

Usage de cannabis et souffrance psychique chez les patients schizophrènes: Étude exploratoire du raisonnement clinique chez 61 patients hospitalisés à l'Hôpital Psychiatrique Arrazi, Maroc

[Use of cannabis and psychic suffering among schizophrenic patients: Exploratory study of clinical reasoning of 61 patients hospitalized at Arrazi Psychiatric Hospital, Morocco]

Laila Essfioui

Doctorante en psychopathologie et psychologie clinique, Université Mohammed V, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Rabat, Morocco

Copyright © 2022 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The links between cannabis and psychotic disorders are old. Indeed, several studies have shown a strong association between cannabis and schizophrenia.

Objective - Our research aims to focus on the function of cannabis consumption which may express polymorphic psychic suffering among schizophrenic patients.

Method - A qualitative and quantitative study was conducted among 61 schizophrenic patients. And the clinical study.

Results - Static analysis and study case have shown that cannabis is the principal consumed substance after tobacco. In our population, 82% are cannabis users, 58% consume it regularly and 80% also consume other psychoactive substances (alcohol, psychotropics).

It appears that schizophrenic is characterized by a set of parameters such as: the early start of consumption from adolescence, in particular the early age of first contact with cannabis, the vulnerable personality, the anxiety, dysfunctional environment. The use of the questionnaire showed that 58% of cannabis consumers say they smoke cannabis to alleviate psychological suffering.

Conclusion - Subjects suffering from schizophrenia hospitalized in the Arrazi psychiatric hospital are particularly vulnerable to cannabis consumption. It is not only used according to a more or less manifest need of the subject, but also as an attempt to defend anesthesia and to avoid psychic suffering in a form of self-medication.

KEYWORDS: Schizophrenia, Cannabis, Self-medication, Vulnerability, Psychological suffering.

RESUME: Les liens entre cannabis et troubles psychotiques sont anciens, plusieurs études ont montré la présence d'une forte association entre cannabis et schizophrénie.

Objectif - Notre étude a pour but de mettre l'accent sur la fonction de la consommation de cannabis qui pourrait exprimer de façon polymorphe la souffrance psychique chez les schizophrènes.

Méthode - Une étude quantitative et qualitative a été menée auprès de 61 patients schizophrènes, avec une étude clinique.

Résultats - L'analyse statique et l'étude des cas ont démontré que le cannabis est la principale substance consommée après le tabac. Dans notre population, 82% sont des consommateurs du cannabis, 58% le consomment régulièrement et 80% consomment, en plus, d'autres substances psychoactives (alcool, psychotropes). Il s'avère aussi que le schizophrène se singularise par un ensemble de paramètres comme: le début anticipé de la première consommation dès l'adolescence, la vulnérabilité de la personnalité, l'anxiété et l'appartenance à un environnement mal sain. L'utilisation du questionnaire a montré que 58% des consommateurs de cannabis disent fumer du cannabis pour atténuer une souffrance psychique.

Conclusion - Les sujets schizophrènes hospitalisés dans l'hôpital psychiatrique Arrazi sont particulièrement vulnérables à la consommation du cannabis. Il est non seulement utilisé en fonction d'un besoin plus ou moins manifeste du sujet, mais aussi comme une tentative de défense d'anesthésie et d'évitement de la souffrance psychique dans une forme d'automédication.

MOTS-CLEFS: Schizophrénie, Cannabis, Automédication, Vulnérabilité, Souffrance psychique.

1. INTRODUCTION

La schizophrénie touche plus de 23 millions de personnes dans le monde, dont 340.000 Marocains. Cette maladie se caractérise par une incapacité du patient à comprendre et à communiquer sa maladie et par une sévérité des manifestations cliniques ainsi qu'une perception perturbée de la réalité [1]. Cette affection débute chez les sujets jeunes (pic d'incidence entre 18 et 25 ans) et touche autant les hommes que les femmes.

D'après plusieurs études [2], [3], [4] les patients schizophrènes présentent plus fréquemment que la population générale des conduites addictives à l'égard du tabac, alcool mais également du cannabis.

La compréhension des phénomènes de consommation et de dépendance aux cannabis a donné lieu à différentes approches théoriques. Il s'agit d'un phénomène multifactoriel dans lequel plusieurs composantes sont en jeu: les aspects biologiques, sociaux, culturels et psychologiques.

Le lien entre le cannabis et les troubles schizophréniques sont anciens. [5] Des études épidémiologiques font mention de cette association significative entre l'usage du cannabis et l'apparition de trouble psychotique. Ces liens ont longtemps suscité des questionnements autour des facteurs génétiques, neurobiologiques et psychologiques.

L'étude de l'association entre la schizophrénie et le cannabis pose le problème de la direction de cette association; le rôle étiologique de l'abus de drogues dans la survenue des troubles psychotiques -aggravés, révélés ou créés- a fait l'objet de descriptions cliniques classiques. Cependant la connaissance de l'incidence de ces complications psychiatriques de la toxicomanie reste limitée.

L'initiation et le recours à la substance cannabique serait une tentative pour faire face à la souffrance psychique. Il peut devenir un agent déstressant, un révélateur ou une catharsis au cours de la période prodromique ou lors de la phase de compensation de la schizophrénie. Ainsi, il pourrait être une stratégie d'ajustement et un moyen de soulager un état de tension ou d'anxiété provoqué par une crise interne ou par une incapacité à gérer les situations anxiogènes externes; il y a un déficit de recours aux ressources (internes ou externes) du sujet. L'utilisation de la substance cannabique joue un rôle palliatif pour remédier des maux psychologiques et écarter les sensations déplaisantes, afin de se diminuer une douleur ancrée dans une partie de soi.

Ainsi, les attentes revendiquées par les sujets schizophrènes consommateurs de cannabis sont identiques à celles avancées par les usagers en population générale: quête de détente, de bien-être, recherche d'euphorie, moyen de socialisation, et, dans une moindre mesure, recherche d'effets anxiolytiques et antidépresseurs soulageant des symptômes dits "négatifs" de la schizophrénie [6]. En ce sens, la consommation de cannabis constituerait donc, pour ces patients, d'une façon subjective, une automédication des signes négatifs qui caractérisent cette pathologie: incapacité à ressentir du plaisir, absence de volonté, pauvreté idéatoire, émoussement émotionnel, apragmatisme et isolement social [7], [8], voir même pour surmonter le stress [8], mais également des effets indésirables consécutifs aux traitements médicamenteux.

Dans notre étude nous nous sommes interrogés sur la fonction de la consommation de la substance cannabique chez les schizophrènes et l'apport de cette substance à la souffrance psychique chez les patients. Notre hypothèse visait à chercher si la consommation de cannabis constituerait un moyen de lutte contre la souffrance psychique chez les sujets schizophrènes qui sont psychologiquement à la dérive et espèrent trouver dans l'usage de la drogue une automédication.

2. MÉTHODE

Cette étude quantitative et qualitative a été menée auprès d'une population souffrant de schizophrénie hospitalisée au sein de l'unité clinique A, l'unité hommes B, et les urgences du Centre Hospitalier Universitaire Arrazi de Salé au Maroc. Un échantillon de 61 patients diagnostiqués selon les critères de *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux* DSM-IV, confirmé par les médecins psychiatres de l'hôpital psychiatrique, relevé sur le registre d'entrée et selon les dossiers médicaux de l'hôpital, sur une période allant de juin 2012 à novembre 2012. Chaque patient a été reçu en entretien pour

compléter un questionnaire anonyme et confidentiel. L'âge des patients est compris entre 18 et 50 ans. Tous les patients sont concernés par cette recherche, quelle que soit la forme de la schizophrénie: avec ou sans comorbidité avec les troubles de la personnalité, avec ou sans consommation du cannabis. Sont exclus de ce travail les sujets présentant une comorbidité avec un trouble psychiatrique de l'axe I et ceux avec un retard mental.

Les questions privilégiées sont semi fermées, c'est-à-dire à choix multiples (avec la liberté de choix et d'expression), et les questions ouvertes, à réponses libres. Ceci permet l'expression des idées personnelles tout en limitant le côté frustrant et monotone des questions fermées.

- **Le questionnaire comporte six items principaux**

- Caractéristiques socio-démographiques;
- Usage de différentes substances psychoactives;
- Début de la consommation;
- Mode de la consommation;
- Facteurs influençant la quantité consommée;
- Facteurs de rechutes.

- **Chaque Item a des sous-items**

L'usage de cannabis a été évalué sur des critères de fréquence, ne permettant pas ainsi de distinguer l'usage simple de l'abus, ou la dépendance selon les critères de DSM-IV. C'est la raison pour laquelle le terme « usage » concernant la consommation de cannabis est utilisé dans la présentation des résultats.

- **Etude des cas cliniques**

Une étude des cas cliniques avec une analyse psychopathologique minutieuse a été menée sur trois patients consommateurs de cannabis parmi notre population de sujets schizophrènes. Le choix de ces cas, les plus représentatifs, est justifié par la richesse de leur biographie en vue de repérer d'éventuelles problématiques psychologiques et évaluer l'importance de la dimension psycho-dynamique qu'occupe la consommation de cannabis dans la vie psychique des schizophrènes.

Aborder la problématique de cette recherche dans une approche clinique permet de faire ressortir le trouble psychologique qui est toujours le résultat de nombreuses variables imbriquées les unes dans les autres: la fragilité psychologique, l'histoire psychologique, l'environnement pathogène et les facteurs qui déclenchent la pathologie. Il s'agit d'appréhender globalement la dynamique d'une psyché; telle personne avec telle histoire, confrontée à tel problème, a supporté telle souffrance en y faisant face avec tel moyen.

En ce sens la méthodologie optée dans notre recherche scientifique est complémentaire, soit au niveau de recueil des données (croiser les données quantitatives issues de questionnaire, avec des données qualitatives issues des entretiens) soit au niveau des techniques d'analyses des données, elle est donc ni dogmatique, c'est-à-dire les objets ne sont pas traités avec la même épistémologie et méthodologie, ni réductionniste c'est-à-dire méthode qualitative versus quantitative.

3. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique des données a été effectuée avec le logiciel SPSS (Version 17). Les caractéristiques des patients ont été décrites à l'aide de Pourcentages et de Fréquence. Et le test de « Pearson » pour les corrélations. La démarche clinique intervient aussi dans l'interprétation des résultats issus des données statistiques, pour donner un sens significatif aux chiffres recueillis.

4. RÉSULTATS

4.1. DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

45.9% de notre population âgés entre 29 et 39 ans, les patients sont tous des adultes (avec des extrêmes de 18 et 50 ans) et sont de sexe masculin. Plus des trois quarts de la population étudiée étaient célibataires, soit 78,69%, et plus de la moitié avait un niveau d'études secondaires (54,10%) et moins d'un quart avait un niveau d'études universitaires (19,67%) (Tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques Sociodémographiques De La Population

Caractéristiques	Echantillon (n=61)		
		n	%
Âge	28 ans et moins	25	41.0
	29 au 39 ans	28	45.9
	40 ans et plus	8	13.1
Sexe	Homme	61	100
	Femme	0	0
Statut familial	Célibataire	48	78.69
	Marié	8	13.11
	Divorcé	5	8.20
Niveau d'études	Analphabète	1	1.64
	Primaire ou inférieur	15	24.59
	Secondaire	33	54.10
	Universitaire	12	19.67

4.2. CARACTÉRISTIQUES DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS

On considère le choix électif de cannabis, au détriment à d'autres substances psychoactives. Ceci dépend, d'une part, de la banalisation de la consommation de cannabis au Maroc, et d'autre part de son effet anxiolytique qui fournirait une issue au déplaisir.

Dans notre population, 50 patients (82%) ont consommé le cannabis. Plus que la moitié de ces derniers, soit 58%, consommaient régulièrement le cannabis et que 42% le consommaient sporadiquement. Les différents modes de consommation étaient répartis selon les modalités « en solitaire » (40%) et « en groupe » (34%), tandis que le reste des consommateurs (26%) consommaient le cannabis en deux modalités. La première consommation survenait principalement le soir (42%) que le matin, alors que 54% des consommateurs consommaient le cannabis à tout temps. L'âge de la première consommation de cannabis survenait en moyenne à l'âge de 13 ans, et la première bouffée de cannabis se prenait souvent en groupe (68%).

L'anxiété et l'angoisse sont les raisons de motivation à la première consommation du cannabis les plus rapportées par les consommateurs de cannabis de notre population (58%), tandis que 22% des consommateurs affirment que la curiosité est l'une des raisons qui les ont motivés à consommer la substance cannabique.

La moyenne de la consommation du cannabis (joints) chez notre échantillon est de $10,10 \pm 8,84$ joints par jour.

4.3. SEVRAGE DU CANNABIS

Les résultats montrent que 84% des consommateurs de cannabis déclarent vouloir tenter d'arrêter de fumer le cannabis. Néanmoins, 27,30% ont arrêté la consommation à une période inférieure à 1 mois et 24,2% n'arrivent à maintenir l'abstinence que pendant une courte durée inférieure à 1 an.

Durant la phase d'abstinence, plus que la moitié des consommateurs font l'expérience d'un certain nombre de symptômes de sevrage: irritabilité, diminution de l'appétit, insomnie, asthénie, maux de tête, nervosité, etc.

Parmi les sujets schizophrènes consommateurs de cannabis, 33 patients ont été hospitalisés plusieurs fois. La moitié de ces patients rapportent qu'ils ont reconsumé le cannabis après leur hospitalisation.

4.4. POLY-CONSOMMATION

Les résultats montrent que 90,2% des schizophrènes fument régulièrement du tabac. Rappelons que les usagers de cannabis sont également des consommateurs de tabac car les joints associent les deux substances.

Toutefois, un nombre important de nos patients schizophrènes consommateurs de cannabis (80,4 %) ont également recouru à d'autres substances psychoactives et que 62,2 % associent l'alcool avec le cannabis. Il semble que les différentes

sensations ressenties lors des premières prises s'atténuent en raison d'une tolérance pharmacodynamique. Ceci signifierait que le recours à d'autres drogues peut refléter la recherche d'autres sensations.

4.5. CORRÉLATIONS

L'âge précoce du premier contact avec le cannabis est de 9-10 ans (12,8%). Il existe une relation, inversement proportionnelle, entre l'âge de début de la consommation de cannabis et les raisons qui ont motivé le patient à commencer son usage; plus l'âge de début diminue, plus les raisons de la consommation sont différentes ($r = -0,061$).

Une corrélation de cooccurrence avec un environnement dysfonctionnel. Il existe une relation qui inversement proportionnelle entre l'âge de début de la consommation et de l'initiation au cannabis dans le sens où plus l'âge de début de la consommation est bas, plus l'influence de l'entourage est importante ($r = -0,169$).

Pour certains patients, le recours au cannabis devient une habitude, un geste automatique exécuté sans plaisir, sans satisfaction. En effet, le plaisir se fait étrangement absent lorsque le joint devient un besoin (consommation toxicomaniaque). Il existe une relation qui est inversement proportionnelle, c'est-à-dire que plus le nombre de joints augmente, plus les usagers ressentent moins de sensations ($r = -0,170$). Autrement dit, plus la fréquence d'usage de cannabis augmente, moins les usagers ressentent des sensations. L'existence d'une relation « dose/effet » est faible quand le nombre de joints augmente. Aussi, plus l'âge augmente, les usagers ressentent moins de sensations ($r = -0,075$) et plus les patients consomment d'autre (s) drogue (s), ils éprouvent moins les sentiments de manques ($r = -0,050$).

5. DISCUSSION

Dans notre population, 82% de patients sont des usagers de cannabis. Plusieurs études [9], [10], [11] ont montré que les personnes atteintes de schizophrénie consomment davantage de substances toxiques que la population générale, le cannabis étant la drogue la plus répandue.

Ce qui caractérise notre échantillon d'étude c'est que plus de 76% des usagers débutent la consommation du cannabis à l'adolescence (12 ans -18 ans). Suggérant que la phase de l'adolescence est une période de vulnérabilité pour l'apparition et l'expérimentation des conduites de dépendance, Anna FREUD (1958) considère « *la dysharmonie dans la structure psychique* » comme un « *fait basique* » de l'adolescence. Autrement dit, l'adolescence constitue un révélateur potentiel de ce qui demeure d'une vulnérabilité antérieure. C'est une phase critique de fragilité psychique qui est fréquente à cet âge. Selon [12] *À l'adolescence, les peurs et les angoisses s'expriment par le passage à l'acte plus que la parole. L'usage de cannabis prend place parmi les moyens de juguler des tensions internes ou externes sans avoir à utiliser la parole. S'ajoute à cela le fait que l'adolescence est aussi l'âge préférentiel d'éclosion de la plupart des maladies psychiatriques à potentiel chronique. Ainsi, la supposition des manifestations prodromiques d'un épisode schizophrénique peut s'intégrer à un usage de cannabis. « La décompensation psychotique peu avoir une fonction de défense, face à une situation personnelle douloureuse: le sujet s'échappe dans une néoréalité qui l'éloigne de ce qui le faisait souffrir dans sa vie de tous les jours. Le recours au toxique peut donc aussi s'inscrire dans la recherche plus ou moins consciente d'un retour dans la décompensation psychotique, à visée de fuite de la réalité [13] ».*

Les études montrant de manière générale que plus une personne débute tôt sa consommation de substances psychoactives, quelle qu'elle soit, plus cette consommation deviendra régulière et plus elle risque de s'élargir à d'autres substances.

Notre étude dévoile que la première bouffée de cannabis se prend souvent en groupe (68%). Le fait de faire « tourner le joint » renforce le « sentiment d'appartenance ». En effet, le groupe des pairs peut exercer une pression constante sur l'individu « adolescent » pour l'amener à faire comme les autres. « *Une personne peut apprendre par imitation le comportement de consommation d'une autre personne, mais des facteurs personnels sont impliqués [12]* ». Le sujet découvre alors les premiers effets et les premières sensations: levée des inhibitions, un bien être, « تبويقة¹ », une joie indéfinissable, voire une exaltation thymique avec des fous rires. Il y a alors une sensation de sociabilité, d'audace, de déréalisation, de dépersonnalisation, de « flying », de calme, de toute puissance, de bien être, de confiance en soi, etc.

¹C'est un néologisme utilisé dans le langage dialectal marocain, et surtout par les consommateurs des substances psychoactives, qui peut signifier « flying ».

Certes, les usagers de cannabis sont également des consommateurs de tabac. Malheureusement il n'existe pas à notre connaissance d'étude ayant testé une interaction entre ces deux toxiques et l'écllosion de cette pathologie ou son évolution. Néanmoins, dans certains cas l'usage régulier de cette substance peut favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la survenue de schizophrénie chez les personnes présentant une vulnérabilité psychotique [14]. Cet usage pourrait être un agent déstressant, un révélateur ou une catharsis au cours de la période prodromique ou lors de la phase de décompensation de la schizophrénie.

En effet, une étude a consisté en la co-administration de THC et de nicotine à des rats. Les résultats révèlent que: 'le seuil de résistance au froid et à la douleur augmente en cas de consommation conjointe' [12]. Les limites de cette étude viennent du fait qu'il s'agit d'une expérimentation animale. Il se peut que la consommation conjointe de cannabis et tabac diminue la douleur et la souffrance ressentie par les schizophrènes, vu que la majorité des schizophrènes de notre étude (90,2%) consomment les deux substances. On constate aussi que 80,4 % des consommateurs associent d'autres substances avec le cannabis dont 62,2 % associent l'alcool et le cannabis.

L'anxiété et l'angoisse sont les complications les plus fréquemment rapportées par nos patients consommateurs de cannabis. Pour quelques-uns, l'usage du cannabis reste festif et associé à la convivialité. Pour d'autres, les effets relaxants, hypnotiques et surtout d'analgésie émotionnelle ressentis lors des premières prises sont mis à profit pour traiter les troubles du sommeil et d'autres tensions de la vie quotidienne. En réalité c'est l'angoisse et l'anxiété qui seraient l'un des facteurs de risque de consommation. Cette hypothèse serait renforcée par ce que nous connaissons des propriétés du cannabis: analgésique, et anxiolytique à court terme, antidépressive, mais dépressogène sur le moyen et le long terme.

L'effet anxiolytique du cannabis est plus recherché par les patients qui essaient d'atténuer et de remédier leurs souffrances et leurs maux psychologiques. Ainsi, le cannabis leur donne l'impression d'être moins timides, audacieux et plus courageux. Les schizophrènes consommeraient ces substances en vue de soulager leur anhédonie, de socialiser, d'apaiser leur tension et leur anxiété, et de se diminuer une douleur sous-jacente ancrée dans une partie de soi. Ces réponses subjectives militent volontiers en faveur de l'hypothèse de l'automédication.

Suite aux résultats des questionnaires établis, l'analyse consolide notre hypothèse:

Les sujets schizophrènes hospitalisés dans l'hôpital psychiatrique Arrazi, Maroc, sont particulièrement vulnérables à la consommation du cannabis. Il est non seulement utilisé en fonction d'un besoin plus ou moins manifeste du sujet, mais aussi comme une tentative de défense d'anesthésie et d'évitement de la souffrance psychique dans une forme d'automédication.

Eu égard, la souffrance favorise une consommation auto thérapeutique de cannabis: selon [12] *l'abus de substances constituerait une réponse adaptative, progressive, à une souffrance psychique irréprésentable [...] la substance addictive permettrait la réduction de la détresse psychique, impossible à surmonter par l'individu, assurant une forme de 'prothèse structurelle' selon l'expression de Weider.*

Cette comorbidité est appréhendée sous une forme bipolaire incluant des états négatifs et positifs, c'est-à-dire une souffrance psychique représente le pôle négatif, tandis que la consommation de cannabis, identifiée comme stratégie d'ajustement et d'adaptation; a pour fonction de donner du plaisir, représente le pôle positif, néanmoins ce sentiment de plaisir et de bien-être n'est qu'illusion. Les deux pôles ont un effet pathogène sur la santé mentale.

6. SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS CAS CLINIQUES

D'après l'étude des trois cas cliniques de schizophrènes consommateurs de cannabis hospitalisés à l'hôpital psychiatrique Arrazi, nous avons constaté qu'ils ont quelques points en commun. L'analyse des récits nous a permis de constater une multiplicité des facteurs de risques dans l'enfance, ex. divorce, rupture, conflit, maltraitance, etc. Aussi, l'environnement mal sain favorise les difficultés psychologiques importantes. Conséquemment, une question primordiale se pose: Est-ce que l'impact des événements de vie joue un rôle dans l'initiation à la consommation de cannabis chez des sujets hyper vulnérables, et fragiles aux micro-événements de la vie ?

À ce propos, il s'avère que l'exposition à un environnement familial perturbé, surtout dans l'enfance, favorise l'émergence des troubles psychiatriques. Dès la première consommation de cannabis, généralement au début de l'adolescence, les trois cas ont vécu l'expérience de soulagement. *Pour certains individus, la drogue n'est plus le détonateur qui provoque la sortie d'une vie à peu près équilibrée. Ce n'est qu'un accélérateur, un comportement supplémentaire qui s'inscrit dans un parcours déjà marginalisé et déviant* [11].

Dans la petite enfance, par exemple, des situations répétées de ruptures relationnelles, de carences affectives, d'antécédents infantiles témoignent d'une détresse psychique non négligeable. Le cumul de ces facteurs de risque -cumul qui est par lui-même un risque supplémentaire- donne naissance à une sorte d'engagement lié à une consommation abusive ou addictive. Cette alliance met en exergue un malaise, une souffrance psychique diffuse et une tentative de trouver une solution personnelle à ces états.

Les défaillances dans les relations précoces de la petite enfance, et les défaillances dans l'établissement du narcissisme peuvent apparaître comme un facteur de risque essentiel dans le maintien des conduites addictives.

Subséquemment, le recours aux drogues pour ces trois cas peut refléter l'instabilité de l'organisation psychique sous-jacente, une vulnérabilité de la personnalité et une instabilité de fonctionnement mental. Cela peut conduire à la solution addictive (une automédication), afin de corriger par la substance l'expérience désagréable vécue par les sujets. Autrement dit, il s'agit de calmer des souffrances par la recherche d'une source de plaisir, *« c'est une carence, un défaut, un manque dans la possibilité d'accès au plaisir qui serait à l'origine de la recherche de la compensation »* [14].

Pour Khantzian la prise des toxiques est *« une tentative », un « moyen de pallier la souffrance psychique, de réguler les émotions dans la relation aux autres et à soi-même. L'utilisation de la substance à des fins défensives s'inscrit en contrepoids à l'influence désorganisant sur le moi de sentiments de rage, de détresse. Il développe ainsi l'hypothèse d'une automédication par la prise de toxique, l'expérimentation de différentes drogues puis le choix électif de l'une d'entre elles se faisant selon cet auteur en fonction de la correction par la substance de l'expérience émotionnelle désagréable vécue par le patient »* [12].

Le cannabis est non seulement utilisé en fonction d'un besoin plus ou moins manifeste du sujet, mais aussi sur le registre économique latent, comme une tentative de défense et de régulation contre les déficiences ou les failles occasionnelles de la structure profonde en cause [15].

La souffrance favorise une consommation auto-thérapeutique du cannabis; l'usage du cannabis pourrait alors jouer un rôle adaptatif et défensif d'automédication.

Pour Beck et ses collaborateurs [12] *il y a sept types d'attente positive de la consommation de substances psychoactives: l'équilibre psychologique, le bon fonctionnement social et intellectuel, le plaisir, la stimulation, le réconfort, la lutte contre l'ennui, l'anxiété, la tension ou l'humeur dépressive et, enfin, l'idée que sans consommation, la souffrance ne peut que continuer indéfiniment, voir s'aggraver, donc l'intérêt porté aux motivations à l'origine de la consommation du toxique, comme mode adaptatif de soulagement [...] afin de formuler et soulager cette souffrance psychique.*

7. CONCLUSION ET VALIDATION DE L'HYPOTHÈSE

Pour conclure, nous pourrions dire que le cannabis restera sans doute la drogue la plus répandue dans le monde, et cela depuis des milliers d'années.

Le but général de notre étude était de mettre l'accent sur la fonction de la consommation du cannabis chez les schizophrènes. Autrement dit, l'objectif est de répondre à la question de la place qu'occupe la consommation du cannabis dans l'économie psychique des sujets schizophrènes.

Suite aux résultats du dépouillement du questionnaire établi. Et d'après l'étude de trois cas cliniques, l'analyse consolide notre hypothèse: En effet, nos résultats confirment que la fonction du cannabis est celle d'une anesthésie et/ou d'évitement de la souffrance, dans une forme d'automédication. L'usage de cannabis vient donc exprimer de façon polymorphe la souffrance psychique.

L'usage de cannabis reflète le besoin de calmer et d'éviter la détresse. Il permet de soulager un état de tension et d'anxiété, de s'équilibrer et d'atténuer la souffrance de séparation, de rejet, de blessure, de frustration, de peur, de dépression, de solitude, d'inquiétude, de chagrin, de perte d'objet et des ressources internes défaillantes. Il s'agit également de mettre à distance les problèmes psychologiques sous-jacents par la recherche d'une source de plaisir, un plaisir extrême avec un sentiment de puissance, quoique chimérique et artificiel, pour se protéger de la douleur. Cette illusion provisoire de combattre la souffrance par l'usage de cannabis pour renforcer son homéostasie, prend progressivement le dessus et envahit la sphère de vie de la personne et devient en lui-même le problème.

La consommation du cannabis est donc un moyen de lutte contre la souffrance psychique chez les sujets schizophrènes qui sont psychologiquement à la dérive et espèrent trouver dans l'usage de cannabis une automédication. Aussi, les signifiants de la drogue peuvent servir aux psychotiques à leur donner l'illusion de maîtriser de l'extérieur ce qu'ils ne peuvent maîtriser de l'intérieur, alléger et cicatrifier des tensions internes, *Cette illusion de solution le conduit à renouveler le plus vite la prise pour se remettre à distance de la réalité* [14].

En effet, la consommation de cannabis est parfois banalisée. La mise en route de programmes de prévention et de sensibilisations reste nécessaire et cruciale. Il convient de garder à l'esprit la nécessité de mettre en place des actions de prévention et d'information auprès de tous les adolescents vis-à-vis des risques liés à l'usage de cannabis. Son usage important à un âge précoce augmente le risque de troubles psychotiques ultérieurs, et ce, particulièrement chez les sujets prédisposés à ces troubles.

De ce fait, ce qui n'était au début qu'une expérience festive ou un remède aux difficultés psychologiques, devient un usage incontrôlé; le scénario de dépendance se met dès lors en place. En somme, on considère l'usage important du cannabis, surtout à l'adolescence, comme symptomatique des difficultés psychiques qui doivent faire l'objet d'une prise en charge thérapeutique sans délai.

REFERENCES

- [1] Petitjean. F, Canceil. O, Gozlan. G, et al. « Dépistage précoce des schizophrénies » EMC - Psychiatrie (2008), P.1-12 [Article37-282-A-30].
- [2] Bahorik L, Newhill C, Eack S. Characterizing the longitudinal patterns of substance use among individuals diagnosed with serious mental illness after psychiatric hospitalization, February 2013, Volume 108, Issue 7. P.1183-1354.
- [3] Hartz S, Pato C, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell J, Knowles J, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 248–254.
- [4] Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *SchizophrRes* 2004; 67: 157–66.
- [5] Lejoyeux, M. et Embouazza, H. Troubles psychiatriques et addictions, *Addictologie*, 2013, p. 55-66.
- [6] Dixon Lisa. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research* March 1999; 35: S93-S100. Volume 35, Supplement 1, ScienceDirect, URL: [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(98\)00161-3](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(98)00161-3).
- [7] Kim T. Mueser, Robert EDrake, Wallach Michael. Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, Volume 23, Issue 6, November – December 1998. ScienceDirect, P. 717-734. URL: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00073-2).
- [8] Blanchard J. J., Brown S. A., Horan W.P, Sherwood A. Substance use disorders in schizophrenia: Review, integration and a proposed model. *Clinical Psychology Review*, Volume 20, Issue2, 2000. ScienceDirect. P. 207-234, URL: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00033-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00033-1).
- [9] Barnett, J. H., Werners, U., Secher, S. M., Hill, K. E., Brazil, R., Masson, K. I. M., & Jones, P. B. (2007). Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, Vol 190, no 6, P.515-520.
- [10] Green B., Young R., Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 2005, vol. 187, P. 306–313.
- [11] Harrison I, Joyce EM, Mutsatsa SH, Hutton SB, Huddy V, Kapasi M, et al. Naturalistic follow-up of co-morbid substance use in schizophrenia: the West London first-episode study. *Psychol Med* 2008; 38 (1): 79–88..
- [12] Reynaud Michel, *Traité d'addictologie*. Médecine -Sciences, Flammarion, 2006, 800 pages.
- [13] MARCELLI Daniel, BRACONNIE Alain, *Adolescence et Psychopathologie*, 7ème édition, collection Les âges de la vie, ISBN 978- 2-294-08966, Masson, 2008, 689 pages.
- [14] Bellarabi Youssef, MAROC: *Drogue: Délinquance & Criminalité*, Collection Criminologie appliquée, N° Dépôt légal 2007/1496, 275 pages.
- [15] Schauder Silke, *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents*, Dunod, 2007, Paris, ISBN 978-2-10-050329-2, 683 pages.
- [16] Bergeret Jean, *Personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Duno BORDAS 1974. Library of congress Catalog Card Number 0218760205.
- [17] Dachmi Abdeslam, Ettouijri Mohammed, *Monde moderne et toxicomanie*. Publications de la faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Rabat, Colloques et Séminaires, n: 68, 1997.
- [18] Gelder Michael, Mayou Richard, Cowen Philip, *Traité de psychiatrie*. Médecine-Sciences, Flammarion, Dépôt légal, octobre 2005, 997 pages.
- [19] Guelfjulien Daniel, *MINI DSM- IV: Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association. Paris 1996, Édition braille, MASSON, 361 pages.
- [20] Nolin LE Pierre Claude, *CANNABIS: Rapport du comité spécial du Sénat sur les drogues illicites*. VERSION ABREGEE, Les presses de l'université de Montréal, Dépôt légal: 1er trimestre 2003, 258 pages.

- [21] Oughourlian Jean Michel, La personne du toxicomane: Psychosociologie des toxicomanies actuelles dans la jeunesse occidentale, Edition 1986, 1978 Edouard Privat.
- [22] Tribolet Serge, Shahidi Mazda, Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques, Guides professionnels de santé mentale. Editions Heures de France 2005.
- [23] M. Hamon, "ACTUALITES SUR LES ADDICTIONS - Aspects Cliniques, Modèles Expérimentaux et Perspectives Thérapeutiques", Colloque, Paris, JUIN 2003.
- [24] Taoufiq Jalal, "Cannabis dangereux mais banalisé", Espérance Médicale, Mai 2007, Tome 14, n°138.