. On a mis l'accent sur les techniques corporelles ( Relaxation), sur les groupes thérapeutiques.

Théoriquement la psychothérapie est l'approche privilégiée des problèmes du toxicomane ; en pratique cette psychothérapie est malaise ( demande faible et fluctuante, situation frustrante par rapport aux bénéfices rapides du recours à la drogue).

#### **❖ Les techniques corporelles :**

Il s'agit d'une relaxation et Yoga ( c'est une dimension de plaisir physique )

#### **❖ Psychothérapie institutionnelle : Centres de longues durées**

Les structures institutionnelles ou extra – institutionnelles de soins sont utilisées par certains thérapeutes à l'intérieur même de la cité ; d'autres préconisent l'éloignement du milieu habituel, source de réapprovisionnements.

On a ouvert des foyers d'accueils, des hôtels conventionnés, des centres de post – cure rurale (travail physique à la campagne, éloigné du milieu habituel qui source d'épanouissement, thérapie de partage de la vie communauté ) ou urbains ( groupes multi-disciplinaires, non coupés du milieu) ; Récemment, on a créé des groupes thérapeutiques pour les familles.

Il faut insister sur l'avantage que représentent les équipes multi – disciplinaires comprenant médecins généralistes, psychiatrie, psychologue, socio – thérapeutes travaillant en équipe avec d'anciens toxicomanes dans les centres ouverts.

Les résultats sont cependant dans l'ensemble très décevant pour les vraies toxicomanes, l'échec des cures de sevrage et des prises en charge psychothérapeutiques étant à terme très nombreux. Pour juger des résultats enregistrés par telle méthode ou telle autre, il est nécessaire d'échantillonner des groupes ayant un nombre suffisant de patients et il est indispensable de s'accorder une longue période avant de pouvoir affirmer qu'existe une guérison.

Il faut rappeler aussi que la dimension médicale du problème des toxicomanies modernes est réduite par rapport à sa dimension.

## **F-4 : La chimiothérapie : [21,22]**

### **F-4.1 : Généralités**

Les médicaments psychotropes se caractérisent par leur action principale sur la vie psychique. La classification clinique des différents psychotropes peut être schématisée ainsi d'après DELAY et DENIKER, en 1957 :

- Les psycholeptiques ou sédatifs psychiques. Ce sont :
  - Des hypnotiques ou dépresseurs de la vigilance, capable de produire un sommeil plus ou moins physiologique, éventuellement incoercible.
  - Les tranquillisants ou anxiolytiques : parmi lesquels les benzodiazépines occupent une très large place.
  - Les neuroleptiques ou antipsychotiques : capable de réduire l'ensemble des symptômes psychotiques tels que l'agitation, l'angoisse, les hallucinations, le délire et l'autisme.
  
- Les psycho- analeptiques ou stimulants psychiques. Ce sont :
  - Les thymo- analeptiques ou antidépresseurs : qui possèdent la capacité de redresser l'humeur dépressive, voire de l'inverser en excitation maniaque.
  - Noo- analeptiques ou stimulants de la vigilance qui peuvent agir sur l'activité intellectuelle et la sensation de fatigue.
  - Les désinhibiteurs : Cette classe ne compte pour l'instant qu'un représentant, la Carpipramine, active sur différentes formes d'inhibition psychocomportementale.
  
- Les psychodysleptiques ou perturbateurs de l'activité mentale ou hallucinogène : et stupéfiant n'a pas d'intérêt thérapeutique en psychiatrie. Ils sont au contraire à l'origine de divers états psychopathologiques.

### **F-4.2 : Les Neuroleptiques :**

#### ***F-4.2.1. Définition :***

Les cinq points proposés dès 1957 par DELAY et P.DENIKER pour définir les neuroleptiques demeurent actuels :

- C'est la création d'un état d'indifférence psychomotrice : indifférence psychique, neutralité émotionnelle sans altération de la vigilance.
- Assurée la réduction des symptômes psychotiques aigus et chroniques tels que l'angoisse, les hallucinations et l'autisme.
- Très efficace vis – à – vis des états d'excitations et d'agitation permettant de réduire les états maniaques et l'agressivité de certains psychotiques ;

- Aptitude à produire des effets secondaires neurologiques extrapyramidaux et neurovégétatifs ;
- A une action sous –corticale prédominante

#### ***F-4.2.2. Leurs classifications :***

Ils se présentent surtout sous forme orale et sous forme retard injectable.

#### ➤ Classification thérapeutique :

On peut classifier les neuroleptiques selon leur mode d'action comme ceci

- ❖ Médicaments sédatifs et anxiolytiques, produisent des effets indésirables, surtout neurovégétatif : NOZINAN<sup>®</sup>, TERCIAN<sup>®</sup>, LARGACTIL<sup>®</sup>
- ❖ Médicaments globalement antipsychotiques, produisent des effets indésirables surtout extrapyramidaux : HALDOL<sup>®</sup>, MODITEN<sup>®</sup>, MAJEPTIL<sup>®</sup>

DENIKER et GINESTET [36] ont proposé en 1976, une classification thérapeutique des neuroleptiques qui garde son intérêt aujourd'hui.

PETIT et COLONNA [24] ont souligné l'action bipolaire de certaines molécules : efficaces contre le retrait, l'autisme, l'apragmatisme, l'émoussement affectif ( signes dits négatifs et déficitaires ) à faible dose ; Efficaces contre les hallucinatoires, l'angoisse, le délire (symptômes dits positifs ou productifs) à forte dose.

Cette bipolarité n'existe pas à propos des nouveaux neuroleptiques dits atypiques parce qu'induisant peu ou pas d'effets extrapyramidaux : RISPERIDONE (Risperdal<sup>®</sup>), ZIPRAZIDONE (Zeldox<sup>®</sup>). Ces médicaments sont réputés efficaces aux mêmes posologies sur les symptômes négatifs et positifs. Mais il faut retenir que le délai d'action de tout agent neuroleptique est :

- de quelques heures sur l'angoisse et l'agitation
- de 4 à 6 semaines sur les symptômes positifs tels que les hallucinations, de délire
- De 12 semaines au moins sur les symptômes négatifs tels que l'apragmatisme, l'autisme, l'émoussement affectif.

### **Tableau N° 06 : Classification chimique des Neuroleptiques**

NEUROLEPTIQUES	FOURCHETTES POSOLOGIQUES
<p style="text-align: center;"><u>PHENOTHIAZINES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chlorpromazine (Largactil<sup>®</sup>)</li> <li>• lévomépromazine (Nozinan<sup>®</sup>) <ul style="list-style-type: none"> <li>• cyamémazine (Tercian<sup>®</sup>)</li> <li>• alimémazine (Théralène<sup>®</sup>)</li> <li>• fluphénazine (Moditen<sup>®</sup>) <ul style="list-style-type: none"> <li>Moditen Retard<sup>®</sup></li> </ul> </li> <li>• pipotiazine ( Piportil<sup>®</sup>) <ul style="list-style-type: none"> <li>Piportil L<sub>4</sub></li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• propériciazine (Neuleptil<sup>®</sup>)</li> <li>• thioproprérazine (Majeptil<sup>®</sup>)</li> </ul>	<p>200 à 600 mg / j</p> <p>50 à 300 mg / j</p> <p>100 à 300 mg / j</p> <p>5 à 200 mg / j</p> <p>2 à 800 mg / j</p> <p>25 à 150 mg / j / 2 à 4 semaines</p> <p>5 à 40 mg / j</p> <p>25 à 100 mg / 4 semaines</p> <p>5 à 60 mg / j</p> <p>5 à 70 mg / j</p>
<p style="text-align: center;"><u>THIOXANTHENES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• flupentixol (Fluanxol<sup>®</sup>) <ul style="list-style-type: none"> <li>Fluanxol LP</li> </ul> </li> <li>• zuclopendixol (Clopixol<sup>®</sup>)</li> </ul>	<p>10 à 40 mg / j</p> <p>40 à 100 mg / 2 à 3 semaines</p> <p>50 à 150 mg / j</p>
<p style="text-align: center;"><u>BUTYROPHENONES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• halopéridol (Haldol<sup>®</sup>) <ul style="list-style-type: none"> <li>Haldol Décanoas<sup>®</sup></li> </ul> </li> <li>• trifluopéridol (Tripéridol<sup>®</sup>)</li> <li>• pipampérone (Dipipéron<sup>®</sup>)</li> </ul>	<p>5 à 30 mg / j</p> <p>50 à 200 mg / 2 à 4 semaines</p> <p>1 à 6 mg / j</p> <p>40 à 120 mg tous les 20 jours</p>
<p style="text-align: center;"><u>DIPHENYLBUTYLPIPERIDONES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pimozide (Opiran<sup>®</sup>, Orap<sup>®</sup>)</li> <li>• penfluridol (Sémap<sup>®</sup>)</li> <li>• dropéridol (Droleptan<sup>®</sup>)</li> </ul>	<p>3 à 25 mg / j</p> <p>10 à 40 mg tous les 20 jours</p> <p>25 à 150 mg / j</p>

<p style="text-align: center;"><u>BENZAMIDES</u></p> <p style="text-align: center;"><u>SUBSTITUEES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• métopropramide (Primpéran<sup>®</sup>)</li> <li>• sulpiride (Dogmatil<sup>®</sup>)</li> <li>• tiapride (Tiapridal<sup>®</sup>)</li> <li>• amisulpide (Solian<sup>®</sup>)</li> <li>• equilium<sup>®</sup></li> </ul>	<p>15 mg / j</p> <p>100 à 300 mg / j</p> <p>300 à 800 mg / j</p> <p>100 à 800 mg / j</p> <p>300 à 800 mg / j</p>
<p style="text-align: center;"><u>DIBENZOXAXEPINES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• loxapine (Loxapac<sup>®</sup>)</li> </ul>	<p>50 à 200 mg / j</p>
<p style="text-align: center;"><u>DIBENZODIAZEPINES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• clozapine (Leponex<sup>®</sup>)</li> <li>• olanzapine ( Zyprexa<sup>®</sup>)</li> </ul>	<p>200 à 600 mg / j</p> <p>10 à 20 mg / j</p>
<p style="text-align: center;"><u>BENZIZOXAZOLES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rispéridone (Risperdal<sup>®</sup>)</li> </ul>	<p>4 à 8 mg / j</p>

### **F.4.3 : Les anxiolytiques : [5,21,22]**

#### **F-4.3.1 : Les Benzodiazépines : (BZD)**

Elles représentent l'essentiel de cette catégorie de médicaments : elles sont les tranquillisants les plus utilisés en raison de leur efficacité et de leur sécurité d'emploi. Longtemps, les Benzodiazépines étaient indiquées dans l'anxiété sous toutes ses formes : elles peuvent aussi bien soulager l'anxiété physiologique face à un événement difficile que calmer en quelques minutes la grande crise d'angoisse aiguë ( ou attaque de panique.

Elles ont des effets sédatifs et anxiolytiques ; effet anticonvulsivant ; effet myorelaxant et effet amnésiant.

#### **F-4.3.2. Les anxiolytiques non benzodiazépiniques :**

Il existe en quatre familles :

- les carbamates
- les agonistes 5- HT<sub>1A</sub>
- les antihistaminiques
- et les autres

➤ Les carbamates : sont disponibles sous la forme de méprobamate (Equanil<sup>®</sup>, Procalmadiol<sup>®</sup>). Celui –ci entraîne une sédation, un effet anticonvulsivant et un faible effet antalgique.

➤ Les agonistes 5- HT<sub>1A</sub> sont représentés par le Buspirone (Buspar<sup>®</sup>). La Buspiron est indiquée dans le traitement de l’anxiété chronique (ou trouble anxieux généralisé).

Ses avantages sont :

- l’absence de tolérance
- l’absence de dépendance
- Un mécanisme sérotoninergique nouveau par rapport aux benzodiazépines.

➤ Les antihistaminiques : il s’agit de l’hydroxyzine (Atarax<sup>®</sup>). Ses avantages sont l’absence de tolérance et de dépendance, son inconvénient une efficacité mal établie.

➤ Et les autres anxiolytiques non benzodiazépines : comme les petites doses d’antidépresseurs sédatifs (AMITRIPTYLINE, TRIMIPRAMINE.....) et les petites doses de Phénothiazines (CYAMEMAZINE.....)

Quelques exemples d’anxiolytiques :

- Diazépam ( Valium<sup>®</sup>) : 2, 5, 10 mg
- Clorazépate (Tranxène<sup>®</sup>) : 5, 10, 50 mg
- Prazépam (Lysanxia<sup>®</sup>) : 10 et 40 mg
- Méprobamate (Equanil<sup>®</sup>): 200 – 400 mg
- Buspirone (Buspar<sup>®</sup>): 10 mg
- Hydroxyzine ( Atarax<sup>®</sup>): 25 – 100 mg

Pour les Benzodiazépines, la tendance est aujourd’hui de recommander la plus faible posologie pendant la durée de temps le plus court possible, d’où la réglementation mise en place en 1991 ; Une prescription doit être effectuée pour 12 semaines au maximum, la pertinence en est ensuite réévaluée lors d’un nouvel examen.

#### **F-4.4. Les antidépresseurs :**

Leur caractéristique commune est l’aptitude à redresser l’humeur dépressive, voire à l’inverser en excitation euphorique hypomaniaque ou maniaque. Les psychotropes appartenant au groupe des antidépresseurs, parfois désignés comme thymo- analeptique, se répartissent en plusieurs types.

- Tricyclique imipraminiques : qui sont
  - Imipramine ( Tofranil<sup>®</sup>)
  - Clomipramine ( Anafranil<sup>®</sup>)
  - Amitriptylène ( Laroxyl<sup>®</sup>)

Tous à la posologie de 150 mg, atteint en 2 à 3 jours ; certains sont administrables en Intra- veineuse (IV). Les Bi- , Tri- ou Quatricycliques : ce sont tous des anticholinergiques. La durée de traitement est de 4 à 6 semaines pour le traitement d'attaque puis 6 mois à un an pour la prévention de rechutes. Au-delà, baisse très progressive de la posologie, par palier de 25 mg toutes les deux semaines.

- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) qui se présentent en deux types :
  - classique : c'est à dire non sélectif non réversible comme IPRONIAZIDE (Marsilid<sup>®</sup>) ; comprimé de 50 mg, à la dose de 50 – 100 mg par jour.
  - Nouveaux : c'est à dire sélectif de la MAO – A- et réversible : TOLOXATONE (Humoryl<sup>®</sup>), comprimé de 200 mg, à la dose de 600 mg par jour ; et MOCLOBEMIDE (Moclamine<sup>®</sup>), comprimé de 150 mg, à la dose de 450 mg par jour.
- Les non imipraminiques – non IMAO : Ce sont
  - VILOXAZINE (Vivalan<sup>®</sup>) : comprimé et ampoule de 100 – 300 mg, à la posologie de 300 à 600 mg en Intra –Veineuse (I.V)
  - MIANSERINE (Athymil<sup>®</sup>) : comprimé de 10, 30, 60 mg, à la posologie de 60 à 90 mg par jour.
  - MEDIFOXAMINE (Clédial<sup>®</sup>) : comprimé de 50mg, à la posologie de 150 mg par jour
- Les antidépresseurs sérotoninergiques spécifiques : y compris :
  - FLUVOXAMINE (Floxyfral<sup>®</sup>) : 200 à 300 mg / j
  - FLUOXETINE (Prozac<sup>®</sup>) : 20 mg / j
  - PAROXETINE (Deroxat<sup>®</sup>) : 200 mg / j
  - SERTRALINE (Zoloft<sup>®</sup>) : 100 mg / j
  - CITALOPRAM (Séropram<sup>®</sup>) : 20 mg / j

## **G. LES IMPACTS SOCIO – CULTURELS ET ECONOMIQUES LIES AUX CANNABIS SATIVA**

### **[6,8,9,13] :**

Le Cannabis connaît un succès croissant dans la population et dans les débats entre experts. L'article décrit le consensus scientifique qui se dégage sur les effets de cette drogue.

Les effets psychotropes du cannabis, attribués aux cannabinoïdes que contient sa résine, actifs sur des récepteurs spécifiques, comportent généralement un sentiment d'euphorie et de légère désinhibition, ainsi qu'une distorsion de certaines perceptions sensorielles. La sédation, la stimulation de l'appétit et l'anxiolyse sont généralement recherchés par certaines malades.

D'autres en attendent une expérience plus intense avec l'altération de l'état de conscience. La consommation de masse de cannabis se stabilise à un taux de 22% des jeunes de 18 ans qui déclarent en avoir consommé au moins au cours du dernier mois ; cette proportion chute à l'insertion dans la vie adulte.

Les effets secondaires aigus et chroniques, la toxicité de la fumée du cannabis sont décrits, ainsi que le lien problématique entre la consommation de cannabis et le déclenchement d'une psychose. La dangerosité et les effets toxiques attribués à la consommation de cannabis sont exposés en suivant le découpage en 3 axes indépendants :

- le développement d'une dépendance psychique
- les conséquences somatiques néfastes (y compris les perturbations cognitives, et leurs conséquences pour la conduite automobile.)
- la dangerosité psychosociale

La théorie de l'escalade est critiquée. Les auteurs concluent en mettant en doute les fondements scientifiques de la pénalisation de la consommation de cannabis, pour recommander la dédramatisation de ce produit.

## **G-1. Les impacts socio- culturels : [9,13,18,30,31,42,43,47]**

### **G-1.1 : Perturbation cognitive :**

L'ivresse cannabique aiguë s'accompagne d'une perturbation des fonctions cérébrales supérieures, notamment cognitive telles que : capacité d'effectuer des opérations mentales complexes, comme les calculs mentaux ou la lecture d'un document abstrait ou difficile, mémorisation, attention. Cette ivresse est peu compatible avec les activités intellectuelles complexes et pour certaines prestations professionnelles exigeantes.

Ces effets ne sont pas rémanents et les fonctions altérées retrouvent leurs aptitudes antérieures peu après l'arrêt d'une consommation abusive ; Autrement dit, contrairement à d'autres substances psycho – actives, comme l'alcool, les amphétamines ou la cocaïne, la consommation régulière de cannabis ne serait donc pas neurotoxique.

Lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence du cannabis, les risques d'accident de roulage sont significativement accrus ; par ailleurs, en Belgique et en France, la loi réprime sévèrement la conduite automobile sous l'influence du cannabis ( et des autres substances illégales), avec un risque d'amende, de frais d'analyse toxicologiques et de retrait de permis de conduire, voire de déchéance du droit de conduire.

### **G-1.2. Les dangers psychosociales :**

Sous ce terme, on peut rassembler toutes les conséquences psychosociales néfastes de l'usage d'une drogue, quel que soit le lien causal. Ainsi, l'exclusion d'une école, l'éviction hors de la famille ou d'un club sportif ou la rupture d'un contrat de travail sous le motif de consommation de cannabis sont des conséquences défavorables ( pour l'individu) d'une consommation, dans un contexte de “ chasse aux sorcières”, qui n'est pas fondé scientifiquement. Ces évènements traumatiques ont rarement pour effet de décider le patient à interrompre sa consommation, et provoquant plutôt une surenchère de celle –ci.

Contrairement à d'autres drogues psycho – actives comme l'alcool, les psychostimulants, ou même les Benzodiazépines au considérable pouvoir désinhibant l'agressivité, l'usage de cannabis n'est généralement pas lié à des comportements qui nuisent à l'intégrité ou à la sécurité d'autrui. Toutefois, de préoccupation existe concernant le travail à certaines postes engageant la sécurité d'autrui et la dangerosité du cannabis sur le comportement de conduite automobile.

De manière exceptionnelle, on décrit des attitudes d'hétéroagressivité au cours de certains épisodes de psychose cannabique aiguë, dont la sémiologie évoque celle des bouffés délirantes.

### **G.1.2.1. La relation fusionnelle des parents : [47,48]**

D'après CLAIRE VOUKASSOVITCH [48], les toxicomanes semblent n'avoir pas été considérés comme des individus mais comme des outils du narcissisme des parents. La mère semble n'avoir jamais su négocier la séparation individuation.

Si généralement l'enfant, au moment de quitter des objets partiels, s'identifie normalement à l'objet du désir de la mère, dans le cas de certains toxicomanes, la mère n'a pas répondu : “ L'objet de mon désir c'est ton père ” ; comme elle aurait dû le faire pour le sortir de cette position identificatoire en forme d'ornière qui le condamne à la répétition !

Elle l'y laisse, elle ne dit rien et surtout pas “ Ton imago c'est ton père ” ; elle courcuite le père, empêchant sa médiation et créant une collusion secrète entre l'enfant et elle.

Une jeune fille toxicomane disait à propos de sa mère : “ Je ne veux pas partir, je ne veux pas laisser seule, elle est dépressive ”. Elle était toxicomane pour se libérer de sa mère, pour se dégager de la mission de la maintenir en vie.

Face à l'alternative symbiose ou séparation, la conduite toxicomaniaque exprime une revendication d'autonomie mais simultanément dénie la séparation et renforce la dépendance. La mère, qui de tout temps a envahi l'espace psychique de l'enfant ; voit son intrusion désormais justifiée par la conduite toxicomaniaque.

Lorsque finalement survient la rupture maternelle avec la famille, la dépendance s'accroît vis – à – vis d'objets externes, dont la drogue entraînant encore un clivage de groupe familial séparant le père exclu et la dyade mère – enfant. Le père finit par laisser tout pouvoir à la destructivité de la mère – enfant et dans le même temps ce fonctionnement en couple entraîne le départ du père.

### **G.1.2.2. Le rejet :**

Toutes les situations de rejet se voient dans les anamnèses de toxicomanes et ce avec une fréquence significative. Les placements multiples et l'abandon sont interprétés par l'enfant comme un rejet. La manque d'héroïne prolonge le manque de mère et certaines toxicomanes rapprochent explicitement la recherche d'héroïne et la recherche de leur mère.

Dans la répétition du manque sans cesse recrée, le toxicomane tente d'élaborer le traumatisme du rejet. Nous allons voir qu'il se rabat sur l'injection ou l'absorption. Qu'il s'agisse de rejet officiel ou discret, les sujets se vivent comme orphelins »: Ma mère ne m'a jamais aimé ”.

Le mot abandon est rarement prononcé, seul l'aspect dépressif de la mère, quand elle existe, est évoqué. “ Ma mère ne savait pas parler, elle criait ou elle pleurait, elle était tout

le temps sous médicaments”. L’enfant se sent toujours coupable de n’avoir pas su intéresser la mère qui l’a rejeté.

### **G.1.3. La dépendance au cannabis :**

Le développement d’une dépendance est très difficile d’établir le diagnostic de dépendance au cannabis dans le cadre d’étude épidémiologique et d’en estimer la fréquence.

Si l’on s’en tient à considérer la dépendance à une substance comme une incapacité de l’usager à interrompre sa consommation, même s’il le désire, elle concernerait 10% à 20% des consommateurs de cannabis. Les autres critères de dépendance ( tolérance et syndrome de sevrage ) à une substance retenue par le DSM – IV ( tableau ci – dessous ) ne se rencontrent pas en clinique humaine.

**Tableau N° 07 : Critères de dépendance à une substance selon la DSM**

**- IV**

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - Besoins de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
  - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - syndrome de sevrage caractéristique de la substance ( voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique )
  - la même substance ( ou une substance très proche ) et prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance ( par exemple, la consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances ), à utiliser le produit ( par exemple, fumer sans discontinuer ) ou à récupérer de ses effets.
6. Des activités sociales, professionnelles ou des loisirs importants sont abandonnés ou réduits à cause de l'utilisation de la substance.
7. L'utilisation de la substance est poursuivie, que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance ( par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool.

Ce taux relativement faible par rapport au tabac et à l'alcool s'expliquerait par la légèreté et la rareté d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation, d'une part et de l'absence du phénomène de tolérance d'autre part d'où la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir la même réponse. C'est pourquoi même les consommateurs réguliers ne rencontrent que peu de difficulté à interrompre leur consommation ; ce qui explique pourquoi la grande majorité des adolescents arrêtent à l'âge adulte sans l'aide ni de recours thérapeutiques.

Le débat fait rage entre les experts pour distinguer les éléments dits psychologiques des composants strictement physiologiques de cette dépendance.

#### **G.1.4. La pénalisation est – elle – fondée ? [30,38]**

Les scientifiques s'accordent à dire qu'en dehors de position fondée sur des considérations strictement morales, deux types d'arguments plaident en faveur d'une réglementation de l'accès au produit et dès lors de la dépénalisation de son usage, de sa production et de sa pourvoyant.

- Le premier est positif et relève de la santé publique : même si les connaissances sont encore lacunaires, aujourd'hui, l'expérience sur le terrain montre que le cannabis peut être considéré comme la drogue la moins toxique et la moins dangereuse au plan de la santé ; Cependant, dans une logique de réduction des dommages ; il conviendrait d'en réglementer strictement la qualité (standardiser les teneurs en  $\Delta^9$  THC et limiter les taux d'impureté et de pesticides) et de promouvoir une consommation non problématique par des campagnes de prévention cibles sur les populations à risque d'usage " problématique ".

- Le second argument est négatif et relève de la sociologie : il n'y a pas de relation entre le régime législatif (tolérance zéro, dépénalisation de l'usage, politique locale de tolérance) et le niveau observé de sa consommation (comme le déclarent l'Académie américaine des Sciences et le sénat canadien. Cela se confirme à l'analyse du dernier rapport de l'Observation européen des Drogues et des Toxicomanies <sup>16</sup>.

Sur le plan des textes, les nouvelles lois et la directive ministérielle rappelant que " la détention de cannabis reste une infraction, même si cette détention n'a lieu qu'en vue d'une consommation personnelle et qu'aucune circonstance aggravante n'est constatée" <sup>18</sup>. Pour les usagers publics, les poursuites se limiteront à un enregistrement policier (anonyme), destiné à un recueil de données.

Toutefois, si l'auteur de l'infraction n'a pas de résidence ou domicile fixe en Belgique, ou l'infraction porte sur la culture de plantes femelles de cannabis ou si elle a lieu dans un arrondissement dans lequel l'auteur de l'infraction n'est pas domicilié, un

procès – verbal ordinaire sera dressé. De même, il y aura procès- verbal s’il y a indication de consommation problématique, nuisances publiques ou circonstances aggravantes parmi lesquelles la consommation en présence de mineurs.

- ❖ La notion de consommation problématique est définie “ comme un usage qui s’accompagne d’un degré de dépendance au cannabis qui ne permet plus à l’utilisateur de contrôler son usage, et qui s’exprime par des symptômes physiques ou psychiques”.
- ❖ La notion de nuisances publiques recouvre la détention de cannabis dans un établissement scolaire, pénitentiaire, dans les locaux d’un service social, etc.....

La récente analyse critique de ces mesures <sup>19</sup> conclut sur un chantier de grands travaux inutiles : “ l’échafaudage juridique mis en place pour continuer à incriminer la détention de cannabis tout en évitant la poursuite de certains usagers ainsi que la communication contradictoire du gouvernement sur le contenu des réformes rendent la lecture des textes extrêmement périlleuse au point qu’il est difficile aujourd’hui de distinguer ce qui est interdit de ce qui ne l’est pas”. [18]

## **G.2. Les impacts économiques liés au Cannabis Sativa :**

**[19,44,45,46] :**

Les questions centrales de cette recherche réalisée auprès de jeunes travailleurs toxicomanes du Québec, sont les suivantes :

- Quels ont été le processus d'évolution des trajectoires personnelles, sociales et professionnelles de ces jeunes au regard de la toxicomanie ?
- Pourquoi et comment en sont – ils arrivé là ?
- Que font ces jeunes toxicomanes pour faire face aux réalités socio – économiques auxquelles ils sont – confrontés ?

Par des témoignages recueillis selon une méthodologie de récits de vie, nous avons voulu comprendre et analyser les mouvements d'entrée et de sortie dans la précarité et dans la toxicomanie. Le champ de cette recherche dans lequel nous nous situons est celui de la sociologie du travail et de la prévention des toxicomanies (MARANDA et MORISETTE 2002). Bien que les préoccupations psychologiques demeurent cruciales dans la compréhension de la toxicomanie, nous avons voulu attirer l'attention sur les dynamiques sociales qui conduit ces jeunes travailleurs toxicomanes dans un double problématique de précarité.

Plus précisément, les objectifs de cet article sont de comprendre le processus de précarisation sociale liée à la situation de ces jeunes, marqués à la fois par une situation personnelle de toxicomanie (consommation de drogues illégales le plus souvent) et par une situation de précarité d'emploi et de travail.

### **G.2.1 : Une précarité structurellement organisée :**

La situation d'emploi des jeunes a été fragilisée ces années – ci par la recherche de flexibilité opérée par les employeurs sur le marché de travail. Cette flexibilité a été décrite par des économistes du travail, tels que BARBIER et NADEL (2002 : 22) comme une stratégie visant à “ s'assurer que l'activité humaine devient malléable, adaptable à des circonstances changeantes de la production ”.

La flexibilité de l'emploi est “ une remise en cause des éléments de garantie et de sécurité qui lui sont associées ”.

Globalement, la flexibilité a entraîné une réduction des salaires, tandis que les politiques de flexibilité conduite par les dirigeants ont visé l'élasticité des statuts d'emploi, l'augmentation de temps de travail, la baisse des protections sociales, puis la mobilité géographique et fonctionnelle [ THIBOZO, 1998].

Une des voies privilégiées pour obtenir cette flexibilité fut le développement des formes atypiques d'emploi et des contrats à durée déterminée. Pour FREYSSINET (1997 :

235), “ la liaison entre la flexibilité et chômage est directe ; les titulaires de ces emplois précaires connaissent des trajectoires professionnelles discontinues et hétérogènes, à faible contenu qualifiant et où les passages par le chômage d’exclusion “ c’est – à – dire un chômage prolongé qui dégrade les compétences professionnelles et les attitudes à l’égard du travail ”.

Précarité, éphémérité, et prise de risque individuel sont associés au contexte actuel de l’emploi et du travail dans une société, qui bien souvent, nie cette même précarité [ SENNETT, 2000]. Aux Etats – Unis, par exemple, la précarité est normalisée et considérée comme une caractéristique spécifique attribuée aux individus ayant mal réussi leur insertion en emploi ou en voie d’acquisition de meilleures protections.

Un emploi précaire est celui dont la durée dans le temps incertaine ou limitée, dont le statu n’est pas défini ou ne donne aucun droit : à des avantages sociaux, à des régimes de retraits ou au simple maintien en emploi (TREMBLAY, dans CSE, 1997). Il y a deux sortes de précarité : la précarité de l’emploi et la précarité du travail (PAUGAN 2000).

#### **G.2.1.1) La précarité d’emploi :**

Elle réfère aux statuts et aux liens d’emploi fragilisés par la demande de flexibilité des entreprises ; les contrats à durés déterminés (CDI), les emplois intérimaires (sous – traitants occasionnels, à durées limitées, à temps partiel non volontaire ou les horaires brisés).

#### **G.2.1.2) La précarité du travail :**

Elle réfère selon PAUGAM, à une insatisfaction découlant d’un travail sans intérêt, mal rétribué et faiblement reconnu dans l’entreprise et dans la société. Il faut ajouter à cela une précarité découlant des situations défavorables à la santé : surcharge, dangerosité et accidents de travail, maladies professionnels qui marquent le parcours des individus souvent de façon définitive (APPAY et THEBAUD – MONY, 1997).

Enfin, on peut parler de précarité d’insertion professionnelle, c’est à dire une transition difficile qui se prolonge ( école, travail, changements fréquents de travail) marquée par la mouvance et l’insécurité dans un contexte de transformation d’emploi, mêmes si certains se tirent d’affaires mieux que d’autres (GUEDON, 1999).

Elle se traduit par un processus de scolarisation plus long et des difficultés de stabilisation : temps de recherche d’emploi plus long et plus ardu (ROSE, 2000a. La précarité découle également des difficultés financières et des problèmes familiaux (DAUCE, 1998).

En résumé, les modes de gestion des entreprises des dernières années ont largement contribué à une construction sociale de la précarité. Notre hypothèse est la suivante : la flexibilité économique a été socialement organisée dans un marché d'emploi structurellement instable, et a entraîné une précarité du travail et une fragilisation de la position des jeunes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, ce qui les rend doublement vulnérables comme catégorie sociale. Par fragilisation, nous entendons le résultat d'un processus psychosociologique. Nous préférons retenir cette notion de fragilisation à celle de vulnérabilité, bien que cette dernière comprise au sens d'une situation sociale englobant les trajectoires, les interactions et le contexte rejoigne également le sens de notre propos.

### **G.2.2. La situation professionnelle des jeunes toxicomanes : [19]**

Les taux de chômage chez les jeunes Québécois en 2001 étaient les suivants : chez les 15 à 24 ans, 13,9% ; chez les 20 à 24 ans, 11,4%. Au Canada, ce taux s'élève à 13,6% chez les 15 à 24 ans comparativement à 7,7% pour les Canadiens de 25 ans et plus.

Ces taux se maintiennent depuis au moins les dix dernières années. GAUTHIER [19] (1995) parle d'un contexte de précarité d'emploi qui devient un mode de vie "obligé" pour les jeunes et avec lequel ils doivent composer quotidiennement. Pour sa part, PAUGAM (2000) a trouvé que la probabilité des jeunes français de moins de 25 ans être titulaires d'un contrat à durée déterminée est très forte, par rapport aux salariés de 35 à 44 ans. Les agences intérimaires se développent à un rythme effréné et deviennent les plus importants employeurs dans certains pays.

Selon notre hypothèse, cette situation économique défavorable risque de fragiliser le parcours socioprofessionnel des jeunes, notamment dans un contexte où la consommation d'alcool et de drogues diverses est en hausse.

L'enquête québécoise sociale et de santé 1998 (DAVELUX et AL, 2000) révèle, en effet, qu'il existe une augmentation significative de la proportion globale des buveurs actuels chez les 15 – 24 ans : 87% en 1998 contre 83% entre 1992 – 1993 et un enivrement plus fréquent (cinq consommations et plus en une seule occasion) : 41,9% en 1998 contre 38,7% entre 1992 – 1993.

Selon les spécialistes de la santé, le risque de présenter des problèmes d'alcool est en hausse au Québec. Chez les jeunes plus susceptibles, en outre, de souffrir de détresse psychologique.

En ce qui concerne la consommation de drogues illégales, les consommateurs réguliers ou occasionnels seraient estimés à 44,3% chez les jeunes hommes (15 – 24 ans)

et 34,8% chez les jeunes hommes (DAVELUY et AL. 1998) ; “ 32% des jeunes âgés de 15 à 24 ans seraient des consommateurs actuels de drogues illicites, comparativement à 5% chez leurs aînés, et ces taux sont jugés excessivement conservateur ”, vu la nature illégale de l’acte et la propension à sous – estimer la consommation lors des enquêtes.

L’arrivée de nouvelles drogues telles les drogues chimiques (ecstasy, kétamine) et l’attrait pour les psychostimulants (speeds, amphétamines) montrent une popularité croissante de ces produits notamment chez les jeunes étudiant et les jeunes travailleurs.

Ce ne sont donc pas uniquement les jeunes marginaux qui consomment mais les nouveaux salariés avec un profil “ régulier ” qui sont touchés par cette problématique. La situation se présente de façon similaire chez les jeunes en France : tant sur le plan des statistiques de la consommation d’alcool et de drogues illicites que sur le plan de la phénoménologie de la dépendance en général.

Deux théories économiques seront brièvement présentées ici pour appuyer notre réflexion préliminaire :

- la théorie du capital humain
- et la théorie de la segmentation des marchés de travail

#### **G.2.2.1. La théorie du capital humain :**

Selon la logique d’efficience à la base du développement économique du modèle classique ( ou néo – classique ), l’individu est un agent économique guidé par une rationalité définie, soit celle qui consiste à maximiser ses investissements en vue de gains futurs

[ BECKER, 1993]. Une des prémisses de ce modèle est que les individus les plus qualifiés ( en termes de scolarité et d’expérience ) occuperont les emplois ; les mieux rémunérés et comportant les meilleures conditions de travail.

Selon cette théorie décrite par les économistes du travail (STAMBOULI ; 2000 ; TCHIBOZO ; 1998), l’individu doit investir dans son capital intellectuel (sa formation et ses qualifications professionnelles), dans son employabilité ( ses compétences), dans sa productivité (par ses efforts de flexibilité, de polyvalence et de mobilité ) et dans sa santé ( par la qualité de son alimentation, de ses loisirs ) en espérant des gains futurs.

La théorie du capital humain a fortement inspiré les modèles de développement de carrière ; selon cette vision, la destinée professionnelle est fortement tributaire des déterminants du marché du travail et attribue aux individus la responsabilité individuelle de leur insertion socioprofessionnelle [ MARANDA et COMEAU, 2000].

### **G.2.2.2. La théorie de la segmentation des marchés du travail :**

Au départ, cette théorie dualiste se présentait selon une vision critique et marxiste. Par la suite, elle est devenue plus descriptive (Piore, 1983) et le marché s'est présenté comme étant inégal, sans explication forcément contestataire (STAMBOULI, 2000).

Le marché primaire a été décrit ainsi : un marché comprenant de bons emplois, stables, bénéficiant d'une sécurité d'emploi, de protections sociales et syndicales. Ces emplois se retrouvent dans les grandes entreprises ayant conclu des accords de branches avec les salariées et dans la fonction publique.

Le marché secondaire, pour sa part, comprend des emplois structurellement instables ou précaires, mal rémunéré et peu protégé. Souvent, le fait de petites entreprises, la syndicalisation devient très difficile dans ces milieux. Ces emplois ne requièrent généralement pas ou peu de qualification de la part des salariés. En fait, ces entreprises sont souvent sous- traitantes de celle du marché primaire.

Notre service psychiatrie au sein du Centre Hospitalier Universitaire de MAHAJANGA est la seule habilitée à recevoir, les pathologies psychiatriques de cette Province. C'est ainsi que tous les troubles mentaux justifiant un traitement, d'attaque ou d'entretien, un internement psychiatrique nous sont orientés.

Ces patients arrivent, soit amenés par les autorités locales, soit par leur famille, soit par les pompiers. Cette situation nous a fourni les avantages directs pour faciliter le recensement de nos cas cliniques.

Malgré la superficie très étendue de cette province, avec huit chambres ( appelées CABANON) d'internement pour les cas aigus, agités ou agressifs, nous avons pu maîtriser partiellement la prise en charge, et en grande partie, les cas cliniques psychiatriques justifiant une chimiothérapie intense. C'est la raison de notre choix pour cette formation pour le recrutement de nos malades.

**DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE  
PROPREMENT DITE**

## **A- METHODOLOGIE :**

### **A.1. Population étudiée :**

Notre service d'après l'étude rétrospective, recueille : 696 patients entrants, hospitalisés sur une période de 22 mois ( de janvier 2004 jusqu'à l'octobre 2005).

Ces malades sont répartis selon deux entités cliniques : 271 cas psychiatriques actifs sur 426 cas de stabilisations cliniques. Devant cette population des malades, on a pu extraire 15 dossiers fournissant les critères qui nous intéressent, pour orienter vers les aspects cliniques et ses impacts socio – culturels et économiques des psychoses aiguës toxiques d'origine cannabique.

**Tableau N° 08 : Année d'étude et nombres de patients**

ANNEE	Effectifs totaux des patients hospitalisés en psychiatrie	Effectif total des patients pour la stabilisation clinique	Effectif total des cas psychiatriques actifs	Effectif des patients psychotiques aigus cannabiques
Janvier 2004 en octobre 2005	696	426	271	15

### **A.2. Critères d'inclusion :**

A cet effet, on a recensé tous les malades entrants, présentant les éléments cliniques suivants : tout état psychotique aigu toxique avec notion de cannabisme quelles que soient leurs formes :

- syndrome maniaco – dépressif
- état confuso – agité aigu
- accès maniaque aigu
- bouffés délirantes aiguës
- syndrome dissociatif
- syndrome démentiel

Tous ces éléments cités ci – dessus sont considérés comme les critères d'inclusion d'étude pour nos malades.

### **A.3. Critères d'exclusion :**

A éliminer dans notre étude :

- Toutes les psychoses aiguës sans notion de cannabisme telles que :
  - Psychose aiguë puerpérale
  - Ivre alcoolique aiguë, delirium tremens, démence alcoolique
  - Les réactions dépressives dans un tableau névrotique d'installation aiguë
- Le syndrome confuso – agité d'origine infectieuse ou traumatique.

## **B. NOS OBSERVATIONS :**

### **OBSERVATION N° 1 :**

Monsieur RIN..... , 26 ans

- Domicilié au Cité Tsaramandroso Mahajanga
- Ancien malade en 2003
- Etudiant en Sciences – Naturelle de l'Université de Mahajanga
- Célibataire
- Père et mère vivante
- Entré le 24 janvier 2005 pour trouble de comportement encore

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le début est progressif et caractérisé par des modifications de comportement marquées par :

- l'attitude comédienne narrative c'est à dire, il s'adapte facilement à l'ambiance, il raconte des histoires à types des blagues
- des activités logorrhéiques, composés de jeu de mots de calambours avec déambulation incessante en faveur d'un syndrome maniaque.
- Un dialogue hallucinatoire, une euphorie pathologique

Ce tableau clinique psychiatrique fait l'objet de la raison de son admission dans notre service, amené par sa famille.

## ANTECEDENTS :

C'est un éthylo – cannabique.

## EXAMENS CLINIQUES DU MALADE A L'ENTREE A L'HOPITAL :

### A. Présentation du malade :

- Malade propre avec une tenue correcte
- Agité, déambulé
- Mimique changeant, des jeux brillants avec une hyper syntonie
- Discours fluants, infatigables, axés vers la langue française

### B. Expérience délirante :

Le discours du malade est flou avec des idées incohérentes, contenant des rimes et des jeux de mots. Quelquefois le flux verbal s'interrompt par une attitude d'écoute puis reprend avec des activités délirantes, à thème de grandeur surtout en terme scientifique correspondants en filière étudiant universitaire.

## EVOLUTION SOUS – TRAITEMENTS :

- A l'entrée, Sous Largactil<sup>®</sup> injectable une ampoule dosée de 50 mg en intra – musculaire pendant cinq jours, puis Largactil<sup>®</sup> 100 mg à raison d'un comprimé deux fois par jour.
- Artane<sup>®</sup> 5mg : demi – comprimé deux fois par jour
- Haldol<sup>®</sup> 5mg : demi –comprimé deux fois par jour

Malgré ce traitement, il n'y a aucune amélioration car le sevrage en vers la drogue n'est pas respectée et une interruption thérapeutique. A l'évolution, le malade présente une tentative de suicide.

## CONCLUSION :

Il s'agit d'un ancien malade qui présente une psychose aiguë toxique d'origine cannabique sur une personnalité psychopathique, souffrant d'un rejet familial, fusion par l'entourage, et d'une précarisation de point de vu professionnelle.

## OBSERVATION N°2 :

Monsieur RAKO....., J.M, 18 ans

- Domicilié à Ambato – Boeni
- Elève
- Vive avec leurs parents
- Entré le 24 mai 2005 pour trouble de comportements

### HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début est brutal, caractérisée par des modifications de comportement à type de délire et de l'agression. Le malade se plaint d'une céphalée frontale et de douleur de la nuque ; Et il est amené par leur famille. Attitude des graphorrhées en permanences avec des accès du débit verbal, vécu dans un dialogue hallucinatoire.

L'ensemble de ces tableaux cliniques perturbe la sécurité publique et menace la population du village ; c'est la raison de son évacuation auprès de notre service, amené par sa famille pour son internement psychiatrique.

### ANTECEDENTS :

C'est un sujet ethylo – cannabique, d'après son entourage.

### EXAMENS CLINIQUES A L'ENTREE A L'HOPITAL :

#### A. Présentation du malade :

- Malade propre malgré une tenue un peu débraillée
- Agitation psychomotrice aiguë
- Hyperactivité gestuelle avec graphorrhée

#### B. Expérience délirante :

Le discours du malade est flou et marqué par des activités délirantes à thème et mécanisme varié. Pourtant une discrète note confusionnelle a été retenue de façon passagère durant un entretien.

### EVOLUTION SOUS – TRAITEMENTS :

- Sous LARGACTIL<sup>®</sup> 50 mg une ampoule le matin, et une ampoule le soir, en intra – musculaire par jour, pendant cinq jours à l'entrée, puis on change avec du LARGACTIL<sup>®</sup> comprimé de 100 mg, demi – comprimé deux fois par jour.
- Sous l'HALDOL<sup>®</sup> comprimé de 5 mg, à la raison d'un comprimé deux fois par jour.
- ARTANE<sup>®</sup> comprimé de 5 mg, un comprimé par jour.

Après sept jour de traitement, tous les signes régressent, sauf la graphorrhée mais sur le papier seulement. L'évolution de la maladie se fait vers une guérison totale. Un mois plus tard, on a signalé la reprise de son école.

### CONCLUSION :

C'est un sujet présentant un syndrome psychotique aigu d'origine cannabique sur un terrain psychopathique.

### **OBSERVATION N° 3 :**

Monsieur MAH..... J.J, 29 ans

- Domicilié à Tsararano
- Célibataire
- Pas de profession
- Entré le 12 mai 2005 pour troubles de comportements
- Parents séparés depuis son enfance

### HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début est brutal, caractérisé par des modifications du comportement du malade à type de délire d'influence et d'agressivité. L'ensemble de ces tableaux cliniques perturbe la sécurité familiale, justifiant son admission dans notre service, amené par sa sœur.

### ANTECEDENTS :

- Psychiatrique : rien de particularité
- Habitude toxique : ethylo –cannabique depuis l'âge de 17 ans

### **EXAMENS CLINIQUES A L'ENTREE A L'HOPITAL :**

#### A. Présentation du malade :

- Malade propre avec tenue correcte
- Agitation psychomotrice aiguë
- Mimique changeante, les yeux brillants avec une euphorie expansive, d'allure hypomaniaque
- Hyperactivité gestuelle : il arrose tout le temps des fleurs.

#### B. Expérience délirante :

Le discours du malade est flou et marqué par des activités délirantes à thème et mécanisme varié. Pourtant une note confusionnelle de façon passagère est remarquée durant l'entretien.

## EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :

- A l'entrée : sous HALDOL<sup>®</sup> 5 mg une ampoule et LARGACTIL<sup>®</sup> 50 mg deux ampoules en intra – musculaire, pendant les trois premiers jours.
- Puis HALDOL<sup>®</sup> 5 mg, un comprimé deux fois par jour pendant trois jours
- ARTANE<sup>®</sup> 5mg, un comprimé deux fois par jour pendant trois jours. Au quatrième jour, on diminue la dose de médicaments ; comme ceci :
  - LARGACTIL<sup>®</sup> 100mg : un quart de comprimé deux fois par jour
  - HALDOL<sup>®</sup> 5 mg : demi- comprimé matin, un quart le soir par jour
  - ARTANE<sup>®</sup> 5 mg : un comprimé deux fois par jour
  - NOZINAN<sup>®</sup> 25 mg : un comprimé deux fois par jour.

Cette dose est maintenue pendant dix jours. A partir du dixième jour de son hospitalisation, son excitation psychomotrice régresse, par la suite la famille demande de continuer le traitement à domicile. Le malade est revu en contrôle périodique une fois par mois, son état mental est complètement rétabli.

## CONCLUSION :

C'est un sujet qui présente un état psychotique aigu d'origine toxique (cannabique) sur un terrain psychopathique, victime d'un rejet familial et d'une instabilité au niveau professionnelle.

## OBSERVATION N° 4 :

Monsieur RAND ..... J, 23 ans

- Domicilié à Madirovalo (Marovoay)
- Cultivateur
- Issu des parents séparés
- Détenu
- Entré le 28 avril 2004 pour trouble de comportements

## HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début est brutal caractérisé par :

- Une agitation psychomotrice aiguë, perturbant la sécurité publique du village et aboutissant à un acte d'hétéro – agressivité (homicide : il a tué sa femme et son beau – frère )

- Une déambulation au décours de cette agitation psychomotrice, faisant preuve d'une errance menaçant la population du village. Sur de cet acte délictueux, il a été mis en mandat dépôt, à la prison de Marofoto MAHAJANGA.

Comme le trouble de comportement continue ses expressions cliniques à la prison, ce tableau psychiatrique a été le motif de son évacuation auprès de notre service pour la prise en charge thérapeutique.

#### **ANTECEDENTS :**

L'enquête de l'entourage et de sa famille a révélé ses habitudes toxiques : c'est un éthylo – cannabique depuis plusieurs années. Pourtant, on n'a trouvé aucune antécédent psychiatrique durant son enfance ni dans la famille.

#### **EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :**

##### **A. Présentation du malade :**

- Malade sale avec tenue débraillée
- Agitation psychomotrice aiguë
- Mimique changeante, les yeux brillants avec une euphorie pathologique expansive, en faveur d'un syndrome maniaque à minima.
- Hyperactivité gestuelle avec tendance de déambulant, refus alimentaire.

##### **B. Expérience délirante :**

Le discours du malade est flou et marqué par des activités délirantes à thème et mécanisme varié. Il a fait jusqu'à la coprophagie, verbalisation ( dialogue hallucinatoire). En plus des illusions délirantes vécus dans un état confusionnel, de degrés variables à l'entretien.

#### **EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :**

- A l'entrée : sous LARGACTIL<sup>®</sup> 50 mg injectable, deux fois par jour, pendant cinq jours
- Puis, LARGACTIL<sup>®</sup> 100 mg à raison de demi – comprimé deux fois par jour.
- HALDOL<sup>®</sup> 5 mg : demi – comprimé deux fois par jour
- ARTANE<sup>®</sup> 5 mg : demi – comprimé deux fois par jour

L'évolution est presque favorable après deux semaines d'hospitalisation.

#### **CONCLUSION :**

Il s'agit d'un sujet présentant un état psychotique aigu d'origine toxique ( Cannabis SATIVA ) sur un terrain psychopathique ; souffrant d'un rejet familial, d'une exclusion sociale et d'une instabilité au point de vue professionnelle car il était déjà en prison.

## OBSERVATION N°5 :

Monsieur HAC ....., 29 ans

- Domicilié à Abattoir
- Sans profession
- Niveau d'étude secondaire
- Célibataire issu de la famille dysfonctionnelle
- Entré le 20 mai 2005 pour trouble de comportements

### HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début est brutal, caractérisé par des modifications du comportement de l'intéressé, composée de :

- l'attitude de comportement agressif de façon permanente : il se déshabille complètement et parle sans cesse avec vocifération, en circulant partout.
- l'ensemble de ces attitudes perturbe la sécurité publique et menace la population de la ville, c'est la raison pour laquelle la famille lui amené pour la conduite et la prise en charge psychiatrique dans notre service.

### ANTECEDENTS :

C'est un sujet ethylo – cannabique connu d'après son entourage et surtout son père.

### EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :

#### A. Présentation du malade :

- Malade perdant complètement le sens de l'éthique restant nu sans soins corporels
- Agitation psychomotrice aiguë
- Mimique changeante, les yeux brillants avec une excitation hypomaniaque.

#### B. Expérience délirante :

Le discours du malade est flou avec des idées incohérentes, quelquefois le flux verbal s'interrompt par une attitude d'écoute puis reprend avec des idées délirantes de thème de grandeur, surtout religieuse ( il est l'élu de Dieu, le vrai messager comme Mohamed). Ces expériences délirantes sont vécues dans un contexte confusionnel.

### EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :

- LARGACTIL<sup>®</sup> 50 mg, une ampoule en intramusculaire, deux fois par jour pendant deux jours.
- Puis, au troisième jour :
  - LARGACTIL<sup>®</sup>, demi – comprimé de 100 mg, deux fois par jour
  - ARTANE<sup>®</sup> 5mg ou LEPTICUR<sup>R</sup> 10 mg : un comprimé, deux fois par jour
  - HALDOL<sup>®</sup> 5 mg : demi – comprimé, deux fois par jour

- TRANXENE® 10 mg : une gélule le soir

Après ce schéma thérapeutique, le syndrome psychotique aigu observé à son admission, a régressé complètement avant sa sortie, et on a prescrit à la sortie de :

- ARTANE® 5 mg : un comprimé le soir
- LARGACTIL® 100 mg : demi – comprimé le soir

Revu un mois après avec un état mental bien rétabli.

### CONCLUSION :

Il s'agit d'un syndrome psychotique aigu, d'origine cannabique sur un terrain psychopathique, victime d'un rejet familial et du chômage technique.

## OBSERVATION N° 06 :

Monsieur RAKOT....., T, 29 ans

- Domicilié à Tsaramandroso Ambony
- Electricien
- Entré le 15 janvier 2005 pour trouble de comportement

### HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début est brutal et précédé par une sensation de faim, douleur épigastrique aiguë après la prise d'alcool et du cannabis.

- Insomnie
- Des éclats de rire et de dialogues hallucinatoires accompagnent de désordre psychique
- Là où il habite, la sécurité publique a été menacée, c'est la raison de son admission dans notre service, amené par sa famille pour un internement psychiatrique.

### ANTECEDENTS :

C'est un sujet ethylo – cannabique depuis plusieurs années d'après son entourage.

### EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :

#### A. Présentation du malade :

- Malade sale avec tenue négligée
- Agitation psychomotrice aiguë
- Mimique changeante, les yeux brillants avec une euphorie pathologique expansive d'allure hypomaniaque.

## B. Expérience délirante :

Le discours du malade est flou et marqué par des activités délirantes à thème et mécanisme varié, surtout persécutifs (d'être ensorcelé, idée de suicide) et de mécanismes imaginatifs. Durant l'entretien, on a mis en évidence une note confusionnelle.

## EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :

- Sous LARGACTIL<sup>®</sup> injectable, à dose de 50 mg par voie intramusculaire, deux fois par jour, associée avec l'HALDOL<sup>®</sup> 5 mg, un comprimé deux fois par jour et d'ARTANE<sup>®</sup> 5 mg, un comprimé deux fois par jour.

- Après cinq jours, le LARGACTIL<sup>®</sup> injectable est relayé par le LARGACTIL<sup>®</sup> per os à dose de 100 mg, à raison de demi – comprimé deux fois par jour ; on diminue progressivement la dose après un mois de traitement :

- LARGACTIL<sup>®</sup> 100 mg : demi – comprimé le soir
- ARTANE<sup>®</sup> 5 mg : demi – comprimé deux fois par jour
- HALDOL<sup>®</sup> 5 mg : demi – comprimé deux fois par jour

Cette dose d'entretien est continué jusqu'à sa sortie le mois de mai 2005 avec un état mental rétabli.

## CONCLUSION :

C'est une psychose aiguë toxique liée au Cannabisme sur un terrain psychopathique, victime d'une instabilité ( une précarisation ) d'emploi et d'une exclusion sociale.

## **OBSERVATION N° 07 :**

Monsieur MAM ....., M., 23 ans

- Domicilié à Tsararano Ambony Atsimo
- Boucher
- Entré le 04 juillet 2005 pour trouble de comportements à répétition
- Ancien malade

## HISTOIRE DE LA MALADIE :

La maladie est remontée depuis 2002 par des troubles de comportements avec logorrhée verbale et agitation, mais déjà traité. En cas juin 2005, il y a une rechute, présentée par un mutisme, anorexie, insomnie et agression avec de dialogue hallucinatoire. Et le lundi 04 juillet 2005, il présente de trouble de comportements à type de pleure sans arrêt, c'est la raison de son admission dans notre service accompagné par sa famille pour la

conduite et prise en charge psychiatrique. Il y a aussi une notion de confusion passagère durant l'entretien.

#### ANTECEDENTS :

C'est un éthylo – cannabique d'après sa famille.

#### EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :

##### A. Présentation du malade :

- Malade propre avec de tenue assez correcte
- Une euphorie pathologique est signalée exprimant un trouble d'humeur dans le sens d'exaltation avec les yeux brillants et changeants.

##### B. Expérience délirante :

Le discours du malade est flou et marqué par des idées délirantes à thème expansif mégalomane : “ être le plus riche du quartier ”. Le contenu de la conversation est parasité par des accès de la destruction de la conscience de niveau confusionnel.

#### EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :

- A l'entrée : VALIUM<sup>®</sup> injectable une ampoule en intramusculaire
- Puis, sous LARGACTIL<sup>®</sup> 100 mg : demi – comprimé, deux fois par jour, ARTANE<sup>®</sup> 5 mg avec un comprimé deux fois par jour ; HALDOL<sup>®</sup> 5 mg avec demi – comprimé deux fois par jour.

Ce traitement d'attaque a été respecté pendant cinq jours. Mais la dose d'entretien est fixée de la manière suivante :

- LARGACTIL<sup>®</sup> 100 mg : demi – comprimé le soir
- ARTANE<sup>®</sup> 5 mg : un comprimé deux fois par jour

L'évolution est presque favorable.

#### CONCLUSION :

C'est un jeune homme qui présente un état psychotique aigu toxique, fort probable d'origine cannabique, sur un terrain psychopathique, victime d'une exclusion sociale et d'une précarisation de travail et d'emploi.

## **OBSERVATION N° 08 :**

Monsieur BEZ ....., 24 ans

- Domicilié à la Corniche Mahajanga
- Race Sakalava
- SPS de la Société JIRAMA
- Ancien malade
- Entré le 06 juillet 2005 pour trouble de comportements

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le début est brutal et caractérisé par une modification de comportement du malade, exagéré par l'absence d'ARTANE® et prise encore de Cannabis Sativa. Cette modification de comportement est composée de :

- attitude agressive : il parle sans cesse avec des vociférations et des menaces ( idée d'homicide )
- déambulation de façon fatigable
- éclats de rire s'interposé au cours de ces agitations psychomotrices aiguës, accompagnées de dialogues hallucinatoires.

L'ensemble de ces symptômes perturbe la sécurité de la famille, c'est la raison de son admission dans notre service pour la conduite et prise en charge thérapeutique.

### **ANTECEDENTS :**

C'est un sujet ethylo – cannabique d'après son entourage.

### **EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :**

#### **A. Présentation du malade :**

- Malade sale avec une tenue incorrecte ( débraillée )
- Mimique changeante, les yeux brillants avec une euphorie pathologique expansive, d'allure maniaque.
- Agitation psychomotrice aiguë

#### **B. Expérience délirante :**

Le discours du malade est flou avec des idées incohérentes, quelquefois le flux verbal s'interrompt par une attitude d'écoute puis reprend avec des idées délirantes de thème érotique, mégalomaniaque ( avoir la prétention d'être un grand combattant.... ) et de mécanisme imaginatif.

Durant l'entretien, on a aperçu que le malade présente un état confusionnel non fébrile.

## EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :

- Sous LARGACTIL<sup>®</sup> injectable, à dose de 50 mg, deux fois par jour, associé avec NOZINAN<sup>®</sup> 25 mg comprimé, deux fois par jour et ARTANE<sup>®</sup> 5 mg un comprimé deux fois par jour.

Ce traitement d'attaque est continué pendant cinq jours relayés par le LARGACTIL<sup>®</sup> comprimé 100 mg, à raison de demi – comprimé deux fois par jour ; NOZINAN<sup>®</sup> 25 mg un comprimé deux fois par jour ; ARTANE<sup>®</sup> 5 mg un comprimé deux fois par jour. Ce schéma thérapeutique est respecté pendant trois semaines.

Le traitement d'entretien est fixé jusqu'à sa sortie :

- LARGACTIL<sup>®</sup> 100 mg :un quart de comprimé deux fois par jour
- NOZINAN<sup>®</sup> 25 mg : demi - comprimé le soir
- ARTANE<sup>®</sup> 5 mg : demi – comprimé deux fois par jour

Il est sorti le 10 août 2005 avec un état mental rétabli.

## CONCLUSION :

C'est un sujet présentant un état psychotique aigu toxique d'origine cannabique sur un terrain psychopathique, victime d'une exclusion sociale et d'une instabilité au point de vu professionnelle.

## OBSERVATION N° 09 :

Monsieur VICT....., F, 23 ans

- Domicilié à Soamiadanana ( Tanà )
- Chauffeur
- Entré le 22 août 2005 pour trouble de comportements

### HISTOIRE DE LA MALADIE :

La maladie est remontée le 08 avril 2005, favorisée par une dispute avec son père.

Cette modification de comportements du malade est marquée par :

- l'agressivité
- de dialogues hallucinatoires
- bollimique

C'est la raison de son admission dans notre service, amené par son père.

### ANTECEDENTS :

L'enquête de son entourage et de lui – même a révélé ses habitudes toxiques. C'est un ethylo – cannabique depuis plusieurs mois. Mais on n'a trouvé aucun antécédent psychiatrique durant son enfance ni dans sa famille.

### EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :

#### A. Présentation du malade :

- Malade propre avec une tenue débraillée
- Agitation psychomotrice aiguë
- Mimique changeante, les yeux brillants, avec une euphorie pathologique expansive d'un syndrome maniaque.

#### B. Expérience délirante :

Le discours du malade est flou et marqué par des activités délirantes, à thème mégalomane ( être le bon chauffeur et avoir un pouvoir maniaque ) et de mécanisme imaginaire. Ces expériences délirantes sont vécues dans un contexte confusionnel.

### EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :

- Sous l'HALDOL® goutte 0,50 faible, 5 gouttes le matin et 10 gouttes le soir, associé à un DOGMATIL® buvable : deux fois par jour.

- A l'évolution, on a prescrit :

- DOGMATIL® buvable : 1 – 0 – 1
- LARGACTIL® comprimé : demi – comprimé deux fois par jour

A la sortie, l'état mental du malade est presque rétabli.

**CONCLUSION :**

C'est un état psychotique aigu toxique, lié au Cannabisme Sativa sur un terrain psychopathique, souffrant d'une exclusion sociale et d'un chômage technique.

**OBSERVATION N° 10 :**

Monsieur RAND ....., J, 19 ans

- Domicilié à Tsaratanana
- Sans profession
- Niveau d'étude primaire
- Entré le 22 août 2005 pour trouble de comportements

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le début est brutal et caractérisé par des modifications de comportements, composée de :

- attitude d'exacerbation de la motilité spontanée
- attitude de comportement agressif : il menace verbalement l'entourage avec des excès du débit verbal, et des vociférations, vécues dans un dialogue hallucinatoire. Ces symptômes psychiatriques perturbent la sécurité publique du village. C'est la raison de son admission dans notre service, accompagné par sa famille pour la conduite et prise en charge thérapeutique.

**ANTECEDENTS :**

C'est un ethylo – cannabique d'après sa famille.

**EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :****A. Présentation du malade :**

- Tenue assez correcte et c'est un ancien malade
- Une euphorie pathologique est signalée exprimant un trouble d'humeur dans le sens d'exaltation avec les yeux brillants et changeants.

**B. Expériences délirantes :**

L'entretien avec le malade fait apparaître un trouble de cours et de l'écho de la pensée, marqué par un discours flou ; composé de raisonnement erroné. Les idées délirantes qui s'expriment sont à thème expansif mégalomane : " être le plus riche du quartier ". Le contenu de la conversation est parasité par des accès de la destruction de la conscience, de niveau confusionnel.

**EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :**

- Traité sous LARGACTIL® 50 mg injectable et d'HALDOL® injectable, une ampoule, deux fois par jour, par voie intramusculaire, pendant 5 jours.
- Par la suite le LARGACTIL® injectable est relayé sous forme de voie orale, comprimé de 100 mg : demi – comprimé le matin et un comprimé le soir et d'HALDOL® comprimé : demi – comprimé deux fois par jour ; de LEPTICUR (Artane® 5 mg) comprimé : demi – comprimé deux fois par jour. Ce traitement est gardé pendant deux semaines.

La dose d'entretien est fixée de la manière suivante :

- LARGACTIL® comprimé : demi – comprimé le soir
- ARTANE® 5 mg : un comprimé deux fois par jour

Le malade est sortie avec l'état mental presque rétabli, et on a conseillé de faire de contrôle par deux mois au moins.

**CONCLUSION :**

C'est un état psychotique aigu toxique d'origine cannabique sur un terrain psychopathique, victime d'une instabilité (précarisation ) du point de vue scolaire et professionnelle.

**OBSERVATION N°11 :**

Monsieur RAZ....., R., 46 ans

- Domicilié à Mampikony
- Instituteur
- Ancien malade
- Entré le 11 août 2005 pour trouble de comportement

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le début est brutal et caractérisé par de modifications, composée de :

- un syndrome hallucinatoire visuel
- de diarrhée verbale ( il parle sans arrêt sans aucun sens )
- il ne veut pas rester dans un milieu, fait de “ va et viens ”.

L'ensemble de ces symptômes perturbe la sécurité de la famille, c'est la raison de son admission dans notre service, pour prise en charge thérapeutique.

**ANTECEDENTS :**

C'est un ethylo – cannabique connu d'après son entourage.

**EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :**

A. Présentation du malade :

- Malade sale avec une tenue débraillée
- Mimique changeante, les yeux brillants, avec une euphorie pathologique expansive, d'allure maniaque ; accompagné d'une agitation psychomotrice aiguë.

#### B. Expérience délirante :

Le discours du malade est flou avec des idées incohérentes, quelquefois le flux verbal s'interrompt par une attitude d'écoute puis reprend avec des activités délirantes, à thème érotique, mégalomane (avoir la prétention d'être le bon instituteur du monde) et de mécanisme imaginatif. Durant l'entretien, on note un état confusionnel non fébrile.

#### EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :

- A l'entrée, sous LARGACTIL<sup>®</sup> injectable 50 mg, deux ampoules en intramusculaire et une ampoule d'HALDOL<sup>®</sup> injectable en intramusculaire également pendant deux jours.
- Puis, ceci – ci a relayé par : Le LARGACTIL<sup>®</sup> 100 mg comprimé : demi – comprimé deux fois par jour ; d'HALDOL<sup>®</sup> goutte avec 20 gouttes, deux fois par jour ; et d'ATARAX<sup>®</sup> 100 mg comprimé : demi – comprimé le soir.

Ce traitement est respecté jusqu'à sa sortie avec l'état mental bien rétabli.

#### CONCLUSION :

C'est un état psychotique aigu toxique d'origine cannabique sur un terrain psychopathique, victime d'une précarisation d'emploi et du travail, du rejet familial.

## **OBSERVATION N°12 :**

Madame SOL....., 37 ans

- Domiciliée à Mampikony
- Ancienne malade de notre service
- Sans profession ( ménagère )
- Entrée le 08 septembre 2005 pour trouble de comportements

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le début est brutal et caractérisé par une modification de comportements du malade, composée de :

- Exagération des motilités spontanée : elle déambule de façon infatigable
- Attitude agressive : elle parle sans cesse avec des vociférations et des menaces
- Eclats de rires s'interposent au cours de ces agitations psychomotrices aiguës, accompagnées de dialogues hallucinatoires.

L'ensemble de ces symptômes perturbe la sécurité de la famille, c'est la raison de son admission dans notre service, amenée par sa famille pour la conduite et prise en charge thérapeutique.

### **ANTECEDENTS :**

C'est une dame ethylo – cannabique pendant plusieurs mois d'après son entourage.

### **EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :**

#### **A. Présentation du malade :**

- Malade sale avec tenue débraillée
- Mimique changeante, les yeux brillants, avec une euphorie pathologique expansive d'allure maniaque
- Agitation psychomotrice

#### **B. Expérience délirante :**

Le discours du malade est flou avec des idées incohérentes quelquefois le flux verbal s'interrompt par une attitude d'écoute puis reprend avec des activités délirantes à thème de grandeur ( avoir la prétention d'être un saint ) et de mécanisme imaginatif. Durant l'entretien, on note un état confusionnel non fébrile.

## EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :

- Sous LARGACTIL<sup>®</sup> injectable, à dose de 50 mg, deux fois par jour ; associée avec HALDOL<sup>®</sup> 1 mg comprimé, deux comprimés deux fois par jour ; et d'ATARAX<sup>®</sup> comprimé, un comprimé trois fois par jour.

Ce traitement d'attaque a duré cinq jours.

- Puis ce LARGACTIL<sup>®</sup> injectable est relayé par de LARGACTIL<sup>®</sup> 100 mg, comprimé, un comprimé deux fois par jour pendant trois semaines.

Le traitement d'entretien est fixé jusqu'à sa sortie :

- LARGACTIL<sup>®</sup> 100mg : un comprimé deux fois par jour
- CARBAMAZEPINE<sup>®</sup> comprimé : un comprimé deux fois par jour
- HALDOL<sup>®</sup> 2 mg : un comprimé deux fois par jour
- ATARAX<sup>®</sup> 100 mg : demi – comprimé le soir

Elle est sortie le 10 octobre 2005 avec un état mental rétabli.

## CONCLUSION :

C'est un état psychotique aigu toxique d'origine cannabique sur un terrain psychopathique, victime d'une précarisation d'emploi et du travail, surtout du point de vu professionnelle et scolaire (illettrée ), souffrant également d'une perturbation cognitive.

## **OBSERVATION N°13 :**

Monsieur BON....., F.M, 20 ans

- Domicilié à Tsaratanana
- Sans profession
- Célibataire
- Entré le 27 août 2005 pour trouble de comportements

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le début est brutal et caractérisé par des modifications de comportements du malade, composés de :

- déambulation de façon infatigable
- actes psychopathiques : il menace sa famille avec des armes blanches, des vociférations, destruction de matériels valeureux ( radio – cassette, ....)
- éclats de rires s’interposées au cours de ces agitations.

L’ensemble de ces expressions cliniques perturbe la sécurité familiale et menace la population du village. C’est la raison de son admission auprès de notre service, amené par sa famille pour la prise en charge thérapeutique.

### **ANTECEDENTS :**

L’interrogatoire de sa famille a révélé ses habitudes toxiques. C’est un éthylo – cannabique depuis plusieurs années, mais sans présenter des symptômes psychiatriques patents depuis son enfance.

### **EXAMENS CLINIQUES A L’HOPITAL :**

#### **A. Présentation du malade :**

- Malade propre avec une tenue correcte
- Agitation psychomotrice aiguë
- Mimique changeante, les yeux brillants, avec une euphorie pathologique expansive, d’allure maniaque.

#### **B. Expérience délirante :**

Le discours du malade est flou avec des idées incohérentes, à thème expansif mégalomane : “ être le propriétaire de ses terres ”. Le contenu de sa conversation est parasité par des accès de la destruction de la conscience de niveau fonctionnel.

## EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :

- Traité sous LARGACTIL<sup>®</sup> injectable, à une dose de 50 mg, par voie intramusculaire, une ampoule deux fois par jour.
- Associé à l'HALDOL<sup>®</sup> injectable : une ampoule en intramusculaire. Cette dose a été respectée pendant cinq jours.
- Par la suite, le LARGACTIL<sup>®</sup> injectable et l'HALDOL<sup>®</sup> injectable ont relayé par la forme orale ; LARGACTIL<sup>®</sup> comprimé de 100 mg, demi – comprimé, deux fois par jour ; HALDOL<sup>®</sup> 5 mg : demi – comprimé, deux fois par jour ; ARTANE<sup>®</sup> 5 mg (Lepticur<sup>®</sup>) : demi – comprimé, deux fois par jour.

Après deux semaines de traitements, il fait encore de délire, de tapage nocturne et toujours agressif surtout envers son père. Donc, on augmente la dose prescrite avant et le schéma thérapeutique est comme ceci :

- LARGACTIL<sup>®</sup> 100 mg : un comprimé deux fois par jour
- HALDOL<sup>®</sup> 5 mg : un comprimé deux fois par jour
- ARTANE<sup>®</sup> 5 mg : demi – comprimé deux fois par jour

Le malade accepte bien le traitement mais il fait encore de tapage diurne en frappant la porte, en chantant et en parlant fort. Après une semaine après, l'évolution est presque favorable car il est cohérent et calme en apparence.

A la sortie, on a prescrit le même traitement, mais on a associé de TERCIAN<sup>®</sup> comprimé, avec demi – comprimé le matin et un comprimé le soir. Le syndrome psychotique observé depuis son admission ; on a régressé complètement avant sa sortie, le 10 octobre 2005.

## CONCLUSION :

C'est un état psychotique aigu toxique, lié à la prise du Cannabis Sativa, sur un terrain psychopathe, victime d'une exclusion sociale, d'une instabilité surtout du point de vue carrière professionnelle et scolaire.

## **OBSERVATION N°14 :**

Monsieur RAB....., D, 22 ans

- Domicilié à Betanatanana ( Tsaratananana)
- Cultivateur
- Célibataire
- Entré le 02 septembre 2005 pour trouble de comportements

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le début est brutal et caractérisé par des modifications du comportement de malade composé de :

- l'attitude d'exacerbation des motilités spontanées et déambule de façon infatigable avec des rituels de propriétés et de boulimie.
- l'hétéroagressivité se manifeste par lancement des pierres, bagarres familles et les gens du village
- éclats de rires, de dialogues hallucinatoires avec gesticulations.

Ces symptômes cliniques perturbent la sécurité publique du quartier justifiant son admission dans notre service, amené par sa famille pour prise thérapeutique.

### **ANTECEDENTS :**

- Psychiatrique : rien de particulier
- Habitude toxique : ethylo - cannabique

### **EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :**

#### **A. Présentation du malade :**

- Malade sale avec tenue incorrecte, toujours agité
- Mimique changeante, des yeux brillants, avec une euphorie pathologique expansive, d'allure maniaque.

#### **B. Expérience délirante :**

Le discours du malade est flou et marqué par des activités délirantes, à thème et mécanisme varié surtout mégalomane. Durant l'entretien, on note un état confusionnel.

### **EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :**

- Sous LARGACTIL® injectable, à dose de 50 mg, deux fois par jour en intramusculaire, associé avec l'HALDOL® : une ampoule en intramusculaire. Ce traitement d'attaque dure trois jours.

- Puis le Largactil<sup>®</sup> injectable est relayé par la forme orale : LARGACTIL<sup>®</sup> comprimé de 100 mg : demi – comprimé deux fois par jour ; HALDOL<sup>®</sup> 5 mg, demi – comprimé deux fois par jour, pendant deux semaines.

Après, on a aperçu que le malade est calme en apparence, peu de parole, rire immotivé mais tendance à l'agressivité.

Le traitement d'entretien est fixé comme le suivant :

- LARGACTIL<sup>®</sup> 100mg : demi – comprimé le matin et un comprimé le soir
- HALDOL<sup>®</sup> 5 mg : un quart de comprimé deux fois par jour
- LEPTICUR<sup>®</sup> 5 mg : un comprimé deux fois par jour
- TRANXENE<sup>®</sup> : un comprimé trois fois par jour

Ce traitement d'entretien est respecté jusqu'à sa sortie.

### CONCLUSION :

C'est une psychose aiguë toxique liée au Cannabisme, sur un terrain psychopathique, victime d'une précarisation d'emploi et du travail, d'une exclusion sociale.

### **OBSERVATION N°15 :**

Monsieur BOT....., R, 45 ans

- Domicilié à Andranomamy
- Ancien malade
- Sans profession
- Entré le 20 novembre 2004 pour trouble de comportements

### HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début est brutal et caractérisé par de modifications comportementales du malade, qui sont :

- déambulation infatigable
- agressivité verbale et aboutissant à l'acte
- éclats de rires au cours de ces agitations

L'ensemble de ces expressions cliniques perturbe la sécurité familiale et menace la population du quartier. C'est la raison de son admission auprès de notre service, amené par sa famille pour prise en charge thérapeutique.

### ANTECEDENTS :

C'est un ethylo – cannabique connu d'après son entourage.

### EXAMENS CLINIQUES A L'HOPITAL :

A. Présentation du malade :

- Malade propre avec tenue correct
- Agitation psycho – motrice
- Mimique changeante, les yeux brillants, avec une euphorie pathologique expansive d'allure maniaque.

B. Expérience délirante :

Le discours du malade est flou et marqué par des activités délirantes, à thème et mécanisme varié surtout mégalomaniac. Durant l'entretien, on note un état confusionnel.

**EVOLUTION SOUS TRAITEMENTS :**

- Sous LARGACTIL<sup>®</sup> injectable, à dose de 50 mg, deux fois par jour, en intramusculaire, associé avec l'HALDOL<sup>®</sup> 5 mg, un comprimé deux fois par jour et ARTANE<sup>®</sup> 5 mg comprimé, un comprimé deux fois par jour. Ce traitement d'attaque dure trois jours.
- Ensuite, LARGACTIL<sup>®</sup> comprimé de 100 mg, demi – comprimé deux fois par jour, associé avec l'ARTANE<sup>®</sup> 5 mg, un comprimé deux fois par jour pendant un mois.
- Les symptômes psychotiques observés chez le malade à l'entrée se régressent petit à petit, jusqu'à sa sortie le 20 décembre 2004 ( évadé). Il est deux fois réadmis à cause de l'interruption du traitement, sevrage inefficace et toujours évadé.

**CONCLUSION :**

C'est une psychose aiguë toxique liée au Cannabisme Sativa, sur un terrain psychopathique, victime d'un rejet familial et d'une exclusion sociale.

**TROISIEME PARTIE : NOS COMMENTAIRES  
ET NOS SUGGESTIONS**

# A. NOS COMMENTAIRES COMPARES A LA REVUE DE LA LITTERATURE :

## A1. COMMENTAIRES EPIDEMIOLOGIQUES :

### A1.1. Facteurs intervenants à l'intoxication cannabique

#### ( étiopathogénie ) :

##### *a) Terrain :*

##### **a.1. Age :**

L'âge de nos malades varie entre 18 à 32 ans, on peut considérer que l'âge moyen est de 25 ans.

Cette considération se rapproche de celle de MICHEL. G, PURPER. OUAKIL.D, MOURER – SIMEONI. M.C [37], qui constatent qu'il existe une sur – présentation de la tranche d'âge de 16 à 30 ans. De même, d'après LÖO (H), CUCHE (H) [29] et FACY.F, CHOQUET.M, RALAMBONDRAINY.H et VERRIB.M [16] : si malgré l'intervention de plusieurs facteurs intervenants dans l'approche épidémiologique de la toxicomanie, ils ont trouvé que ce sont des jeunes entre 16 à 25 ans, entrés tôt dans une pseudo autonomie adolescente ou bien, ont quitté l'école ou leur famille qui sont concernés à cette tranche d'âge. La raison c'est que leur affectivité ou leur sécurité familiale a souvent été déchirée par des conflits, surtout par les décès ou l'alcoolisme du père et la dépression de la mère. En général, la revue des enquêtes sur les toxicomanies rencontre souvent des problèmes de ce genre. En terme d'épidémiologie, pour décrire la population concernée pour mieux définir la tranche d'âge, mérite l'adoption des consensus pluridisciplinaires, associant Médecin, thérapeute, Epidémiologiste et Sociologue [43,44] ; c'est ainsi que les résultats de nos cas sont résumés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 09 : Nombre de cas par rapport à l'intervalle d'âge de nos malades**

Intervalle d'âge	Nombre des cas	Pourcentages
15 à 20 ans	2	13,4%
20 à 25 ans	6	40%
25 à 30 ans	4	26,6%
30 à 35 ans	0	0
35 à 40 ans	1	6,6%
45 à 50 ans	2	13,4%

## a.2. Sexe : Incidence et Prévalence

**Tableau N° 10 : Rapport entre sexe et nombre de cas**

Sexe	Nombre des cas	Pourcentages
Masculin	14	93,34%
Féminin	01	6,66%

Cette prépondérance masculine décrite au tableau n°10 ci – dessus est retrouvée dans les études faites par : MERLO.M.C.G, REY- BELLET.P, GEKLE.W, FERRERO [35] : une femme pour trois hommes est toxicomane et confirmée par : CASTEL.R [04] : les garçons restent toujours en tête, mais la toxicomanie touche aussi nettement chez les filles depuis 1984.

Au niveau socio- démographique : par rapport aux premières études faites par ROBISOA Holande en 1999 [51], on note un vieillissement des consultants ( 66,6% ont entre 20 et 30 ans ), une stabilité du sex- ratio ( une femme pour trois hommes), la présence d'étrangers (6,6%) (plus chez les hommes. L'intégration familiale est meilleure ( la moitié ont un logement assuré par leur famille ) et le niveau scolaire a augmenté même s'il reste en moyenne plus basse que celui de la population générale de même âge ( 15% ont un niveau supérieur ou égal au baccalauréat ) ( Observation n°01, observation n°06). La constitution de foyers reste très inférieure à la population générale (22% sont mariés ou vivent en couple, 18% sont parents).

L'activité professionnelle est aussi très inférieure à celle de la population générale ( seuls 18% ont une activité continue, et 43% ont une activité intermittente).

## a.3. Substances :

Au niveau des toxiques : l'héroïne demeure le produit le plus utilisé ( 69%) en première place. La polytoxicomanie concerne les deux tiers des sujets et le produit de début le plus fréquemment est le Cannabis Sativa (30%). L'âge moyen de début est de 16 – 17 ans mais il est plus précoce pour les sujets plus jeunes de l'étude. Il est à remarquer la place relativement faible à l'usage de la Cocaïne ( 1% en produit principal, 12% en produit associé), par GORWOOD.P [23]. Par contre l'alcool et les médicaments sont retrouvés de façon plus importante ( deux fois plus environ).

Pour VERDOUX.H, GINDRE.C, SORBARA.F, TODERNIER.R [49] : la drogue la plus consommée en France est le Cannabis. Il occupe 60% des interpellations contre

l'héroïne 30% des interpellations, dont un jeune sur deux à 20 ans a consommé du Cannabis au moins une fois.

### ***b. Facteurs prédisposant :***

A Madagascar, d'après les dernières statistiques, obtenue par l'étude faite par ROBISOA Holande [51] en 1999, pour 12 millions d'habitants, on a pu recenser 36.000 malades psychiatriques avec six psychiatries seulement en province. Concernant le C.H.U de MAHAJANGA, sur 696 hospitalisés dans le Service Neuro – Psychiatrique, on a 271 cas aigus ; en dehors de malades traités à titre de consultation externe, pendant une période de 22 mois (Du janvier 2004 à l'octobre 2005), on a 15 cas de psychose aiguë toxique d'origine cannabique. Au niveau des difficultés associées à la toxicomanie :

- sociales : les sujets sont caractérisés par des emprisonnements fréquents
- psychologiques : les sujets ont souvent fait des tentatives de suicide (observation n°01) (24% ), plus nombreuses chez les femmes (36%)
- médicales : les sevrages antérieurs sont fréquents ( 41%)

En conclusion, ce chiffre très réduit recensé et enregistré dans notre service pendant cette année d'étude ne reflète pas la réalité, car :

- d'après ANDRIAMANANTSOA (J.) [ document consulté], les Malagasy préfèrent étiqueter certaines maladies psychiatriques les effets néfastes d'une sorcellerie ou de transgression de tabou dont ils jugent préférables d'orienter les soins vers les guérisseurs traditionnels et le christianisme.

- Pour YVO – LENG (F.) [document consulté], dans la société Malagasy la maladie mentale est toujours considérée comme étant la fait d'un esprit qui manifeste son mécontentement ou celui d'un voisin jaloux aidé par la force maléfique d'un sourcier ; Le premier recours sont les guérisseurs qui se basent surtout sur la psychiatrie morale.

#### **b.1. Etude sociologique :**

On peut évoquer tout d'abord l'affaiblissement des structures familiales et sociales. L'individu qui se sent moins protégé, et plus isolé, est plus enclin à s'évader par un moyen quelconque, d'une société à laquelle il ne se sent plus " attaché ". Au sein de la famille, le toxicomane ne trouve plus de tendresse, il ne voit que le vide.

Cette considération est plus proche de celle de DANELUY.C, PICA.L, AUDET.N, COURTEMANCHE.R, LAPOINE.F (2000) [ 09] : " En fonction des relations que le patient va établir avec ces différents acteurs, des difficultés intra – psychique, propre au patient, vont s'accroître ou s'amoinrir ", et celle de VERDOUX.H, MURY.M, BESANCON.G, BOURGEOIS.M (1996) [49 ] :

“Sur certain terrain familial dit à risque, on s’aperçoit du développement de la toxicomanie venant faire relais entre une réponse inadapté de la part de la famille... ”.

Le désir d’évasion, de rupture, est également le résultat de l’accélération du rythme de la vie en générale, et du travail en particulier. Le “ temps pour sa ragné ” par des transports, la télévision... sont de plus en plus réduit au temps du sommeil. D’où une insatisfaction psychologique du fait de la difficulté d’extérioriser ses problèmes ou tout simplement ses idées.

Un milieu familial perturbé est également générateur d’un désir des jeunes de s’imposer à l’attention des parents indifférents ou au contraire de prendre ses substances par rapport à des parents trop “ présents ” ; cette considération est confirmée exactement par : VAN.OS.J, BAK.M, HASSEN.M, BIJL.RV [48] : “ La drogue peut apparaître comme une issue à toutes ses incertitudes ”.

Mais c’est surtout l’absence de communication des jeunes avec son entourage qui, en l’enfermant dans sa solitude, l’expose à une conduite toxicophilique. Celle ci résulte parfois d’une recherche déterminée, et plus souvent, d’une rencontre de hasard : des vacances passées dans des pays où la drogue est tolérée ou même légalisée, un certain “ Snobisme intellectuel ”. [ MERLO.M.C.G, REY – BELLET.P, GEKLE.W, FERRERO ] [35], une information maladroite ou trop sensationnelle sur des cas de drogue, sont autant de facteurs pouvant éveiller plus de curiosité que de méfiance.

On pourrait encore évoquer d’autres causes particulières de l’augmentation de la consommation de drogue par les jeunes, mais à toutes ces causes, on peut opposer qu’une seule réponse : “ il faut que la société, grâce à une meilleure information, laisse du côté toute hostilité à l’encontre des jeunes toxicomanes et sache, au contraire, comprendre leurs problèmes, et leur donner la chaleur qui leur est nécessaire pour sortir de leur solitude ”, dit : BERNARD- LESCOT, JEAN SINOUE [document consulté].

En conclusion, “ qui commence à boire peut devenir un alcoolique ; qui commence à fumer risque de devenir un grand fumeur ! Qui tâte des drogues dure est perdu « ? Au bout de quelque mois seulement, il ne pourra plus se passer de son poison. Donc, méfiez – vous de ceux qui veulent vous initier à la drogue en vous offrant celle – ci gratuitement. Quand vous serez en état de dépendance, il vous faudra payer et pour pouvoir vous procurer votre dose quotidienne, vous devez commettre des actes délictueux comme le vol, la prostitution, être à votre tour fournisseur de drogue....

## **b.2. Commentaires sur les troubles de la personnalité :**

Certains facteurs considérés psychodynamiques et qui sont communs à tous les toxicomanes peuvent intervenir dans le processus de développement de leur toxicomanie.

Ces facteurs participent dans le déséquilibre du fonctionnement de leur personnalité et provoquent des positions conflictuelles du sujet, face aux éléments sociaux vécus par l'intéressé.

Le comportement toxicomane est considéré comme une disposition affective particulière de l'individu à recourir à des substances psychotropes, disposition qui résulte de défauts dans l'organisation du moi et de perturbation du narcissisme. Cette considération est rapprochée de celle de FERGUSSON. DM, HORWOOD.L.J, SWAIN – CAMPBELL.N [17] : “ Certains toxicomanes semblent caractérisés par un manqué d'autonomie et un besoin important de l'autre ”. Le symptôme toxicomane devient un mode d'organisation particulière du sujet qui supprime les mécanismes adaptatifs plus habituels que sont la formation des symptômes névrotiques ou de traits de caractères particuliers.

La lutte contre les émotions désagréables, l'anxiété et la dépression trouvent chez le toxicomane une issue par la porte de la drogue : les affects étant peu mentalisés, ils laissent place à une sensation de malaise corporel intense où la sensation somatique est au premier plan. Le toxicomane recherche donc une substance externe protectrice tout puissant dont il dépend totalement pour maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.

Comme le dit : RUETSCH. (G), GABELIN, M. 04[ 45 ] : “La maladie est due à un agent extérieur ; la guérison vient d'un traitement extérieur ” et GOUEMAND (M), DANIEL (TH) [24] : “ Le toxicomane doit trouver un substitut de la drogue, suffisamment fonctionnel pour compenser la perturbation ”.

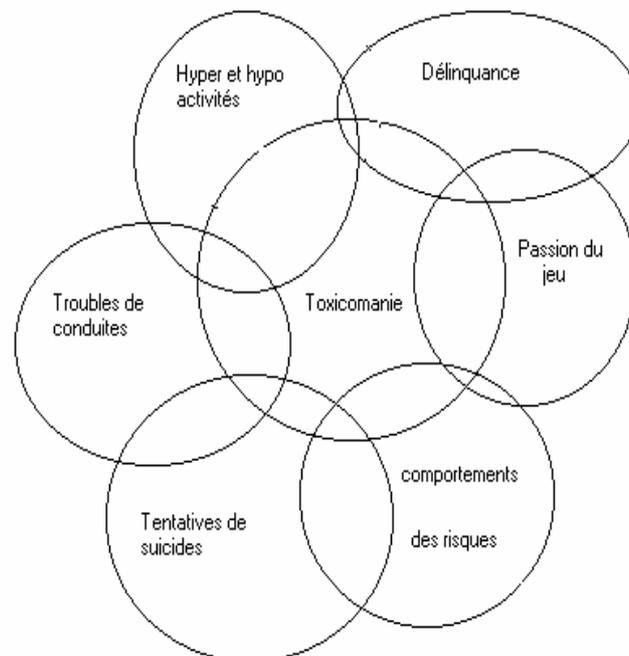
Ce schéma ci – dessous nous montre que plusieurs facteurs prédisposant sont à l'origine et rattachés à la toxicomanie, rencontrés surtout chez les adolescents. Ceci est confirmé par GUEDENEY (A.), WIDLICH (D.) [25] et GORWOOD.P [23] :

“ L'adolescence est une période de fragilité au cours de développement de l'être humain ; on assiste à une transformation de corps, de réurgence de pulsions sexuelles, d'incertitudes sur son identité et sur son intégration sociale ”.

❑ La délinquance : Parmi les origines sociales et causes de la délinquance chez les enfants et surtout les adolescents, retenons :

- la pauvreté par les revenus familiaux, les insuffisants et les mauvaises conditions de logement, les malnutritions, et les privations.
- Les situations familiales particulières comme l'absence de l'un des deux parents, maladies des parents et le nombre d'enfants trop élevé.

- L'absence des besoins fondamentaux des enfants comme la tendresse, la sécurité et les possibilités d'activités libres.
- Les structures familiales défectueuses surtout les ménages, désunis, alcoolisme, débilité mentale des parents et les bourreaux d'enfants.
- La séparation des parents source de la vicissitude du développement psycho – affectif.
- L'isolement social par l'inadaptation aux conditions de vie et de travail de la société moderne.
- L'incapacité de la famille à lutter contre les influences extérieures : les films de violence à la télévision, drogue... .



**Schéma n° 01 : La toxicomanie s'inscrit dans le contexte de troubles des conduites  
Fréquents à l'adolescence.**

De tous ces facteurs, auxquels on peut ajouter la fascination de la rue et la recherche des plaisirs faciles, peuvent découler un comportement antisocial des enfants et des

adolescents qui se traduit par : l'absentéisme scolaire, la fugue, la colère, l'attitude renfermée, l'alcoolisme, la toxicomanie et la délinquance. Les principaux délits pour lesquels sont poursuivis les mineurs sont : le vol, le racket scolaire, le trafic de la drogue, l'attaque en bande de personne sans défense et les actes de vandalisme.

❑ La prostitution : Les origines sociales de la prostitution sont les mêmes que celle énumérées plus haut à propos de la délinquance. S'y ajoutent la misère, le chômage, l'absence de métier, les bas salaires et les travaux rebutants proposés aux jeunes.

Les causes sociales ne suffisent pas à tout expliquer les causes psychologiques personnelles sont également déterminantes : Naïveté, débilité, paresse, désir de vie facile, besoin de se procurer de la drogue... [ MARIE – JOSE. AUDERSET, JEAN – BLAISE. HELD et JEAN – FRANCOIS BLOCH – LAINE ] [34].

### ***c. Conclusion sur le commentaire :***

La recherche des facteurs de risques, déjà bien avancée, se poursuit à travers des enquêtes en population générale ( milieu scolaire ) et des études sur groupes comparatifs (usagers de drogue, toxicomanes, suicidant, délinquants ) avec des outils psycho – sociaux et psychométriques. Au niveau de l'évaluation du devenir des sujets, les travaux entrepris montrent, de par les difficultés à suivre une population mouvante, et à la décrire sur des plans multiples, la nécessité d'engager des recherches multidisciplinaires, cliniques et épidémiologiques ; L'élaboration de modèles qui tiennent compte des interventions thérapeutiques sur des groupes de sujets différenciés par rapport à leurs caractéristiques de santé et leurs données sociales, serait utile pour des appréciations globales au niveau de la santé publique et pour des aides à la décision clinique, au niveau de la prévention secondaire.

## **A.2. COMMENTAIRES CLINIQUES DES PSYCHOSES AIGUES TOXIQUES :**

D'après la revue de la littérature, les effets psychiques de la drogue varient selon la qualité et la quantité des drogues absorbées et se manifestent au moins vingt-quatre heures après la prise de drogue.

### **A.2.1. Le syndrome de dépendance :**

Comme dit dans la revue de la littérature par CHOQUET.M, LEDOUX.S et MENKE. H en 1998 [ 06] : “ Le syndrome de dépendance, c'est le résultat de l'effet psychologique et physique dû à la consommation de la drogue ; Et le syndrome de sevrage révèle la dépendance physique.”

Je voudrais parler encore du risque d'explosion psychotique qui apparaît quelque fois, durant le sevrage, pour souligner à quel point les patients vivent alors une menace d'éclatement dont ils parlent comme d'une bombe à l'intérieur d'eux-mêmes. Certains préfèrent interrompre leur séjour, tant est grande leur peur de basculer.

Les états d'angoisses et de tension psychique constituent la majorité des tableaux cliniques rencontrés. Le traitement de sevrage, décidé conjointement par l'interniste et le psychiatre, comporte dans certains cas des neuroleptiques : lors de l'apparition d'angoisses majeures ou lorsque l'on craint une décompensation psychotique.

Autour de sevrage dit physique, les interventions du psychiatrie et du somaticien, comme cela a déjà été souligné, doivent s'adresser au patient dans la totalité. Au sortir du sevrage physique, le patient se vit comme extrêmement fragile ; il a abandonné certains de ses défenses et se retrouve confronté non plus à un état de manque, mais à une situation psychique où sont ravivés tous les manques, bien antérieurs parfois à la toxicomanie : “ Ceux – là même où prend racine sa difficulté à être, à vivre une relation d'objet ” dit MOULIN.P et BRIOLE.G en 1984. [38]

En conclusion, nous voyons que le sevrage physique est à l'intersection de toute une série de problèmes d'ordre somatiques, psychique et interactionnel très complexes.

### **A.2.2. La pharmacophycose :**

Pour JACQUES J.P, ZOMBEK.S, GUILLAIN.CH et DUEZ.P [26] et COURT.J.M [07] : les relations séquentielles entre toxicomanies et psychoses sont différentes selon les substances, les doses et les sujets.

La caractéristique commune à tous ces états psychotiques demeurent cependant leur régression rapide, grâce à la chimiothérapie. Nous pouvons conclure qu'en absence de drogues, certains sujets ne s'effondreraient pas dans ces " ivresses dépassées " et qu'avec les mêmes drogues et les mêmes doses, ne font pas tous des accès psychotiques aigus. (Observation n°07, 11, 14).

### **A.3. COMMENTAIRES DIAGNOSTIQUES :**

#### **A.3.1 : Diagnostic positif :**

Dans la revue de la littérature, quel que soit le type de la drogue consommée ou le type de la personnalité du toxicomane, on trouve souvent :

- le syndrome confusionnel
- le syndrome déficitaire
- le syndrome dépressif ou maniaco – dépressif

Pour GENTILINI (M.) [20] et GODEAU (P.), CNARLES (J.), PIETTES (SH.) [22] : " Le syndrome confusionnel peut survenir après tout excès quantitatif de drogues psychotropes."

Ce syndrome confusionnel est composé avant tout par les éléments cliniques suivants :

- une obnubilation de la conscience
- une agitation anxieuse
- une désorientation temporo – spatiale
- Des troubles du sommeil à des degrés variables et des troubles mnésiques.
- C'est le cas de tous nos malades, ils sont confus et agités, font des errances et vagabondages et même des illusions et des idées délirantes à manifestations plurisensorielles.
- Pour DEBRAY (Q.) [11], DELHOMMEAU.L. [12] et DE. LONGUEVILLE.X, GEUS .CH, SCHEPENS .P [10] : " Le syndrome déficitaire dépend essentiellement de la quantité de drogue absorbée, non pas par sa massivité ponctuelle que par son utilisation prolongée. " Il est caractérisé par :
- Un émoussement des intérêts intellectuels et relationnels. Ce syndrome doit être différencié d'une hébéphrénie par l'absence de syndrome dissociatif.
- Et un état dépressif, en raison de l'absence de tristesse ; il est dit surtout au simple mécanisme dit " existentiel ", les relations du toxicomane à son être devenant de plus en plus marqués par la conscience du rétrécissement de son champ d'intérêt. Cette étude est confirmée par TRIBOLET. (C.), PARADAS en 1993 [52]..

- Ce phénomène est observé dans le cas de nos malades N°06 et N° 7, à cause de rétrécissement de son champ d'intérêt dans la vie quotidienne.
- Le diagnostic des psychoses aiguës toxiques cannabiques est essentiellement clinique, surtout à Madagascar où on ne dispose pas encore des tests biologiques, spécialisés en matière de toxicomanie. Ce diagnostic positif a été basé sur nos malades, cliniquement par :
  - les caractères communs du syndrome psychotique. Cette symptomatologie psychotique aiguë a été évidente pour tous nos cas cliniques.
  - l'anamnèse poussée sur les antécédents, nous avons permis de mettre en évidence l'intoxication aiguë ou chronique, liée spécialement au CANNABIS SATIVA.

Quant aux bilans paracliniques spécialisés, les examens permettront dans l'avenir chez nous, une précision de diagnostic, surtout dans la classification des genres de substances psychotropes que le malade possède une dépendance.

### **A.3.2. Diagnostic différentiel :**

Ils sont représentés par les tableaux cliniques de tous les syndromes psychotiques aigu toxique autre que le cannabique ou non toxique, y parmi :

#### A.3.2.1. Les syndromes psychotiques aigus toxiques non cannabiques :

Ce sont des psychoses en faveur de :

- drogues hallucinogènes : mescaline peycot, LSD 25 [ DUMAS. P, SAOUND. M, BOUAFIA. S, GUTKNECHT. C et Al].
- stimulants : les amphétamines [10, 20]
- autres psychodysléptiques : les solvants organiques (comme l'éther. , les atropines et l'alcool [ DERVAUX. A, LAQUELLE. X, BOURDEL. MC, LE BORGNE. MH].
- les autres médicaments : comme les Bromures, Chloroquines [15, 20]

#### A.3.2.2. Les syndromes psychotiques aigus non toxiques :

On peut citer par exemple :

- les psychoses puerpérales
- les psychoses d'origine infectieuses comme l'accès pernicieux palustre
- les psychoses post – traumatiques ( traumatisme crânio – encéphalique, traumatisme psycho – affectif )
- les crises d'adolescence avec des conduites de marginalisation
- L'hystérie : qui pose parfois un problème difficile surtout pour les formes des états crépusculaires ou les états seconds, ce qui n'existe pas chez nos malades et qu'on voit chez les hystériques concernés car le patient sont “ plus distrait que confus ”,

où le sujet est envahi par des représentations imaginaires au caractère souvent scénique, peu hallucinatoire et sans automatisme mental.

- Les bouffées délirantes aiguës polymorphes [16]
- Les psychoses aiguës d'origines tumorales [16] comme la tumeur cérébrale ( tumeur frontale ou tumeur temporale.) et la tumeur non cérébrale comme la tumeur pancréatique.

## **A.4. COMMENTAIRES NEURO – BIOLOGIQUES :**

L'humanité affronte depuis bien des millénaires la dualité entre plaisir et la souffrance. Eviter la peine et se procurer le bien être est une loi domine chez l'animal comme chez l'homme. Deux grands systèmes qui, à notre siècle, se sont penchés sur le comportement de l'homme considèrent également ces dimensions comme fondamentales. Il est possible que dans l'histoire des espèces vivantes, la survenue des toxicomanies ait été un épisode imprévisible ; les drogues seraient délétères car il y aurait une faille dans les mécanismes neurobiologiques de protection de l'individu par rapport à elles. Cette considération et étude ont fait par ARSENRAULT. L, CANNON. D, POULTON. R, MURRAY. R [02].

En quoi consiste le plaisir du toxicomane? Chez les alcooliques, les cliniciens ont parlé de désinhibition, d'augmentation du bien être par l'élimination de pensées et de perceptions désagréables ; ils ont souligné également que ce n'est pas la substance en soi, en l'occurrence l'alcool, qui agit ainsi mais la substance " s'ajoutant " à un contexte donné [03]. En d'autres termes, la toxicomanie est une situation complexe dans laquelle les drogues ne sont qu'une partie d'un tout.

### **A.4.1. Les centres de plaisir :**

L'existence des centres de plaisir ou de la récompense est bien établie sur la base des expériences dites d'auto stimulation : des électrodes sont implantées dans des diverses régions du Système Nerveux Central (SNC) et l'on mesure la propension des animaux de laboratoire à se stimuler électriquement [ OLDS et MILNER, en 1954].

Cette propension varie selon la région d'implantation des électrodes. Les centres de plaisir se répartissent en plusieurs groupes cellulaires localisés dans le mésencéphale et allant jusqu'au niveau des lobes frontaux : étude faite par CHARLES (M.A), PATRICIO (L.D) [ 05] et BARNES, en 1998.

Les neurotransmetteurs impliqués seraient surtout la dopamine, mais également la noradrénaline et les opiacés endogènes. Un aspect intéressant de ces expériences est la démonstration que la stimulation de ces centres déclenche différents comportements selon les circonstances.

### **A.4.2. La mémoire des évènements biologiques :**

Parlant de toxicomanie, le risque de la contagion a été systématiquement souligné. Ainsi, la distribution par les trafiquants de drogues aux adolescents et ce, devant les bâtiments des écoles, a été dénoncée à plusieurs reprises. Si l'accès facile et généralisé aux

drogues et jugé si dangereux. C'est qu'il permet un apprentissage du plaisir de consommer des drogues. Il faut donc éviter l'apprentissage de la drogue.

Or, tout apprentissage implique la mémoire et la notion de mémoire des événements biologiques doit être prise en considération ; étude faite par GOUDEMANT ( M.), DANIEL (T.H) en 1990 [24]. L'importance de cette mémoire est illustrée par la pratique des sports, par exemple sans rapport direct avec la toxicomanie. Tout sportif qui interrompt son activité sportive, n'oubliera pas, même après plusieurs années, comment coordonner instinctivement ses mouvements.

Lorsqu'il reprend la pratique de son sport, il n'aura perdu beaucoup de ses capacités. Or, l'expérience montre qu'il en va de même des toxicomanes : après des années d'abstention, le tabagique qui rechute est capable de fumer en un jour un paquet de cigarettes ou plus, et ce sans vomir, ce qui représente un exploit impossible à un non-fumeur. Ce sont donc non seulement les réactions psychologiques mais également les réactions physiques à la drogue qui sont mémorisées. La motivation des toxicomanes de ne plus consommer de toxique peut être influencé par les circonstances de leur existence, par leurs thérapeutes ou par le vieillissement des toxicomanes. L'étude faite par L. BALANT, D. MARTIN, N. NICOLAÏDIS, W. PASINI en 1998 [document consulté] confirme que :

“ La mémorisation des effets biologiques du toxique ne disparaît jamais, et les médecins ne savent pas comment effacer ces traces mnésiques”. “ On dit qu'elles sont même présentes chez le souriceau dont la mère a reçu une seule dose d'opiacés durant la gestation ”. [ B. CRAMER, G. GARRONE, D. FOURNIER, A. LAUBSCHER, C. OSIEK, H. PERNET, R. TISSOT [57]. On a parlé du deuil que doit faire le toxicomane qui se sèvre de sa drogue. Ce terme est bien choisi ; il implique la disparition d'un objet apprécié, et la persistance du regret, ancré dans la mémoire.

Cette conception psycho- dynamique du sevrage s'applique donc aussi à la mémoire des effets biologiques des drogues.

## **A.5. COMMENTAIRES SUR LES IMPACTS SOCIO – CULTURELS ET ECONOMIQUES DE LA TOXICOMANIE LIES AUX CANNABIS SATIVA :**

### **A.5.1. COMMENTAIRES SUR LES IMPACTS SOCIO - CULTURELS DE LA TOXICOMANIE :**

#### **A.5.1.1. Commentaires sur la relation fusionnelle et le rejet :**

Notre expérience clinique montre que, dans le cas où il n’y aurait pas décès, de placements, de relation fusionnelle manifeste dans leur passé, la psychothérapie peut mettre à jour, chez les toxicomanes, un mode de relation intra familiale particulière, fréquent : la présence simultanée de la fusion et du rejet. Ce mode relationnel est difficile à appréhender par les enquêtes épidémiologiques.

“ Elle me prend, elle me jette ”, dit un toxicomane de 23 ans (Observation N° 07), à propos de sa mère, “ elle intervient à tout bout de champs dans ma vie ; elle me casse ma baraque et elle ne donne pas de coup de main dans les coups durs ”.

Ce type de relation, en tant qu’il maintient l’enfant dans un rôle d’objet de complétude de la mère, entrave les possibilités d’introjection et favorise la prévalence d’agir que l’on retrouve chez les toxicomanes. Les perturbations du processus d’individualisation, associées à l’insuffisance d’investissement du corps, rendent compte de la corporéisation des conflits. Le recours à la substance drogue a vocation de jouer à la fois un rôle intra psychique de suppléance narcissique et un rôle médiateur dans les relations interpersonnelles. Le sujet ne peut reconnaître sa propre réalité qu’au prix de la toxicomanie, du risque et de la dépendance.

L’introjection est le processus de la métaphorisation par lequel on élargit son moi, on grandit, on mûrit. C’est un processus d’abstraction, c’est pour le bébé, passer de la bouche vide au sein à la bouche pleine des mots. C’est à dire passer progressivement à la satisfaction de la bouche pleine de mots à l’adresser de la mère.

Ce mélange subtil de fusion et de désinvestissement, parce qu’il impose que les fonctions autorégulations s’établissent à partir des identifications précoces, rend compte des troubles de l’estime de soi.

C’est face aux nouvelles données érotiques et agressives de l’adolescence, c’est face aux exigences nouvelles d’autonomie et d’identité de cette étape que le recours à la toxicomanie apparaît comme une troisième voie entre la fusion devenue trop dangereuse à l’adolescence et le rejet qui réactualiserait l’agonie primitive.

L'introduction de la drogue dans le corps porte en elle " le manque d'une perte subie par le psychisme " [9, 18] ; le fantasme du toxicomane, c'est de réparer cette perte abstraite avec une substance concrète, c'est " d'accomplir au propre ce qui n'a pas de sens qu'au figuré " [30,31,42]. On dit souvent, avec FRANCOIS PERRIER [30], que le manque a manqué chez le toxicomane mais de quel manque s'agit – il ? Le toxicomane établit, sur une autre scène, la situation où l'illusion du manque recrée ouvrira à nouveau les portes du désir. Il se rabat sur l'incorporation parce qu'il ne sait pas introjecter, c'est l'injection à la place de l'introjection.

#### **A.5.1.2. La confrontation avec les aspects structuraux :**

Pour fixer les idées, je voudrais citer rapidement les données structurales qu'évoque la clinique des toxicomanies et qui, à mon avis, rattachent les toxicomanies aux pathologies du narcissisme et aux états – limites :

- le clivage
- le désinvestissement
- la confusion désir – besoin
- l'évitement et l'effondrement

Le clivage est en fait double. Il y a le clivage de l'objet drogue qui donne le plaisir et le manque. La toxicomanie clive la Drogue en bonne Drogue et en mauvaise Drogue. Mais il y a aussi le clivage entre un moi sans Drogue et un moi sous Drogue. Parfois, ce clivage est manifesté pour l'observateur : " Dans ces moments – là, je ne reconnais pas ", dit l'entourage, " c'est un autre garçon complètement différent " (c'est ce que nous voyons dans presque dans nos études cliniques. Néanmoins, si l'on écoute bien, il semble que le clivage ne soit pas directement lié à l'effet chimique de la drogue ! La métamorphose du sujet a lieu avant, dès que la décision de reprendre de la drogue a finalement été prise. (Observation N°.08)

Le désinvestissement n'est pas élément réactionnel ni un retrait dépressif ; c'est un manque de curiosité, une absence d'intérêt. Le sujet a perdu, à l'adolescence semble t – il, le contact avec lui – même. La vie s'est comme retirée de lui et il en éprouve plutôt du ressentiment de la dépression tout au moins au début, vers 20 ans. (Observation N°12). Vers 35 ans, le désinvestissement devient parfois douloureux.

La confusion désir – besoin, contrairement aux apparences, n'est pas spécifique aux toxicomanies, elle met en évidence l'étroite corrélation entre celles- ci et les pathologies du narcissisme dont elle est un symptôme. Elle traduit la nécessité vitale de certains agir : agir boulimiques (observation. N°10), agir sexuel ( dans certains hyperactivités pathologiques ),

agir de la piqûre ( syndrome de l'asthénie de FARJOL), agir toxicomane se présente à la conscience comme nécessaire pour se sentir vivre et comme garanties externes de la réalité.

L'évitement et effondrement concorde bien avec l'item précédent. La conduite toxicomane défend contre l'effondrement et ne le masque pas.

En conclusion, un outil conceptuel, quand il correspond à ce que dit le sujet toxicomane, modifie notablement les contres attitudes des équipes face aux toxicomanes s'intègre dans un ensemble qui fait de la toxicomanie non plus un symptôme mais une conduite ; une conduite d'espoir, certes erronée, mais qui tente lier " Eros et Thanatos " et propose une réponse inefficace à l'échec du processus d'introjection.

Je voudrais donc rappeler la phrase d'ANDRE MALRAUX (document consulté) citait au début de son exposé : " On ne se tue jamais que pour exister ".

### **A.5.1.3. Dangerosité psychosociale :**

D'après la revue de la littérature selon LAUNAY. C, PETIT JEAN. F, PERDEREAU.F, ANTOINE. D [28] et SOLAL ( J.F), SCHNEIDER (M.C) [47] représentent l'importance de la dangerosité psychosociale et ses complications ainsi que ses impacts socio – culturels. Cette étude nous montre que, néanmoins, et dans des situations d'urgences, nous sommes confrontés aux drames familiaux que déclenche la révélation d'une toxicomanie encore méconnue, aux tentatives de suicides qui sont l'aboutissement soit de psychopathologies complexes, soit d'une prise de conscience désespérée d'une situation que l'on imagine insoluble.

Nous sommes également confrontés très régulièrement aux problèmes entraînés par la délinquance, la prostitution voire la violence en générale.

On aura pu constater dans ce bref survol des problèmes urgents liés à la toxicomanie, la complexité des différentes pathologies, qui, de plus, sont souvent intriqués chez les toxicomanes. C'est la raison pour laquelle nous pensons que le Service des Urgences, où l'on dispose d'une équipe multidisciplinaire, permet la prise en charge des toxicomanes lors de toutes les situations d'urgence dans une unité de temps et de lieu.

Quant au moment socio – culturel, il s'est également considérablement modifié par une augmentation inexorable du chômage dans les pays dits civilisés. En outre, déjà stigmatisés par un " Look " bien particulier, beaucoup de toxicomanes sont devenus porteurs de signes extérieurs du SIDA, encore considéré par beaucoup comme un châtement infligé à des sous – groupes déviants de la population.

## **A5.2. COMMENTAIRES SUR LES IMPACTS ECONOMIQUES DE LA TOXICOMANIE LIES AUX CANNABIS SATIVA :**

### **A.5.2.1. La méthodologie des récits de vie :**

La méthode des récits de vie s'inscrit dans une recherche de construction de sens à partir de faits temporels et événementiels. Ce sont des informations, des expériences, des événements, des défenses relatées et commentées par les sujets qui ont servi de matériaux dans le cas de notre recherche. Comme le dit DE GAULEJAC ( 1999 : 69),(document consulté) :

“ Le dispositif ( le récit de vie, l'histoire de vie ) conduit le sujet à explorer en quoi les choix et les ruptures de son existence ont pu être déterminés par quelque chose qui lui échappe et comment il a mis en place des comportements réactifs et défensive face à des enjeux ”. Les récits de vie donnent préséance au sujet, sa vie intime, sa manière singulière de vivre les événements personnelles, familiaux, sociaux, et accès aux représentations et aux manières de vivre.

Des entretiens successifs permettent une validation du matériel et la poursuite du récit sur la base d'éléments que le sujet désire expliciter.

Des hypothèses sont ensuite déduites de ces matériaux pour l'élaboration d'explications plus générales, en accordant de l'importance aux interactions dans le champ social.

Nous avons choisi ce cadre de méthodologie pour connaître, de la part des jeunes impliqués, les contextes de vie familiale et économique qui ont été les leurs.

L'approche utilisée dans le cadre de cet article comporte cependant des limites, car pour analyser les effets dynamiques de la précarisation il aurait fallu croiser les déterminants structurels et des déterminants individuels, car c'est bien à l'articulation du socio – économique et du culturel de l'interpersonnel et de l'intra personnel que la question de la fragilisation se trouve posée, ce que nous ferons davantage dans d'autres articles. Deux entretiens apparaissent cependant insuffisants pour cerner la vulnérabilité individuelle provenant des éléments psychosociaux et là n'étaient pas nos intentions.

Les résultats actuels ont plutôt le mérite de repérer, grâce aux témoignages des jeunes, des déterminants socio – structurels donnant des indices sur le développement de la toxicomanie en milieu de travail : les secteurs d'activités, les types d'entreprises, les emplois occupés, les liens et les statuts d'emploi, les protections sociales, les formes d'organisation et des conditions du travail, la rémunération, ont été retenues.

Nous avons voulu également comprendre comment les éléments sociaux

( l'histoire familiale, le milieu scolaire, le milieu culturel de travail, les réseaux de paires, ect.) ont joué dans l'apparition ou le développement de la toxicomanie. Les dispositifs de cet article ne nous permettent pas d'entrer dans le détail de chacun des récits, ce que nous allons faire dans des publications ultérieures ; seules les grandes lignes des parcours socioprofessionnelles ont été retenues pour mettre en perspective les éléments contextuels reliés au monde du travail.

Les participants à cette enquête ont été sélectionnés à partir des différentes sources, selon un principe de diversification des informateurs. Quinze jeunes ont ainsi accepté de répondre à nos invitations de venir nous raconter leur expérience professionnelle marquée par la toxicomanie.

La description des parcours socioprofessionnels prend compte des expériences vécues sur le marché du travail à l'instant où le sujet acquiert le statut de travailleurs.

Le parcours socioprofessionnel désigne, dans un premier temps, les chemins empruntés pour réaliser une insertion professionnelle et sociale souhaitée et une intégration en emploi ou au travail permettant de jouer un rôle de citoyen à part entière. Cette notion englobe, dans un deuxième temps, les aléas, les difficultés, les impasses qui surviennent au cours de ce processus en raison de déterminants socio – économiques tels que : le chômage ou la précarité d'emploi et de travail ou les conduites fragilisantes, dans ce – cas – ci, la toxicomanie.

Le parcours comprend donc des phases de stabilités en emploi ainsi que des mouvements de mobilité plus ou moins volontaires. Le passage à l'insertion et l'intégration professionnelle éclaire sur la particularité et la diversité des raisons qui ont propulsé les jeunes sur le marché du travail et sur la nature de leur projet professionnelle.

Ces jeunes ont débuté leur carrière en obtenant des emplois qui correspondaient à cet appétit de vivre sans limite. En conséquence, ils se sont retrouvés dans des situations professionnelles, elles aussi sans limite, dans des milieux qui encourageaient l'ascension sociale et la compétition, comme dans la restauration par exemple, et ont occupé tôt des postes de responsabilités élevées. Le rapport aux drogues s'est inscrit chez eux dans un ordre de conduites dopantes. La cocaïne, et d'autres produits stimulants, est consommée pour durer plus longtemps, disent – ils, pour ne pas dormir, pour ressentir les effets bénéfiques de la drogue sans les effets apparents de l'ébriété, pour performer dans leur rôle de jeunes cadres.

La consommation s'est poursuivie par la suite avec une perte de contrôle de plus en plus notée.

Malgré des déboires consécutifs à la consommation de drogues, flagrant délit de vol ou de fraudes et perte immédiate de l'emploi, ils sont retombés sur leurs pieds. Grâce à l'intervention de la famille ou de leur entourage, ces jeunes ont malgré tout eu accès à un emploi stable dans de grandes organisations.

Ils ont bénéficiés de services lors des périodes de crises : congès de maladie pour toxicomanie, thérapies, réinsertion. Ces emplois sont bien rémunérés et protégés par des conventions collectives.

Malgré le soutien social important, la situation d'emploi de ces jeunes demeure fragile, car l'absentéisme et les conflits avec les supérieurs sont encore présents en raison de la toxicomanie. Ils ne sont pas à l'abri d'un congédiement définitif.

Une fois de plus, ces résultats nous incitent à considérer les milieux de travail comme un lieu de fragilisation lorsqu'ils sont axés sur la performance à court terme, ce qui jusqu'à maintenant n'a pas été beaucoup de prise en compte dans l'identification des facteurs de risques. Le projet professionnel peut être précarisé par cette double dynamique : personnalité extrême et idéologie productiviste qui favorise la démesure, ce qui donne lieu à un cheminement en dents de scie et à des projets perturbés.

Comme le dit BOUE DEC ( en 1982 dans Boutinet, 2001 : 96) : “ Leur projet d'insertion, du point de vue de marché d'emploi, pourra donc se laisser infléchir par une marge d'initiative personnelle, permettant tous les bricolages possibles des emplois proposés : insertion rapide pour les uns, carrières intermittentes pour les autres, inactivité voulue ou forcée pour les derniers ” ; ce qui les incite à demeurer hésitants et à retarder le plus possible la nécessité d'être plus stables. On ne doit pas s'étonner que la consommation de drogues telles que l'ecstasy fasse partie de ces conduites à risque, que pratiquent un nombre croissant de jeunes pour soigner leur souffrance par une automédication destinée à combler un vide existentiel. Dans cette société individualiste et anomique qui se permet libéralement une “ résolution chimique des tensions personnelles par une prise médicamenteuse ”, la pharmacodépendance est le symptôme d'un problème social qui dépasse largement les explications psychologisantes. Ce qui doit être retenu, au contraire, c'est le fait que la nature des milieux de travail se transforme considérablement pour les emplois de la nouvelle économie ( arts, communications, spectacles .... )

L'industrie culturelle occupe une place de plus en plus importante sur le marché de travail et apparaît comme un secteur économique en développement, dont il faudra tenir compte dans le portrait que présentent les nouveaux milieux de travail.

### A.5.2.2. Discussion :

Considérant les dimensions à la base des expériences décrites par les jeunes qui ont constitué cet échantillon exploration, quatre parcours socioprofessionnels types ont été dégagés :

Un parcours en stagnation : des expériences professionnelles dans des emplois instables, un rapport au travail marqué par une instrumentalisation de la personne, une absence de projet professionnel et l'évasion ou l'oubli dans des drogues euphorisantes.

Un deuxième parcours en détérioration progressive : des emplois stables à instables, un sentiment d'aliénation au travail, une difficulté à se projeter dans un projet professionnel prédéterminé et l'utilisation d'alcool et du Cannabis pour leurs propriétés anxiolytiques.

- Le troisième parcours relève une trajectoire en dents de scie : des emplois instables à stables, un rapport au travail compulsif, un projet professionnel ambitieux et le recours à la cocaïne pour améliorer ses performances et sa productivité.

- Finalement, le quatrième parcours montre une ambivalence à s'insérer dans des emplois stables, un désir de créativité au travail, un projet professionnel flou et l'attrait de la drogue de l'illusion pour retarder le plus possible l'entrée dans le monde des adultes.

Selon le modèle de la théorie économique néo – classique, dans lequel s'inscrit la théorie du capital humain, la stratification et les inégalités sociales sont des composantes nécessaires de l'ordre social. On doit toutefois déduire que la théorie du capital humain ne tient pas compte des aléas de parcours qui peuvent se produire dans la vie d'un individu ; elle a été conçue pour former et sélectionner des candidats parfaits, au parcours sans faille, conformes à l'esprit productiviste de l'économie de marché. L'expérience de la souffrance et de la toxicomanie constitue un grave handicap, selon cette position. Il est donc logique de croire que l'ensemble des jeunes qui ont recours aux drogues pour contrer la souffrance sera d'emblée considéré comme une “ moins – value ” par les détenteurs de capitaux et dirigeants d'entreprise enclins à externaliser les coûts sociaux relatifs aux problématiques sociales, et de limiter les risques de compter parmi leurs troupes des individus marqués par des problèmes jugés personnels. Les chances d'insertion socioprofessionnelle de ces candidats sont minces. Mais voilà, la toxicomanie commence à être reconnue par les tribunaux du travail comme un handicap ; les gestionnaires des ressources humaines devront ils en tenir compte prochainement dans les mesures d'intégration en emploi ?

La théorie de segmentation des marchés de travail est utile pour constater la présence de marchés segmentés, mais elle n'explique pas les causes de la segmentation, ni ne questionne la dynamique de fractionnement. De plus, elle ne prévoit pas de “ segments ”

pouvant inclure l'ensemble des jeunes salariés ( ceux qui pratiquent l'économie parallèle) ; qui se trouvent à la périphérie du marché secondaire dans des poches d'exclusion, de marginalité ou de criminalité. En fait, ces jeunes précarisés sont " nécessaires " au maintien de ce marché segmenté car ils constituent une main d'œuvre de réserve [ ROSE, 2000b] ; ils représentent une main d'œuvre à rabais que l'on utilise sporadiquement selon les besoins du marché pour faire pression à la baisse sur les salariés réguliers. Dans cette mondialisation des marchés, la guerre est économique : les premières victimes sont ceux et celles qui ont le malheur de ne pas rencontrer les normes de la société productiviste ( les accidents de travail, les malades professionnels, les handicapés, les malades mentaux, les plus âgés, les chômeurs, les toxicomanes ...) . La théorie de segmentation des marchés devra – t – elle intégrer cette nouvelle dimension de tiers – marché ?

Il reste à espérer, cependant, que les théories en économie du travail s'ouvriront à des perspectives sociales plus larges et mettront en balance les besoins sociaux au même titre que les impératifs financiers. Pour cela, elles doivent reprendre un rôle critique.

#### **A.5.2.3. Conclusion :**

En somme, les mesures de flexibilité qui sont de nature à fragiliser les liens d'emploi, et qui s'accompagnent de pression à la productivité, risquent de rendre doublement précaire le parcours professionnel des jeunes qui ont eu recours à l'alcool et aux drogues. Tel que le montre cette recherche, les motifs qui ont conduit certains jeunes à la drogue sont étroitement reliés au monde de travail.

Ainsi la situation de fragilisation qu'ils connaissent n'est pas qu'imputable aux seuls facteurs psychosociaux. Dans une volonté de développer une compréhension juste de ces problématiques, il faut en effet interroger les dimensions subjectives dans le rapport aux substances psychoactives, mais il faut également démontrer les effets systémiques des déterminants structurels et culturels. C'est dans cette dynamique d'éléments déterminants qui se renforcent mutuellement qu'il est possible de mieux appréhender ces questions.

En outre, pour éviter qu'un nombre croissant de jeunes consommateurs se voient exclus du monde du travail, lieu qui demeure fondamental dans la construction identitaire, il faudra qu'une meilleure compréhension de la souffrance et de l'expérience humaine soit intégrée dans les modes de sélection, de recrutement et de gestion du personnel. Il faudra, de plus, que des mesures d'aide et d'entraide vers la sortie de la toxicomanie soient articulées et soutenues par l'ensemble des acteurs sociaux, y compris du côté des entreprises.

## **A.6. COMMENTAIRES THERAPEUTIQUES :**

D'après la revue de la littérature, décrite par GINESTET. D, CASQUET. I, MAITRE (I.) [21] ; GOUEMAND (M.), DANIEL (T.H) en 1998 [24] et GUEDENEY (A.), WIDLL CHER (D.) en 1998 : le traitement des psychoses aiguës toxiques comporte :

- le sevrage physique
- la psychothérapie (individuelle et familiale)
- la chimiothérapie
- la post – cure
- et la prévention

### **A.6.1. Le sevrage physique :**

La revue de la littérature [ MARIE. P (2002) ; CONUS.Ph, FERRERO.F (2000)], nous montrons que la cure de désintoxication n'a jamais été entreprise à domicile. Elle nécessite une longue durée d'hospitalisation avec internement psychiatrique pour les cas agités, accompagné des règles strictes d'isolement et de surveillance. C'est presque le cas de nos malades.

MERLO. M.C.G, SIMON. A, CONUS. Ph, FERRERO. P en 2000 [35], on a signalé dans son étude que le sevrage au Cannabis peut entraîner:

- Un faible dépendance physique, celle – ci n'existe pas dans les échantillons de nos malades
- une psychodépendance dans les intoxications prolongées et chroniques qui peut se manifester par :
  - un syndrome dépressif avec trouble de l'humeur, une insomnie (Observation N°10 et N° 15) d'où la prescription des antidépresseurs et des anxiolytiques
  - Mais en d'autres cas, il peut se manifester par un syndrome manque aboutissant à la réintoxication entraînant par la suite la réapparition du syndrome psychotique aigu lié au Cannabisme (Observation N° 01 et N°07).

En conclusion, nous dirons que ce type de traitement de sevrage, non seulement l'avantage sur le plan biologique et pharmacologique de ne pas interférer avec le système endorphinique tout en diminuant sensiblement les signes de manque, mais également évite le marchandage médicamenteux auquel se confronte toute équipe dès que d'autres produits de sevrage (Benzodiazépines par exemple) doivent être prescrits, ce qui occasionne des tensions,, parfois des conflits entre équipes et patients, et qui, au demeurant est avant tout délétère pour le patient ; Enfin, il permet au patient, selon leur témoignage, de mener leur sevrage les idées claires et d'amorcer, déjà dans une si courte période ( deux à cinq

semaines ), le véritable et plus difficile travail sur l'ensemble de leur situation de dépendance.

### **A.6.2. Prise en charge en psychothérapie :**

D'après la revue de la littérature décrite par FERGUSSON. DM, HORWOOD. L.J, SWAIN – CAMPBELL. N [18] et ARSENRAULT. L, CANNON. M, POULTON. R, MURRAY. R [02]: la psychothérapie est nécessaire pour les maladies en psychiatrie surtout les toxicomanies.

- La psychothérapie de soutien : Instaurer un lien de confiance est la première des priorités. Ces patients déroutants peuvent susciter réprobation et rejet ; pourtant, ils savent accorder leur confiance à celle ou celui qui sait résister à leurs tentatives de mise en échec et persévérer dans une prise en charge ouverte mais suffisamment cadrée. Le thérapeute de son patient toxicomane : trop ignorant, il serait rapidement disqualifié.

- Les psychothérapies familiales : de type systémique constitue une aide supplémentaire, surtout dans les toxicomanies de l'adolescent et de l'adulte jeune, où la famille doit être aidée à trouver les moyens d'accompagner le jeune toxicomane. Trop souvent encore, au moment de la première consultation, le toxicomane a déjà rompu avec sa famille ou celle – ci l'a rejeté.

- Les psychothérapies cognitivo – comportementales : utilisent les techniques de désensibilisation systémique par la relaxation. Certains éléments de comorbidité peuvent guider l'indication vers ce type de psychothérapie, par exemple agoraphobie et phobie sociale : [ SOLAL. (J.F), SCHNEIDER (R.C) en 1996 ] [47]. Le soutien apporté par les associations de patients et d'anciens patients est indiqué chez le sujet ayant une relative stabilité sociale et une personnalité sensible à 'étayage.

### **A.6.3. Prise en charge sociale et post – cure :**

Des structures de post – cure ou des associations proposent une aide à l'intégration dans la vie active. Une situation sociale catastrophique, l'existence de dettes, l'absence des moyens de survie sont des facteurs entravant toute démarche thérapeutique. D'une manière prudente, l'équipe soignante doit être en mesure d'aider à une orientation sociale ; c'est parfois la première étape d'une démarche thérapeutique.

### **A.6.4. Chimiothérapie :**

D'après DERVAUX. A, LAQUELLE. X, KREBS. MO en 2002 [14] ; POSTEL. VINEY.O en 2003 [39] et GINESTET. (D.), CASQUET (I. ) , MAITRE. (I.I) en 1991

[21] : la chimiothérapie vise à traiter symptomatiquement les troubles psychiques et les désordres somatiques. Elle comprend essentiellement :

- les neuroleptiques anti – délirants et hallucinolytiques
- les anxiolytiques
- les antidépresseurs
- les alphasimétriques, en cas de trouble cardio – vasculaire
- et les correcteurs

#### *A.6.4.1. Les neuroleptiques anti – délirantes et hallucinolytiques :*

Pour nos malades, les plus utilisés sont :

- La Chlorpromazine ( LARGACTIL ® ) injectable à dose de 50 mg par voie intra – musculaire, matin et soir, relayée par voie orale la même dose pendant la phase d’attaque ( trois à sept jours), puis on diminue la dose.

- L’Halopéridol ( HALDOL ® ) comprimé de 5 mg ou goutte 2% ou injectable 5 mg, à raison de 5 à 10 mg par jour pendant la phase d’attaque.

- La Lévomépromazine ( NOZINAN ® ), comprimé à 100 mg ou 25 mg, ou goutte 1 mg / gouttes ou injectable une ampoule de 25 mg, à raison de 25 mg, matin et soir, durant la phase d’attaque. Puis on diminue la dose selon l’état d’agitation du malade.

Dans certains cas, on utilise :

- La Cyamémazine (TERCIAN ® ) : comprimé de 25 ou 100 mg, ou goutte 1 mg / goutte ou une ampoule de 50 mg

- La Sulpiride ( DOGMATIL ® ), comprimé de 50 mg ou injectable de 100 mg.

On adapte les doses d’entretien une fois que l’état mental du malade est favorable et surtout capable d’accepter la prise de médicaments par voie orale.

Ce traitement d’entretien sera poursuivi le plus longtemps possible, jusqu’au contrôle externe en ambulatoire après l’extat des malades.

L’utilisation des neuroleptiques exige une surveillance thérapeutique, car quelque fois ce traitement être accompagné des effets secondaires.

L’effet secondaire le plus important c’est le syndrome de l’imprégnation aux neuroleptiques justifiant l’augmentation des doses des antiparkinsoniens de synthèse.

#### *A.6.4.2. Les anxiolytiques :*

Certains malades dans notre étude ont présenté une anxiété sévère pendant la période de traitement, justifiant la prescription des anxiolytiques à type de CLORAZEPATE ( TRANXENE ® ) (Observation N°05) : gélule de 100 mg, une gélule le

soir ; à type de Hydroxyzine ( ATARAX ® ) : Comprimé de 25 ou 100 mg, à raison de demi – comprimé le soir (Observation N°11 et N°12).

*A.6.4.3. Les anti – depresseurs et des alphasimétriques :*

Aucun de nos malades n'a besoin de leur utilisation.

*A.6.4.4. Les correcteurs :*

Pour nos cas cliniques, le correcteur le plus utilisé est l'Antiparkinsonien de synthèse de type ARTANE® comprimé de 5 mg, à raison d'un comprimé deux fois par jour surtout au cours de traitement d'attaque.

### **A.6.5. Evolution et Pronostic :**

D'après DEBRAY (Q.) [11] en 1993 et DUMAS. P, SAOUD. M, BOUAFIA. S, GUTKNECHT. C et AL en 2002 [15] : le risque d'évolution vers une véritable toxicomanie, avec une consommation d'autres produits, dépend essentiellement de l'économie du symptôme chez le sujet, de sa personnalité et de réaction envers son environnement familial.

En général, l'évolution et le pronostic de nos malades sont presque bons, car après leur hospitalisation avec une durée de six semaines en moyenne, à la sortie, l'état mental est presque rétabli, ceci est suivi d'un contrôle une fois par mois. Mais le malade dans l'observation N° 01, leur pronostic est réservé, car il est rejeté par leur famille et ceci est l'un des facteurs qui aggravent sa situation malgré le traitement déjà reçu et en cours.

## **B. SUGGESTIONS :**

La toxicomanie attrape la majorité des jeunes du monde entier surtout les pays en voie de développement comme Madagascar. Elle est responsable de la psychose aiguë d'origine toxique d'un pays. D'une manière générale, l'impact global auprès de la population productive, relevant les psychoses aiguës cannabiques est une lourde charge de l'Etat et de la société. D'autre part, le rejet par la famille des malades mentaux rend difficile la surveillance médicale et le coût onéreux des médicaments, car d'après l'étude faite que, la psychothérapie familiale tient une place importante dans le traitement d'une toxicomanie.

A ce sujet, il aurait lieu de renforcer les perspectives suivantes :

- il faut bloquer les circulations de drogues illicites et surtout sa culture dans la région Nord de Madagascar, car il pourrait entraîner ou augmenter progressivement la consommation encore de drogues ici.

- élargir l'éducation sanitaire dans le domaine de la santé mentale jusqu'au niveau de système de soins de santé primaire de base : démystification de la conception de la maladie psychiatrique.

- former et installer une équipe psychiatrique multidisciplinaire ( Médecines psychiatriques, infirmiers spécialistes en santé mentale et en particuliers des infirmières puéricultrices de la Croix – Rouge, éducateur de l'école, crèches et jardins d'enfants, les services sociaux tels que le Tuteur Général, la protection de la jeunesse et les psychologues.

Tous ceux – ci sont importants car la prévention et le prise en charge de parents toxicomanes et de leurs enfants jouent un rôle important dans la lutte contre la propagation ou invasions de toxicomanie.

- créer des centres de post – cure de la toxicomanie
- coordonner un programme de lutte contre les toxicomanes
- améliorer l’assistance sociale pour l’éducation des mères de famille pour réduire les états psychopathologiques des enfants et adolescents qui ont des parents séparés ; car face à des difficultés, nous avons été amenés à considérer que la prise en charge thérapeutique des parents toxicomanes et de leurs enfants pose des problèmes comparables à celle des parents psychotiques.

- créer beaucoup d’entreprises pour les jeunes pour éviter l’augmentation du chômage et de la précarisation d’emploi et du travail, qui est l’un des facteurs favorisant de la toxicomanie chez nous à Madagascar.

- éviter la croyance traditionnelle ainsi que le Christianisme car : celles – ci aussi sont l’un des éléments de barrage pour la conduite et le prise en charge de toxicomanes.

Toutes ces mesures sus – décrites peuvent rendre beaucoup plus rentable la prise en charge des malades psychotiques aiguës cannabiques ou au moins réduire le nombre de toxicomane.

A partir de nos études comparées à la revue de la littérature, nous constatons que le nombre des cas de psychoses aiguës d’origine cannabique au C.H.U MAHAJANGA ( quinze cas ) ne reflète pas la réalité.

Pourtant notre travail tient une place importante dans le domaine de la psychiatrie, en matière de la toxicomanie et ses impacts socio – culturels et économiques, au sein de cette province, malgré des différentes contraintes que nous avons vécu pour prendre en charge ces nombres restreints des malades.

## CONCLUSION :

L'usage de drogues est connu depuis longtemps et très répandu dans notre globe, y compris les pays en voie de développement comme Madagascar. Les drogues les plus utilisées sont le " Cannabis Sativa " et l'alcool. Dans la plus haute antiquité, la consommation des drogues est un moyen de communiquer aux dieux, surtout en Inde et en Afrique. Tandis qu'en Europe, en Amérique et en Chine, l'utilisation du Chanvre indien est pour la fabrication des tissus et dans un but de traitement surtout avec ses propriétés médicinales.

Actuellement la consommation des drogues, en particulier le Cannabis Sativa, n'a pas le même profil qu'au début ; il s'agit des sujets jeunes, des adolescents étant les plus touchés.

Il faut noter que la toxicomanie provoque des troubles psychiques aigus qui sont les psychoses aiguës toxiques et dont celle qui est liée au Cannabis constitue l'intérêt de notre thèse.

Cette psychose doit être connue et maîtrisée par les praticiens Malagasy. L'objectif de notre thèse c'est de faire connaître dans le cadre de la santé publique que la drogue telles que le Cannabis, peut entraîner une maladie mentale aiguë, qui n'est pas une maladie induite par personne selon la conception traditionnelle mais c'est une maladie humaine.

Cette conception traditionnelle qui est la source principale du nombre, l'environnement socio – culturel, le chômage et la précarisation d'emploi et du travail, tous, se sont l'un de facteur précipitant de la propagation de la toxicomanie, dans les pays en voie de développement.

Enfin nous considérons que notre modeste travail pourra nous apporter les perspectives thérapeutiques efficaces, pour mieux prendre les sujets atteints de cette psychose aiguë toxique dans notre société.

# BIBLIOGRAPHIE

1. **ARSENEAULT. L, CANNON. M, POULTON. R, MURRAY. R.**  
*Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study.*  
*BMJ.* 2002; 325: 1212 – 1213
2. **ARSENEAULT. L, CANNON. M, WITTON. J, MURRAY. RM.**  
*Br. J. Psychiatry* 2004; 184: 110 – 117
3. **BRUNETON. J:**  
*Pharmacognosie. Paris, Tec & doc., 2003 : 447 – 456*
4. **CASTEL. R. (1998)**  
*Les sorties de la toxicomanie, Editions Universitaires Fribourg, Suisse, 296p*  
*Causal Association between cannabis and psychosis: examination of the evidence.*
5. **CHARLES (M.A), PATRICIO (L.D)**  
*Savoir prescrire des antimorphiniques dans les toxicomanies aux opiacés ; Revue du praticien ( Médecine Générale) ; 1990 ; 105 : 9 – 13*
6. **CHOQUET. M, LEDOUX. S et MENKE. H ( 1998)**  
*La santé des adolescents. Analyse et prospective, la documentation française, 141p*
7. **COURT. J.M.**  
*Cannabis and brain function. J. Paediatric. Chil. Health.* 1998; 34; 1 – 5
8. **CURTET. F et DAVISON. F (1987).**  
*Le devenir des toxicomanes, Annales médicopsychologiques, 137, n° 09*
9. **DAVELUY . C, PICA. L, AUDET. N, COURTEMANCHE. R, LAPOINTE. F (2000).**  
*Enquête social et de santé 1998, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.*
10. **DE LONGUEVILLE. X, GEUS. CH, SCHEPENS. P.**  
*Troubles psychotiques et usages de cannabis : étude rétrospective.*  
*L'Encéphale* 2003 ; 29 : 41 – 43
11. **DEBRAY. (Q).**  
*La psychose cannabique question. Nervure* 2002, Tome XV ; 5 : 27 – 30
12. **DELHOMMEAU. L.**  
*Cannabis et psychose. Santé mentale* 2002 ; 70 : 26 – 31
13. **DERVAUX. A, LAQUELLE. X, BOURDEL. MC, LE BORGNE. MH**  
*Cannabis et schizophrénie : données cliniques et socio –démographiques.*  
*L'Encéphale* 2003 ; 29 : 11 –17

14. **DERVAUX. A, LAQUELLE. X, KREBS. MO**  
*Troubles schizophréniques et toxicomanies. Santé Mental 2002 ; 70 : 16 – 21*
15. **DUMAS. P, SAOUND. M, BOUAFIA. S, GUTKNECHT. C et al.**  
*Cannabis use correlates with schizotypal personality traits in healthy students. Psychiatry Res. 2002; 33; 23 – 32*
16. **FACY. F, CHOQUET. M, RALAMBONDRAIN. H et VERRON. M (1986)**  
*L'association alcool – drogue chez les jeunes scolarisés et les toxicomanies, Psychologie médicale, 18, n° 2, 255 – 259.*
17. **FERGUSON. DM , HORWOOD. LJ, SWAIN- CAMPBELL. NR.**  
*Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. Psychol Med. 2003; 156: 319 – 327*
18. **FERGUSON. DM, HORWOOD. LJ, SWAIN- CAMPBELL. N.**  
*Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood Addiction. 2002; 97: 1123 – 1135*
19. **FREYSSINET. J, (1997).**  
*Le rôle du chômage de masse dans la flexibilisation de l'emploi. Précarisation sociale, travail et santé, sous la dir. De APPAY . B et Thébaud – Mony . A. CNRS et INSERM.*
20. **GENTILINI (M)**  
*Toxicomanie et pharmacodépendances; Maladie Tropicale, 1993: 724 – 728*
21. **GINESTET. (D), CASQUET (I), MAITRE (I)**  
*Les anti- dépresseurs, Psychotropes : Quoi de neuf ? Revue du praticien (Médecine Générale Paris) : 1991, 5, 139 : 1013 – 1019*
22. **GODEAU (P), CNARLES (J), PIETTES (S.H)**  
*Confusion mentale, Alcoolisme, Toxicomanie ; Traités de Médecine, 2<sup>e</sup> édition ; 1990, 2 : 2935 – 3206*
23. **GORWOOD. P.**  
*Schizophrénie et toxicomanie : vulnérabilité génétique commune. Halopsy 2002 ; 29 : 2 – 4*
24. **GOUEMAND (M), DANIEL (T.H)**  
*Les troubles de l'humeur au cours des affections psychiques et organiques ; Diagnostic et traitement ; Revue du praticien. (Paris) ; 1998, 39, 5 : 441 – 446*
25. **GUEDENEY (A.), WIDL (D)**  
*Dépendance, dépression et toxicomanie; Comment guider les choix thérapeutiques ? Revue du praticien (Paris), 1998, 68: 20 – 23*
26. **JACQUES J.P, ZOMBEK . S, GUILLAIN. Ch et DUEZ. P**  
*Revue Médicale de Bruxelles ; Cannabis : Les scientifiques sont d'accord plus qu'ils ne*

*l'admettent, 2004, 25, 2, 87 – 92*

**27. LANTERI –LAURA (C.G), DEL. PISTOLA (L)**

*Etude clinique et diagnostic de la schizophrénie ;  
E.M.C Psychiatrie, 1987, 37282. A 10 : 2 – 13*

**28. LAUNAY. C, PETIT JEAN. F**

*Conduits toxicomaniaques chez les malades mentaux : Une enquête en île de France.  
Ann . Med. Psychol 1993 ; 7 ; 482 – 486*

**29. LÔO (H), CUCHE (E).**

*La psychopathologie des toxicomanies; Revue du praticien (Paris), 1982, 32, 37: 2453 – 2458*

**30. LUAUTE;**

*NeuroPsy News, Cannabis et société : Cannabis et psychose, expérience d'un secteur ;  
2004, 3, n°3, 126 – 135*

**31. MANZONO. J et LALIVE. J(1983)**

*Les jeunes mères psychiatriques et leurs enfants. Expérience d'un programme de  
prévention primaire et secondaire ; L'information Psychiatrique, 59, 5, 673 – 685.*

**32. MANZONO. J, TORRADO. DA. SILVA. M, PALACIO. F et  
CRAMEB. B (1979)**

*Programme de prévention dans un service de guidance pour des enfants préscolaires,  
Actapaedopsychiat, 45, 209 – 218*

**33. MARANDA**

*Précarités, Précarité du travail et toxicomanie : un parcours socio – professionnel  
doublement fragilisé ; 2002, n° 4, 109 – 122*

**34. MARIE. JOSE. AUDERSET, JEAN – BLAISE. HELD et JEAN -  
FRANCOIS, BLOCH - LAINE**

*Psychose et cannabis : La psychose cannabique question ;  
Nervure 2002, Tome XV ; 5 :27 – 30*

**35. MERLO. M.C.G, REY – BELLET. P, GEKLE. W, FERRERO:**

*Médecine et Hygiène: L'effet du cannabis et les conséquences sur la psychose débutante:  
aspects neurobiologies (2003); 362: 26 – 32*

**36. MERLO. M.C.G, SIMON. A, CONNUS. Ph, FERRERO. F**

*Importance de la reconnaissance et du traitement précoce de la psychose débutante.  
Méd. Hygiène. 2000 ; 58 : 1848 – 1853*

**37. MICHEL. G, PURPER – OUAKIL. D, MOUREN – SIMEONI. M.C**

*Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psychoactives à  
l'adolescence. Ann. Med. Psychol 2001 ; 159 : 622 – 631*

**38. MOULIN. P et BRIOLE. G (1984)**

*Après la drogue ? Les devenirs des toxicomanies, Privat, Toulouse, 268p*

39. **POSTEL – VINEY. O:**  
*Le dossier du cannabis. Les scientifiques sont d'accord ! La Recherche, 2003 ; 362 : 26 – 32*
40. **POTOIN. S, STIP. E, ROY. JY**  
*Schizophrénie et toxicomanie: une relecture du concept d'automédication. L'Encéphale 2003 ; 29 : 193 – 203*
41. **RAYMOND (C)**  
*La psychopathologie de l'adolescent d'aujourd'hui : Confrontation psychiatrique, 2<sup>e</sup> édition, 1987 : 29 – 30*
42. **REICH. M (1997)**  
*Social Structure of Accumulation Thory : Retrospect and Prospect, Review of Radical Political Economies, 29 (3) : 1 - 10*
43. **ROBISOA HOLANDE**  
*Les manifestations cliniques de la toxicomanie liées au Cannabis Sativa. 1994 : 60 – 75*
44. **ROSCH. D et FACY. F (1987)**  
*Analyse des modalités de prise en charge ambulatoire de jeunes toxicomanes en fonction de leurs caractères sociologiques, social psychiatry, 22, n° 2, 107 – 108*
45. **ROSE. J.(2002)**  
*Les jeunes et l'emploi : questions conceptuelles et méthodologiques, Les 18 à 30 ans et le marché du travail, sous la direction de FOURNIER. G et BOURASSA. B, Ste – Foy : Les Presses de l'Université Laval, 83 – 113*
46. **RUETSCH. (G), GABELIN, MROL**  
*Réflexion sur la montée de la toxicomanie ; Archives médicales de l'Ouest : spécial psychiatrie ; 1980, 12, 9 : 475 – 482*
47. **SENNET. R. (2000)**  
*Le travail sans qualités, Les conséquences humaines de la flexibilité, Paris : Albin Michel, 210p.*
48. **SOLAL (J.F), SCHNEIDEM (M.C)**  
*Toxicomanie et exclusion sociale; Revue du praticien (Paris), 1996, 46, 15: 1854p*
49. **TRIBOLET. ( C. ), PARADAS en 1993**  
*Diagnostic d'une toxicomanie ; p 52, 1993*
50. **VAN. OS. J, BLACK. M, HASSEN. M, BIJL. RV**  
*Cannabis use and psychosis: a longitudinal population – based study. Am. J. Epidemiol. 2002; 156: 319 – 327*
51. **VERDOUX. H, GINDRE. C, SORBARA. F, TOURNIER. M et al.**  
*Effects of cannabis and psychosis vulnerability in dally life : an experience sampling test study. Psycho Med. 2003; 33: 23 – 32*

52. **VERDOUX. H, MURY. M, BESANCON. G, BOURGEOIS. M.**  
*Etude comparative des conduites toxicomaniaques dans les troubles bipolaires,  
Schizophréniques et schizoaffectifs. L'Encéphale 1996 ; 22 (2) : 95 – 101*

## DOCUMENTS CONSULTÉS

**53. ANDRIAMANANTSOA ( J. )**

*L'approche psychosociale des délires mystiques dans les maladies psychiatriques. Thèse Médecine Antananarivo, 1991, 43, 16 : 2064 – 2070*

**54. BERNARD LESCOT, JEAN SINOU**

*Economie familiale et sociale, 5<sup>e</sup> édition, 1986*

**55. DON BARONE. JUDITH LIN DEBORAH GRANDINETTI. CLAUDIA ALLEN LOWE MARCIE HOEMAN. JEAN ROGERS LANCE JACOBS. DON WADE WILLIAM LEGRO. RUSSEL WILD ;**

*Le guide des drogues et de leurs dangers ; les drogues, en piège, 1999*

**56. MARIE- JOSE. AUDER SET, JEAN – BLAISE HELD et JEAN – FRANCOIS BLOCH – LAINE**

*Les trucs et Conseils de médecines, 1990 p. 30-57*

**57. RABEHASY**

*Les aspects cliniques des psychoses schizophréniques; Thèse Médecine générale Mahajanga, 1998, n° 282*

**58. YUO – LENG ( F. )**

*Manifestations psychotiques aiguës au cours des crises psychomotrices élaborées sans substratum temporal; Thèse Médecine générale Madagascar, 1983, N° 493*

# VELIRANO

*Eto anatrehan'ireo mpampianatra ahy ato amin'ny toeram-pianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo niara- nianatra tamiko,eto anoloan'ny sarin'I HYPPOCRATE.*

*Dia manome toky sy mianiana aho, amin'ny anaran'ANDRIAMANITRA ANDRIANANAHARY fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy na fahamarinana eo am – panantontosana ny raharaham-pitsaboana.*

*Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.*

*Raha tafiditra antranon'olona aho, dia tsy hahita izay zavatra miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy havelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan – keloka.*

*Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.*

*Hajaiiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoroina aza. Tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.*

*Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.*

*Hotoavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velorano nataoko.*

*Ho rakotra henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namaoko kosa aho raha mivadika amin'izany.*

Nom : RASOLOFONIAINA SENDRANIRINA

Prénom : Randriampamelona Annick Andosoa

Titre de la thèse : Les impacts socio – culturels et économiques de la toxicomanie liés au Cannabisme Sativa vues dans le service Neuro – Psychiatrie du CHU MAHAJANGA  
( A propos de quinze cas avec revue de la littérature ).

Mahajanga 2006 N° 853

Thèse de Doctorat en Médecine Générale

Format : 21 x 29,7

Nombre de pages : 93

Nombre de tableaux : 10

Nombre de schémas : 01

Nombre de références bibliographiques : 52

---

## **RESUME**

Notre étude porte sur quinze cas de psychoses aiguës toxiques liées au Cannabisme nouvellement diagnostiquées dans le service Neuro – Psychiatrie du CHU de Mahajanga, durant une période de vingt – deux mois, janvier 2004 en octobre 2005. Le diagnostic de cette forme des psychoses aiguës est essentiellement clinique surtout basé par l’entretien avec le malade et la famille. Plusieurs facteurs interviennent à l’apparition de cette psychose aiguë toxique comme l’âge, les troubles de la personnalité, les familles déstructurées ( carence parentale, absence d’image parentale..), les carences sociales ( renvoi d’école, perte de communication), l’économie et la délinquance ; par conséquent, les toxicomanes sont souvent victimes d’un rejet familial, du chômage technique, d’une précarisation d’emploi et du travail, et d’une pénalisation. La prise en charge de ces patients met une place importante et une tâche très lourde dans le domaine de la santé mentale qui en partie intégrante de la santé publique.

---

Rubrique de classement : santé mentale

Mots clés : Toxicomanie- Psychose aigue – Cannabisme – Délinquance

---

Membres de Jury :

Président : Professeur ZAFISAONA Gabriel

Juges : - Professeur RALISON Andrianaivo

Professeur RASOLOMAHARO Victor

Directeur et Rapporteur : Docteur TSANGANDRAZANA

---

Adresse de l’auteur : Logt 217 Cité Tsaramandroso Mahajanga (401)