



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Trouble psychotique induit par le cannabis, approche clinique et aspects médico-légaux à propos d'un cas d'homicide.

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2016 à 18h00
au Pôle Recherche
Par Laure Hugonny

JURY

Pr Thomas, Pr Vaiva, Pr Cottencin, Dr Durand.

Président :

Monsieur le Professeur Thomas Pierre

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Vaiva Guillaume

Monsieur le Professeur Cottencin Olivier

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Durand Jean-Paul

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

1. Résumé	1
2. Introduction	3
3. Cas clinique	12
4. Discussion	32
I. Pharmacopsychose, psychose aiguë ?	32
A. Bouffée délirante aiguë	33
B. Psychose aiguë.....	36
C. Pharmacopsychose	42
D. Schizophrénie ou non	49
II. Episode psychotique ou confusion mentale	50
III. Henry EY : le niveau crépusculaire oniroïde.....	55
IV. Vulnérabilité	58
V. Psychopathologie	63
VI. Principes de prise en charge.....	73
5. Conclusion	78
6. Références bibliographiques	84
7. Annexes	91
Annexe 1 : Frise introduction.....	91
Annexe 2 : Critères diagnostiques	92

1. RESUME

Le cannabis aujourd'hui en France est largement consommé, malgré une réglementation très stricte si on compare notre législation au reste de l'Europe ainsi qu'au reste du monde. Nous reviendrons donc sur son arrivée en France et les conséquences de celle ci, sur les personnes l'ayant étudié en premier lieu comme Moreau de Tours.

Nous relaterons donc ici le cas d'un homme d'une trentaine d'années ayant commis un homicide particulièrement violent sous l'emprise de cette substance. Cet homme, n'ayant pour antécédent qu'un suivi suite à des bizarreries de contact à l'âge de 20 ans dans un contexte de consommation de divers toxiques, avancera une période de sevrage de 10 ans avant une nouvelle consommation a l'âge de 30 ans, consommation précédant les faits. Au moment de son arrivée en psychiatrie, on retrouve un état d'agitation important avec un syndrome hallucinatoire. Plusieurs expertises psychiatriques auront lieu, les dernières ne permettant pas d'évoquer un diagnostic de schizophrénie, mais des troubles psychotiques aigus, déclenchés ou favorisés par l'usage de cannabis.

Nous définirons donc les notions de bouffée délirante aigue, de psychose aigue et de pharmacopsychose afin d'établir un diagnostic précis. Il est également important d'écarter les éventuels diagnostics différentiels comme les états confusionnels et la schizophrénie à l'aide des nosographies actuelles et de plusieurs textes d'Henry Ey.

Nous aborderons également certaines notions psychopathologiques pour étudier la personnalité du patient, en nous appuyant sur les données de la CIM10 et du DSM, sur un texte de Otto F. Kernberg abordant la personnalité narcissique, et sur un test projectif que le patient a pu faire lors de son hospitalisation : le test de Szondi. Nous citerons également quelques éléments génétiques afin de comprendre la possibilité d'une certaine vulnérabilité au produit. Les éléments de prise en charge d'un point de vue médico légal seront également abordés, explorant les avancées et contraintes de l'apparition de la loi du 05 juillet 2011.

Nous concluons en citant les difficultés de la prise en charge d'un patient tel que Mr X, les nuances de fonctionnement d'un programme de soin et le cadre législatif dans lequel il s'opère. Nous évoquerons également les représentations sociales du cannabis et de ses consommateurs et les systèmes de prévention.

Enfin nous ouvrirons avec les questions actuelles de légalisation dans une partie consacrée à la portée criminologique et sociétale du produit.

2. INTRODUCTION

LE CANNABIS EN FRANCE AU XIX^e

Le cannabis, avec l'alcool et le tabac, fait partie des substances psychoactives les plus consommées en France de nos jours. Cette substance psychoactive est qualifiée de « drogue » dans le sens où son utilisation et sa consommation ont des caractéristiques propres.

En effet, l'OFDT, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, propose la définition suivante pour le terme "drogue" :

" produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non ".

Le cannabis est une plante dont l'espèce la plus répandue est le Cannabis sativa (chanvre indien) et ses effets neuropharmacologiques sont essentiellement dus au delta9-tetra-hydro-cannabinol (D9-THC). Il est classé en France comme stupéfiant. Il se présente sous 3 formes : l'herbe (feuilles, tiges et sommités fleuries séchées), la résine (le "haschisch") et l'huile (plus concentrée en principe actif). Généralement, l'herbe et le haschisch se fument sous forme de "joint" (avec du tabac, sous la forme d'une cigarette roulée). L'huile est plutôt consommée à l'aide d'une pipe. Plus marginalement, le cannabis peut aussi être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (gâteaux space-cakes) ou bu (infusions).

Selon les estimations de l'OFDT, on estime, en France métropolitaine parmi les 11-75 ans, en 2011, 13,4 millions d'expérimentateurs dont 3,8 millions actuels et 1,2 millions réguliers.

Il paraissait donc important, du fait de son usage largement répandu, de retracer l'histoire de cette substance et de son apparition en France, en explorant les différentes origines et les intérêts qu'elle a suscité (1).

ORIGINES GEOGRAPHIQUES

Le terme cannabis dérive du grec kannabis, provenant de la racine assyrienne quanabis. Il est originaire d'Asie centrale et sera diffusé selon les flux migratoires humains, vers l'orient et l'occident.

Filière indienne

Le chanvre indien est retrouvé aux Indes sous l'appellation de bang ou gunja dès le début du XVI^e. Il est d'abord utilisé au Portugal puis aux Pays-Bas en tant qu'inébriant.

C'est en 1600 que la France et l'Angleterre s'y intéressent également.

Il faut attendre le début du XVII^e pour que la filière indienne prenne toute sa consistance, avec la colonisation britannique des Indes.

Cette connaissance du chanvre indien posera deux axes de problèmes : militaire devant la faible valeur au combat des soldats sous l'emprise du cannabis, et sanitaire après la colonisation complète du pays.

On peut estimer que dans les années 1870, un tiers des patients hospitalisés au Bengale sont atteints de cannabisme chronique.

Filière proche orientale

Elle se fera connaître avec la campagne d'Égypte de 1798 – 1801. Lors de cette campagne militaire, les nombreux médecins et pharmaciens rencontreront les mêmes problèmes que les Britanniques des Indes : militaire et sanitaire. C'est de l'usage abusif du hachich par les soldats français que viendra la première prohibition réglementaire connue (arrêté de Menou en 1800). C'est en effet sous l'injonction de Bonaparte que le général en chef Abdallah Jacques Menou a promulgué une ordonnance afin de mettre un terme à la consommation de haschich et de graine de chanvre par ses soldats.

Se développe par la suite chez les historiens un courant orientaliste, permettant de retrouver des textes anciens et de les traduire. Arrive donc en Europe l'affaire du « vieux de la montagne » et la secte ismaïlienne des assassins.

Ce mythe vient initialement du personnage d'Hassan Ben Sabbah, le « vieux de la montagne », grand maître de la secte des assassins et fondateur de l'état d'Alamût. Né en 1036 en perse, il deviendra ismaélien à l'âge de 35 ans, en 1071. Il ira reconquérir Alamût, un état forteresse décrit par Hassan lui même comme « une montagne qui ressemble à un chameau agenouillé avec son cou posé par terre ». Alamût était une grande colline aux pentes raides de toutes parts. Les assassins, ou nizarites, constituaient une communauté mystique active du XIe siècle jusqu'en 1257. Ils professaient une lecture ésotérique du coran : le bâtin (coté secret des choses). En 1904, une scission importante du chiisme ismaélien eut lieu. Une nouvelle prédication fut alors faite par Hassan i Sabbah à fort Alamût. Les nizarites étaient reconnus pour être totalement dévoués à Hassan ibn al Sabbah, et pour vivre en autarcie sur leur montagne.

Cette histoire est un élément central de la mythologie du cannabis. On a longtemps cru qu'ils s'intoxiquaient avec du hachich avant de commettre leurs méfaits. On peut penser aujourd'hui, après les travaux de Bernard Lewis, que ce nom d'assassin n'a rien à voir avec le hachich. En effet l'étymologie imaginée par Sylvestre de Sacy, scientifique qui avait accompagné Bonaparte en Égypte, est imaginaire.

Filière maghrébine

Elle prendra corps avec l'occupation de l'Algérie a partir de 1830. Les français vont encore une fois rencontrer le même type de problèmes qu'en inde et en Egypte (militaires et santé publique).

ARMEE ET CANNABIS

Il nous paraissait important de souligner le lien entre cannabis et domaine militaire, du fait des problèmes rencontrés au fil du temps, et ce concernant les différentes filières.

Le cannabis a été introduit en Europe au début du XIXe par les soldats de Napoléon Bonaparte à l'occasion des guerres en Egypte et en Espagne, mais

également par quelques médecins anglais de retour des Indes (à visée thérapeutique pour les migraines, l'asthme et l'épilepsie). On peut évoquer une finalité ultime concernant cette consommation dans les milieux militaires : un objectif d'opérationnalité et d'amélioration de la capacité combattante.

En effet le milieu militaire, encore de nos jours, représente un facteur de risque pour les conduites addictives, c'est un puissant révélateur de troubles psychiques via l'existence de nombreuses situations à risque qui jalonnent le parcours du militaire. On pourrait citer le possible face à face avec la mort ; l'attente, plus fréquente que l'action, qui engendre tensions et appréhension ; l'inactivité et la passivité. Ces situations trouvent alors leur issue dans la consommation de substances psychoactives.

MOREAU DE TOURS

Il était évident de citer ici Jacques Joseph Moreau de Tours (1804-1884), considéré comme l'homme clé du hachich en France. On découvre en 1845 son livre « DU HACHICH ET DE L'ALIÉNATION MENTALE », concomitant avec l'arrivée du chanvre indien dans les sources de préoccupation de la médecine et de la psychiatrie.

Le contexte culturel de l'époque dans lequel ces avancées médicales ont lieu est celui du romantisme. Le hachich tiendra deux rôles dans ce mouvement romantique : un révélateur de l'intériorité (développé par Baudelaire) et un lien avec l'orient qui fascine peintres et écrivains, un orient perçu comme révélateur de la société humaine.

Moreau était élève d'Esquirol et commença à voyager à partir de 1837 en orient, envoyé par son maître pour y accompagner un malade.

C'est au Caire qu'il découvrira le hachich, et qu'il dira avoir fait l'expérience de la folie véritable. Il désignera comme « fait primordial » cet état d'excitation du système nerveux qui serait pour lui l'origine de toutes les formes de folie. Le hachich deviendra pour lui un outil propre à convoquer sur demande, et de façon réversible, cet état primordial de folie. Cela justifiera par la suite l'auto expérimentation et la valeur de l'auto observation.

Médecins, artistes, écrivains vont être les acteurs des fameuses fantasias dans l'île Saint Louis. C'est le club des Hachichins.

L'ouvrage de 1845 « Du haschisch et de l'aliénation mentale » est donc une contribution à la connaissance positive d'un certain type de délire hallucinatoire d'origine toxique (fondée sur des observations et des témoignages). Il avance également une théorie de l'aliénation mentale, basée sur l'analogie entre état de rêve et folie, et sur la différence entre les folies naturelles et la folie provoquée par le chanvre. Ce postulat conduit à une proposition thérapeutique : substituer chez les malades mentaux une folie provoquée, maîtrisable par les médecins, à la folie naturelle. Moreau sera très critiqué sur ce point.

Pour la pensée médicale, l'importance de l'œuvre de Moreau de Tours, d'un point de vue historique, est latérale à la question du hachich : le fait qu'un même produit puisse à la fois rendre fou et soigner la folie. Moreau contribue donc à fonder une contradiction encore actuelle aujourd'hui : de la substitution d'une maladie par une autre, on en vient à la substitution d'une substance par une autre, d'une drogue auto prescrite par une autre drogue, ordonnée cette fois par un médecin.

LE CANNABIS MÉDICAMENT, LE POINT DE VUE DES PHARMACIENS

C'est en 1818 qu'est édité le premier codex français des médicaments et le chanvre y figure. Au XIXe, il est utilisé à des fins expérimentales thérapeutiques sur des cas isolés. Il sera donc proposé pour des pathologies telles que la peste, l'épilepsie, le tétanos, le hoquet, l'alcoolisme le choléra, etc. On lui découvrira également des propriétés ocytociques.

Le hachich serait principalement un sédatif, un hypnotique et un antalgique, présentant moins d'inconvénients que l'opium.

En 1865, les découvertes parisiennes vont modifier de manière considérable certaines indications du traitement par cannabis : l'identification des germes du tétanos, du cholera, de la rage et de la peste.

Le cannabis est également une substance, selon la préparation, la dose et la susceptibilité individuelle très difficile à maîtriser. Il sera soit excitant, soit calmant soit spasmogène. Des adjonctions de molécules seront donc nécessaires pour éviter certains effets lors de l'administration.

En France, il sera librement prescrit et vendu en officine jusqu'en 1933, date des premières mesures de restriction.

CANNABIS ET PSYCHIATRIE

C'est dans ce domaine que Moreau de Tours sera nommé pionnier, dès l'instant où il mettra en route des essais thérapeutiques sur ses patients à Bicêtre en 1840.

Il ne verra pas d'effet sur un patient dément et un autre aliéné stupide. Deux mélancoliques décriront une gaieté transitoire. Mais sept observations détaillées de maniaques agités nous seront données. Ces sept patients seront traités par une ou deux doses de dawamesc. La recette du dawamesc peut être décrite comme une sorte de confiture au hachich. Elle contient du miel, de la farine de pistache, une pâte huileuse et de la résine de cannabis. Moreau trouvera ces résultats favorables.

On peut évoquer le cas clinique de Benjamin Ball, interne chez Moreau en 1856 : observation d'un malade de 26 ans souffrant d'hallucinations auditives pour lequel on a déjà essayé douches, sangsues, ventouses et belladone. Une rechute amènera Moreau à prescrire du hachich à deux reprises, selon le principe de l'hallucinogène qui guérit l'hallucination en substituant des hallucinations provoquées. Le malade sortira guéri, selon lui.

La vision de Moreau est partagée par quelques contemporains, notamment Aubanel, qui offrira une partie de son hachich à un élève d'Esquirol, Hippolyte Reich, pour que ce dernier puisse également l'expérimenter à son tour.

Ce professeur de pathologie médicale à Montpellier est également partisan des traitements physiques, mais plus circonspect, craignant un effet « destructeur de la pensée » du hachich. Il craint de rendre ses patients déments. Il critiquera d'ailleurs ouvertement les pratiques de Moreau de Tours : « les observations citées dans l'ouvrage de M. Moreau sont sans valeur » « les effets thérapeutiques qu'il mentionne doivent être considérés comme complètement nuls ». Cela n'empêchera pas Reich de monter une étude expérimentale avec huit de ses internes qui seront à leur tour consommateurs et observateurs de leurs collègues.

On retrouve également un autre contemporain de Moreau de Tours qui rejette ces tentatives thérapeutiques.

Il s'agit de Clot-Bey, médecin au Caire, pour qui la folie est produite par une surexcitation directe ou sympathique du cerveau. Ainsi ce moyen ne ferait, dans la manie aiguë, qu'accroître l'excitation. Clot Bey émettait d'ailleurs un jugement très négatif et une mise en garde devant ce procédé. Il fit d'ailleurs vœu que ce narcotique reste en Europe dans le domaine de la médecine, de peur que des hommes s'abrutissent par son usage.

CANNABIS ET LEGALITE

Nous citerons quelques dates repères concernant la répression de l'usage du cannabis :

- Vers 1800 : Arrêté de Menou : première prohibition réglementaire connue
- 1818 : 1er Codex français du médicament
- Années 1870 : évocation de la dangerosité du produit dans les suites d'un travail de thèse de VILLARD
- Loi du 12 juillet 1916 : réglementation concernant la limitation de l'usage, de l'importation, du commerce et de la détention de substances vénéneuses.
- Loi du 31 décembre 1970 : interdiction de l'usage de cannabis, relatif aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses

Conventions internationales :

ONU

- Convention unique sur les stupéfiants le 30/03/1961 à New York
 - ⇒ cannabis et résine de cannabis sont inscrit au tableau IV (donc stupéfiant)
- Convention sur les substances psychotropes de 1971 le 21/02/1971 à Vienne
 - ⇒ le THC est ajouté à la liste des stupéfiants

- Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes le 20/12/1988 à Viennes

⇒ autorise l'admission d'un usage médical, ne punit pas la consommation mais répréhende la procuration, la détention et la préparation, même pour usage personnel.

Lois Françaises actuelles :

- 23/01/2003 = Loi Marilou

(Suite au décès d'une fillette de 9 ans après un accident de la voie publique où le conducteur responsable était sous l'emprise de cannabis.)

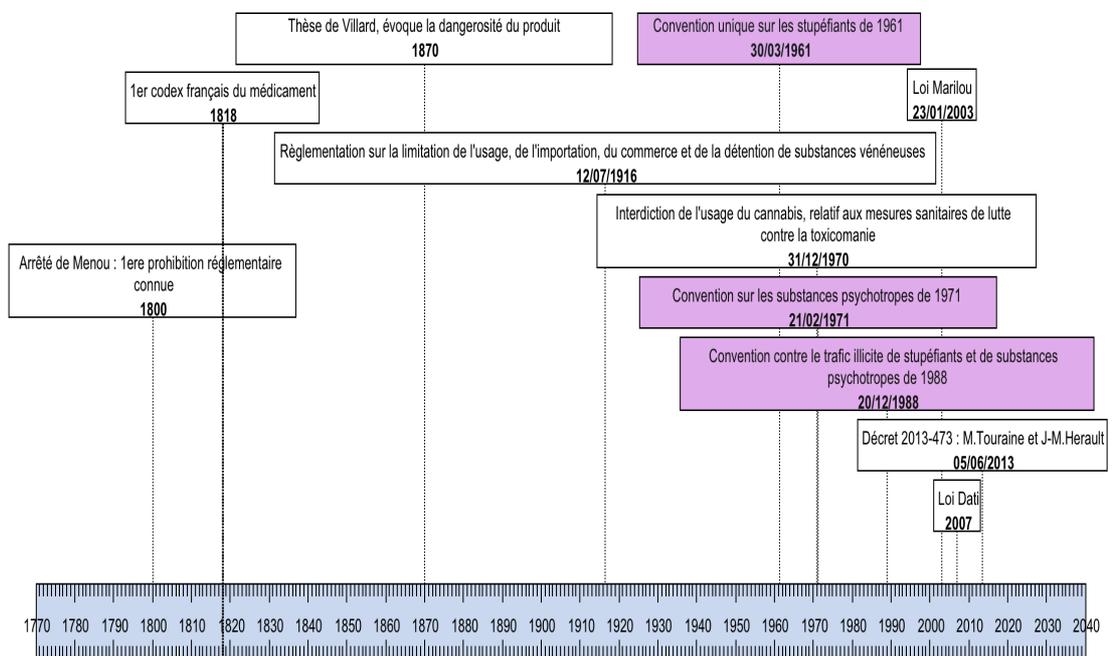
- Contrôle aléatoire ou sur la base de soupçons
- Test obligatoire en cas d'accident corporel/mortel
- 2 ans de prison et 4500 euros d'amende
- 3 ans de prison et 9000 euros d'amende si on retrouve une consommation d'alcool associée

- 2007 = Loi DATI

Peines deviennent applicables pour les récidivistes, incluant 4 ans d'incarcération.

- 05/06/2013 = Marisol Touraine et J-M Ayrault : Décret 2013 -473

Décret autorisant la mise sur le marché de médicaments contenant du cannabis ou ses dérivés.



3. CAS CLINIQUE

1) Exposition du cas de Mr X.

Admission dans le service le 09 novembre 2011 en SPDRE de Monsieur X. en provenance du commissariat de Dunkerque après suspicion d'homicide sur la personne de son cousin dans un contexte de « troubles délirants et hallucinatoires dans le cadre d'une schizophrénie ». A son arrivée, il existe une notion de consommation de cannabis et d'alcool.

Antécédents

On retrouve un premier contact avec la psychiatrie en novembre 2000, à l'âge de 20 ans, où le patient a été adressé au centre médico psychologique (CMP) par son médecin traitant pour bizarreries du comportement.

On note alors des consommations de toxiques (cannabis, ecstasy, LSD). Il était à cette période difficile d'évaluer la part de ces derniers dans l'apparition des troubles mentaux. Ce qu'on peut retenir c'est leur rôle déclencheur de troubles psychotiques.

Le psychiatre retrouve à l'époque un trouble schizotypique caractéristique avec des perturbations de la pensée et des affects. Le patient a une attitude méfiante avec une idéation persécutoire, se plaint de ruminations obsessionnelles, de perceptions inhabituelles avec des expériences de dépersonnalisation et de déréalisation.

Au cours du suivi, une certaine agressivité physique apparaîtra accompagnée d'une impulsivité latente. On retrouvera des pensées morbides et des idées délirantes de type interprétatif à thème de préjudice. Le patient a tendance au repli et au retrait social.

Devant la perception délirante de la réalité un traitement antipsychotique est instauré en décembre 2000 : ZYPREXA 10mg/j.

L'amélioration clinique significative permettra en mars 2001 une diminution du traitement à 5mg de ZYPREXA et un arrêt total du traitement puis du suivi en 2002.

Nous n'aurons alors plus de nouvelles du patient entre 2002 et 2011. Il nous dira par la suite, lors de la reprise de contact, qu'il n'y avait plus de consommation de cannabis pendant cette période.

Habitus

Monsieur X est fils unique et se dit très proche de sa famille. Son père est issu d'une fratrie de 7 et sa mère d'une fratrie de 5. Au moment où il arrive dans le service, il est en arrêt d'activité depuis 1 an. Il était auparavant négociateur immobilier depuis 8 ans. Il allait d'ailleurs reprendre une activité dans le même secteur à son nom. Le patient vit en concubinage et a deux enfants en bas âge.

Concernant ses études, monsieur X a fait sport études au collège, puis une année technologique, suivi d'une année d'adaptation technique avant d'avoir un niveau baccalauréat.

Devant un échec scolaire, notamment au moment du baccalauréat, le patient aurait fait de nombreuses sorties en Belgique, en discothèque, où il consommait de nombreux stupéfiants (cannabis, ecstasy, cocaïne, speed) ainsi que de l'alcool en grande quantité, il aurait alors arrêté rapidement les drogues qu'il qualifie de « dures » mais aurait poursuivi le cannabis jusqu'à l'âge de 21 ans.

Il rapporte une reprise du cannabis en 2011, après environ 10 ans de sevrage. On pourra donc retrouver à cette période une consommation d'environ 3 joints par jour et de l'alcool de consommation plutôt festive (whisky, Ricard et vin).

Durant cette période, monsieur X se décrit comme désorganisé, aussi bien dans le domaine familial que professionnel, avec des troubles mnésiques. On retrouve alors pour décrire le vécu du patient, des propos du type : « Au lieu de passer de A à B, je passe de A à D à Z à N puis B. »

Histoire de la maladie

Le patient nous explique que l'apparition des troubles est concomitante avec la période du baccalauréat. On observait alors des attitudes de méfiance lorsqu'il était au lycée.

Concernant l'épisode ayant mené à l'hospitalisation, monsieur X nous dit alors « je me tapais des films ». Il pensait que son amie le trompait. Il nous dit également qu'il arrivait à lire dans les pensées d'autrui, particulièrement celles de ses proches.

Il nous dira s'être réveillé un matin, une semaine avant les faits dont on l'accuse, avec un sentiment d'invulnérabilité, un sentiment d' « être un autre homme ».

Une impression de toute puissance était alors retrouvée : « Je me sentais plus puissant dans ma tête et dans mon corps, et je n'avais plus peur de personne ni de rien. »

Il décrira également un petit automatisme mental avec des hallucinations auditives et phénomène de devinement de la pensée lors de contacts visuels, avec une forte adhésion et participation affective, sans aucune critique lors des faits.

Faits décrits par le parquet :

Le 9 novembre en fin d'après midi, Monsieur X arrivait au domicile de ses grands-parents, blessé aux mains et tenant un discours dans lequel il expliquait avoir tué son cousin, avant de repartir au volant du véhicule de ce dernier.

Suite à cette information, des membres de la famille ainsi que des amis se rendaient au domicile de la supposée victime. Ils le trouvaient alors dans sa cour, sans vie, présentant de multiples blessures, un ruban adhésif autour du cou, autour d'un poignet et d'une jambe. Ils trouvaient également des inscriptions manuscrites sur des morceaux de papier telles que « Harry Potter, obligé de désobéir, suis invincible, on m'a toujours dévalorisé, la preuve la mafia », « je suis lord Voldemort », ainsi qu'une scie à métaux souillée de poils et de terre, un piquet et une brique tachés de sang.

L'autopsie révélera une mort par traumatisme cranio encéphalique résultant de très nombreux coups portés au chef à l'aide d'un instrument tranchant non aiguisé, à une asphyxie mécanique résultant de l'inhalation massive de sang, et à une spoliation sanguine majeure sur plaie multiples.

Monsieur X sera interpellé dans la soirée, alors qu'il se dirigeait vers le domicile de ses parents. Refusant de coopérer, il sera alors maîtrisé par l'équipe de police et

placé en garde à vue. Il niera alors les faits, expliquant qu'il avait seulement fumé du cannabis avec la victime, tout cela au cœur d'un discours décrit comme confus et incohérent, avec des rires immotivés.

L'examen psychiatrique réalisé lors de la garde à vue, rapide compte-tenu de l'état psychiatrique du patient, conclura à une abolition du discernement au moment des faits, relevant des idées délirantes et hallucinatoires à thème d'influence, de jalousie, d'intuition avec une absence totale de critique. La consommation de cannabis pouvait alors être responsable, selon le psychiatre, de l'émergence de ces idées sur une personnalité de structure psychotique entrant dans le cadre d'une schizophrénie.

Une hospitalisation d'office a dès lors été décidée le 10 novembre 2011.

2) Résumé du parcours de soins

Hospitalisation en SDRE le 10/11/2011 après passage en garde à vue du 9 au 10/11/12.

Transfert en unité pour malades difficiles (UMD) le 20 décembre 2011.

Réintégré, après UMD, dans le centre psychiatrique où il avait été initialement hospitalisé, le 29 mai 2012.

Levée de SDRE et sortie d'hospitalisation en juillet 2012 suivie d'une incarcération à Sequedin.

Reconnu irresponsable pénal en juin 2013.

Nouvelle hospitalisation en SPDRE suite au jugement en juin 2013.

Initiation d'un programme de soins dans le cadre de la SDRE en septembre 2013.

Novembre 2011

A l'admission, Mr X présente un état d'agitation extrême, ayant nécessité l'intervention de 12 personnes (7 officiers de police et 5 infirmiers) pour maîtriser le patient.

On retrouve un petit automatisme mental devant des phrases comme « je me tape des films », des hallucinations auditives, des voix lui donneraient des ordres. Il restera d'ailleurs évasif quand au contenu de ces hallucinations auditives. Il décrira de lui même un sentiment « d'extrême puissance » dans son corps. Seront également décrit à son arrivée des troubles attentionnels importants.

Il persiste alors cet état d'agitation avec syndrome hallucinatoire nécessitant la mise en place de traitements antipsychotique et agressolytique. Il décrit sa consommation de cannabis. Les entretiens initiaux retrouveront un petit automatisme mental les jours précédant l'hospitalisation sur un sentiment récurrent de devinement de la pensée par les personnes constituant son entourage. Mr X évoque également un sentiment de perte de la maîtrise de sa pensée avec élaboration de scénarii à thématique érotique. Par la suite il tiendra d'ailleurs des propos salaces en demandant ouvertement aux infirmières de lui pratiquer des fellations. On ne retrouve pas de critique de ces éléments. Pas de nouveaux symptômes similaires depuis son admission.

Le patient reste détaché concernant le motif de sa garde à vue « Il paraît que j'aurais amoché mon cousin, il serait mort »

Les équipes soignantes rencontreront alors son épouse qui relatera les violences qu'elle aurait subies. Elle dira alors « il s'est pris pour un lion » et nous expliquera son impulsivité et ce sentiment de tout puissance.

Il existe donc des notions de violences conjugales avec une impulsivité fluctuante dans le cadre de l'automatisme mental ayant précédé l'hospitalisation. La thématique de toute puissance était effectivement présente. Lors du recueil de ces éléments, le calme apparent du patient durant les entretiens contrastait de manière nette avec le discours.

Quelques jours après son arrivée, Mr X nous parlera de « transmissions de pensées » du « pouvoir » qu'il avait « je peux lire leurs pensées ». Il nous dit penser que son entourage lui ment, décrivant un vécu de persécution surtout au moment des faits, imaginant également que son épouse a des relations extra-conjugales, « des choses sexuelles ». Il nous dira également « mon cousin se moquait de moi », « ma mère aurait piégé la voiture », « mon cousin regardait la ferme car il y avait la manipulation ». Il aurait alors agressé son cousin au moment où celui-ci se rapprochait de la ferme.

Il nous dira également que quelques jours avant, sa mère lui aurait demandé de consulter un psychiatre. Apparaît alors un effondrement thymique à l'évocation du décès de son cousin « c'était comme mon petit frère ».

Durant ce premier temps d'hospitalisation, plusieurs éléments amèneront l'équipe soignante à se poser la question d'une éventuelle confusion, comme la persistance d'un trouble du jugement, des troubles de l'attention, la fluctuation symptomatologique devant un discours cohérent accompagné de réels troubles mnésiques demeurant brefs cependant. Il passe d'un discours où il dit reconnaître les faits, tout en disant le lendemain qu'il n'est pas l'auteur des faits « c'est eux... » et en refusant d'en dire plus. Il niera complètement les faits par la suite.

Tout le mois de novembre, le patient restera calme, méfiant et avec un sentiment de toute puissance et une grande froideur affective. Il aura tendance à retourner les questions posées : « et vous ? » en fonction de l'interlocuteur. On ne retrouvera ni signes de dissociation ni éléments délirants mais une adhésion partielle au délire décrit au moment des faits. Il dira alors « normalement les transmissions de pensée ça apparaît lorsque l'on est plus jeune ». On retrouvera cependant un petit automatisme mental avec des propos interprétatifs et une grande méfiance « j'ai remarqué qu'à chaque passage du psychiatre on me donnait un comprimé ; pour me faire parler sûrement » confirmant les troubles du jugement en rapport avec le petit automatisme mental, et nécessitant une contention durant tout le mois de novembre.

Concernant les éléments judiciaires, le patient demandera à être entendu, disant être victime d'une erreur judiciaire, tout en demandant une date de sortie.

Lorsqu'on lui fournira les explications de la procédure du JLD et des autres démarches à venir, Monsieur X demandera quel discours adopter pour pouvoir sortir de l'hôpital.

Il paraît important après ce premier mois d'hospitalisation de nous intéresser au questionnement logique de l'équipe soignante sur la moralité et les capacités de jugement du patient. En effet les attitudes de Mr X, d'une grande froideur affective tout en étant dans la séduction avec certains membres de l'équipe et ne critiquant pas une seule fois les actes dont il est responsable engendrent certaines réactions contre transférentielles, en rapport avec un vécu imprégné d'une personnalité narcissique que l'on commence à nettement apercevoir. L'arrivée bruyante du patient, nécessitant l'intervention d'une quinzaine de personnes, forces de l'ordre et soignants confondus, a eu pour conséquence des réactions d'angoisse compréhensibles de la part de l'ensemble du personnel soignant de la structure hospitalière. Il tenait alors des propos de « grande puissance » dans son corps, et avait les yeux injectés de sang selon le médecin qui l'a vu alors. La variabilité de ses propos et de son discours en fonction de l'interlocuteur soulève également nombre de questions des soignants qui peuvent l'observer. Il peut dans la même journée nier totalement les faits lors d'un entretien infirmier, et expliquer avoir agressé son cousin et avoir peur de devoir faire de la prison lors d'un autre entretien une heure plus tard. Les propos sont la plupart du temps très ambivalents. Dans ce contexte beaucoup de membres de l'équipe, opéreront à leur tour un clivage et seront convaincu qu'il s'agit d'un grand manipulateur, remettant en question les manifestations psychopathologiques les plus patentes. Malgré une symptomatologie associant un petit automatisme mental, une adhésion aux idées délirantes antérieures et un trouble du jugement rappelant une abolition plus que probable du discernement au moment des faits, les éléments de personnalité pathologique, la froideur quant à l'homicide, la fixité du regard du patient et la violence des actes dont il est accusé engendrent des contres attitudes parmi les soignants. Le praticien qui suivait ce patient demandera d'ailleurs à l'un de ses confrères de prendre le relais. De plus le patient sollicite très régulièrement les équipes aussi bien pour des questions d'amélioration de confort personnel que pour des conseils pour « pouvoir s'en sortir ». Il essaye également de deviner leurs pensées lors des divers contacts avec l'équipe. Il paraissait important d'évoquer ici le ressenti des personnes ayant pris en

charge Mr X, devant une attitude de toute puissance, des propos souvent dérangeants et une agressivité latente chez un patient décrit par ses proches comme impulsif et parfois violent.

Décembre 2011

Il persiste une absence de sens moral dans l'ensemble, et on ne retrouve aucune critique de sa situation actuelle « je veux rentrer chez moi ». Il nous dira alors être « victime de magie noire par le téléphone quelques jours avant », et ce sans réaction émotionnelle. Il dira donc avoir reçu un appel téléphonique avant les faits durant lequel une connaissance lui aurait parlé en arabe. Il avouera alors penser à de la sorcellerie, évoquant un probable rationalisme morbide.

On notera quelques moments de mobilisation émotionnelle avec une tristesse furtive à l'évocation de l'éloignement de sa famille. Le patient quant à lui nous dira avoir un esprit « plus libre et détendu ». On pourra repérer des éléments d'hypertrophie du Moi, avec une recherche permanente d'ascendant sur autrui. Il ne nomme jamais ses proches, que ce soit ses amis ou sa famille, marquant un symbole de possession systématique « ma femme », « mes enfants ». On le citera aussi « vous m'avez donné des médicaments pour me faire signer », « si j'arrive à montrer que ce n'est pas moi qui ai tué mon cousin, je porte plainte ! », « qui est le big boss ici ? », « qui décide ici ? ». Il est également de manière permanente à la recherche d'amélioration de son confort.

Dans le même temps, avant le transfert prévu en Unité pour Malades Difficiles (UMD) nous avons eu l'occasion de rencontrer la famille de Mr X, en particulier ses parents. Leur attitude paraissait d'ailleurs clairement en décalage avec la réalité. Nous avons pu observer une mère surprotectrice, nous demandant à plusieurs reprises comment « faire sortir » son fils au plus vite, en voulant lui « éviter la prison ». Ils ont d'ailleurs, lors de cette rencontre, minimisé la gravité de l'événement au prétexte que les parents de la victime « lui ont pardonné ». La mère du patient était beaucoup plus présente lors de cette rencontre, le père restant effacé derrière cette dernière. Il ponctuait uniquement l'entretien en prenant la parole afin de faire quelques plaisanteries grivoises sur les infirmières de l'établissement.

Transfert en UMD le 20 décembre 2011

Certificat de situation à son arrivée : Le patient reconnaît les faits. Son transfert est motivé par une impulsivité latente, un manque de moyens de sécurité dans l'hôpital d'origine et par un éloignement géographique suite à l'émoi provoqué sur la commune.

Retour sur l'homicide dans un contexte de décompensation psychotique largement favorisé par une intoxication cannabique.

A son arrivée, on n'observe ni éléments délirants, dissociatifs, ni troubles thymiques. Un isolement initial est décidé pour observation devant un patient calme mais « imprévisible » selon l'équipe. Par la suite Mr X cherchera les limites du cadre mais de manière acceptable.

Certificat mensuel Janvier 2012 :

Le patient minimise l'intensité du passage à l'acte, exprime une certaine culpabilité avec cependant de la distance, évoquant un doute sur une dissociation affective.

Consultation psychologique de février 2012

Testé au point de vue cognitif. On retrouve une intelligence dans la norme avec un résultat de 22 au fNART (version française du National Adult Reading Test).

La stabilité psychologique reste difficile à évaluer du fait de l'absence de communication dans les activités quotidiennes. Le patient est également sélectif avec son entourage au niveau relationnel.

Collège constitué de 3 professionnels (2 psychiatres et 1 cadre de santé) du 27/02/2012 :

Mr X reconnaît les faits mais minimise l'intensité du passage à l'acte, exprime verbalement une culpabilité mais avec une distance voire une froideur par rapport aux événements s'apparentant à une dissociation idéo affective. Il reconnaît les bienfaits du traitement antipsychotique. L'évolution clinique est favorable mais trop

récente, avec une dangerosité potentielle orientant les soins vers une poursuite de l'hospitalisation en UMD.

On note en Mars 2012 l'apparition d'un retrait psychomoteur avec aboulie, posant la question d'une possible émergence d'affects dépressifs, avec la crainte d'un passage à l'acte auto agressif.

Certificat mensuel Mars 2012 :

Pas de changement significatif de la symptomatologie en dehors d'un ralentissement psychomoteur et d'une perte de l'élan vital.

Certificat mensuel Avril 2012 :

Mr X exprime un sentiment de culpabilité ainsi que l'émergence d'affects dépressifs. On retrouve une bonne compliance au traitement et un bon insight.

Observation médicale d'avril 2012 :

L'évolution laisse perplexe le personnel soignant. En effet ils ne peuvent évoquer à proprement parler de dangerosité depuis l'admission, mais davantage un émoussement affectif, possiblement en rapport avec une réémergence d'un syndrome dissociatif. Pourtant le patient montre une certaine adaptation à la réalité quand on le sollicite.

Observation psychologique Mai 2012 :

Résultats du test passé en avril, inventaire de personnalité de MILLON : retrouve une personnalité dépendante avec dépendance affective et difficulté concernant les prises de décision. Ce résultat est très significatif. On ne note aucun syndrome ni trouble de personnalité sévère.

Certificat mensuel Mai 2012 :

Pas de modification notable.

Commission du suivi médical du 11/01/2012 :

Retour sur l'anamnèse et la rupture de suivi au CMP après un an de suivi à ses 18 ans.

Observations de l'équipe sur les premières semaines d'hospitalisation avec des bizarreries de contact, quelques hallucinations intrapsychiques à minima et une tristesse de l'humeur, améliorés suite à une adaptation thérapeutique.

On retrouve encore une froideur à l'évocation du passage à l'acte avec cependant une certaine culpabilité. Mr X dit alors qu'il avait repris le cannabis depuis un an lors des faits.

La conclusion de la commission va en faveur d'un retour sur le secteur d'origine pour la suite des soins.

Réintégration le 29 mai 2012

Monsieur X est calme, tient un discours adapté et cohérent et se réjouit du rapprochement familial.

Eléments de tristesse de l'humeur à l'évocation du meurtre de son cousin. Reconnaît alors les actes et ses troubles mentaux. Il s'interroge alors sur son avenir. Il n'existe plus de syndrome hallucinatoire, pas d'idées délirantes retrouvées.

Les visites seront par la suite autorisées.

Le comportement du patient ira alors dans le sens d'un isolement volontaire fréquent vis à vis des équipes soignantes, tout en demandant des activités et ateliers thérapeutiques. On notera une pauvreté fantasmatique avec une grande difficulté à se projeter. Il verbalisera très peu et on retrouvera des éléments en faveur d'une alexithymie.

On ne notera pas d'éléments dépressifs et pas d'idéations suicidaires.

Il adhèrera aux soins de manière adaptée et dira s'ennuyer. Il montrera un désir d'avancer sur le plan judiciaire. Il sera informé en juillet 2012 de la demande de maintien de SPDRE, du diagnostic retenu (épisode psychotique aigu sous l'influence de cannabis) et de la nécessité d'un suivi psychiatrique avec la poursuite d'un

traitement antipsychotique et le maintien de l'arrêt du cannabis. Le patient acceptera un suivi dans le cadre du CMP. La poursuite des soins en SPDRE se fera dans le but de parachever la prise en charge psychothérapique et institutionnelle pour être levée ensuite devant l'adhésion aux soins du patient.

L'amélioration de son état lui permettra d'affronter le système judiciaire.

Juillet 2012 : entrée à la maison d'arrêt de Sequedin

Courrier de liaison de Juin 2013 :

A son arrivée dans le service, Mr X est décrit comme froid et détaché au niveau du contact, alexithymique avec une fixité du regard. Un sentiment de culpabilité croit les mois suivants, sans fléchissement thymique franc.

Les dernières semaines d'incarcération, le patient se montre calme et adapté, avec un discours spontané cependant pauvre, et laissant le doute parfois à une dissociation affective discrète.

Il semble selon l'équipe avoir pris conscience de la nécessité du maintien d'une abstinence totale en cannabis et autres toxiques. Il appréhende calmement le délibéré du 7 juin 2013.

Reconnu irresponsable pénal le 7 juin 2013

Le patient a fait l'objet de deux expertises psychiatriques.

Les premiers experts ont conclu que l'examen révélait des symptômes de psychose schizophrénique chronique s'étant initialement manifestés à l'âge de 19 ans, et que l'infraction reprochée est en relation avec le trouble psychotique. Ils ont également conclu que le sujet présente un état dangereux du fait de la persistance de son état psychotique et qu'il perçoit de manière incomplète la gravité des faits reprochés. Le sujet n'est donc pas accessible à une sanction pénale et qu'il était atteint au moment des faits d'un trouble psychotique ayant aboli son discernement et le contrôle de ses actes.

Les seconds experts ont conclu que le patient ne présentait pas de troubles psychopathologiques prégnants, qu'aucun élément relevé ne permettait d'évoquer une structuration psychotique ni schizophrénique de la personnalité. Ils concluent que l'infraction reprochée semblait être en relation avec des troubles psychotiques aigus, déclenchés ou favorisés par l'usage de cannabis. Ils mentionnent également que le risque de récurrence est dépendant de son risque d'un nouvel usage toxicomaniaque, et qu'il présentait au moment des faits un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement et le contrôle de ses actes.

Conclusion de la cour d'appel concernant l'irresponsabilité pénale :

Les 4 experts ayant examiné le patient à différents moments de la procédure s'accordent à constater qu'il présentait au moment des faits un trouble psychotique aigu ayant aboli son discernement et le contrôle de ses actes.

Conclusion de la cour d'appel concernant l'hospitalisation d'office :

Les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes.

Au regard du trouble à l'ordre public résultant de l'extrême gravité des faits, l'admission en soins psychiatriques doit être ordonnée sous la forme d'une hospitalisation complète pour la protection des tiers et de lui-même en vertu de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique (7) et des articles 122 (8) et 706-135 du Code de Procédure Pénale (CPP) (9)

Nouvelle hospitalisation en SPDRE en juin 2013, en application des articles L3213-7 du CSP ou 706-135 du CPP à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du Code Pénal et concernant les faits punis d'au moins 5 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes et d'au moins 10 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens, pour soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état en date du 7 juin 2013.

Juin 2013 : retour de la maison d'arrêt

On ne retrouve pas de syndrome dépressif, pas d'hallucination, pas d'automatisme mental. Le patient est plus ou moins en état de sidération, ne réalise pas réellement ce qui lui arrive. Les soignants décident alors de poursuivre la même thérapeutique, et de continuer les isolements de nuit.

Il n'existe ni troubles du comportement ni symptomatologie d'allure psychotique. Monsieur X dit regretter les faits qui lui sont reprochés et accepte la décision de période d'observation en milieu hospitalier dans le cadre de la poursuite de SPDRE. Des visites sont autorisées pour ses enfants à raison de 2 fois par semaine avec sa compagne. Il existe une bonne participation aux activités mais une difficulté à entrer en relation avec l'équipe. Une discussion est entamée à propos de l'initiation de ZYPADHERA.

Juillet 2013 :

Pas de changement notable dans le comportement en dehors d'un meilleur contact avec les infirmiers. Les visites sont élargies (parents).

Aout 2013 :

Le ZYPADHERA est instauré et bien toléré.

Septembre 2013 :

Il existe toujours une bonne participation aux activités. On ne retrouve toujours pas de recrudescence de troubles psychotiques. Une première permission est accordée. Dans le cadre du programme de soins, des sorties autorisées avec accompagnement de soignants 3 demi journées par semaine dans le cadre d'activités thérapeutiques.

Concernant le traitement, le patient le connaît et l'accepte mais éprouve une certaine difficulté à comprendre l'intérêt et à expliquer l'objectif.

Octobre 2013 :

Le patient revient sur ses consommations de cannabis lors d'un entretien. Il aurait commencé à l'âge de 15 ans jusqu'à ses 20 ans (1ère décompensation) à visée anxiolytique. Monsieur X est informé sur les différentes étapes concernant les soins à venir, c'est à dire une sortie accompagnée de moins de 48 heures au domicile des parents dans un premier temps, ensuite viendra la demande de programme de soins selon l'article du CSP L3211-12-1 II (10) avec des permissions régulières.

Novembre 2013 :

Le patient évoque sa séparation d'avec la mère de ses enfants. Apparemment le contact était déjà difficile avant les faits ayant mené à l'hospitalisation et la séparation aurait été décidée durant son hospitalisation en UMD.

Décembre 2013 :

Les permissions en famille se déroulent correctement. Le patient est allé pour la première fois sur la tombe de la victime : « c'était marrant mais je devais le faire ».

Il commence à se projeter dans l'avenir. Le programme de soins s'élargit à une journée de plus par semaine.

Janvier 2014 :

Monsieur X a pour projet de travailler sur son insertion professionnelle. Il n'y a toujours pas de manifestation psychotique. Les permissions se déroulent bien et les toxiques urinaires sont systématiquement négatifs. Une discussion est entamée concernant un nouvel élargissement du programme de soins (une demi journée) afin d'effectuer des démarches administratives et professionnelles.

Février 2014 :

Bonne évolution, y compris sur les informations à donner à ses enfants sur les faits ayant motivé l'hospitalisation. Un relai est également effectué du ZYPADHERA vers le XEPLION associé à du RISPERDAL per os. En effet le risque de prise de poids imputable au traitement motive ce changement de molécule. Il nous faut rappeler qu'à son arrivée dans le service en novembre 2011, le patient pesait aux alentours de 140kg. La perte de poids progressive et durable lors de l'hospitalisation via un régime équilibré et quelques activités physiques risquait d'être compromise.

Mars 2014 / Avril 2014 :

Un transfert dans l'unité de soins dite « ouverte » est décidé. Le RISPERDAL per os est diminué.

Mai 2014 :

Le patient raconte une confrontation lors d'une permission avec des amis consommant du cannabis. L'abstinence se poursuit.

Le collège se réunit et se dit favorable à l'extension des sorties avec une nuitée dans la semaine.

Juin / Juillet 2014 :

Elargissement de nouveau du programme de soins avec une demi-journée supplémentaire.

Aout 2014 :

Bonne évolution, un travail sur l'empathie est initié, le patient continuant de fréquenter la famille de la victime. La projection professionnelle devient difficile.

Septembre 2014 :

On note un très bon investissement des activités thérapeutiques. Monsieur X a le sentiment que les choses n'avancent pas très vite. Il poursuit ses démarches (recherche formation, inscription ANPE).

Octobre 2014 :

Le patient évoque toujours la réinsertion professionnelle, des extensions du programme de soins étant prévues afin de faciliter ses démarches. Il bénéficie également de ses week-ends au domicile de ses parents.

Novembre 2014 :

Devant le bon déroulement des soins et le respect strict des conditions du programme de soins, une demande de sortie d'hospitalisation est faite, avec des rendez vous médicaux hebdomadaires avec toxiques urinaires, des rendez vous infirmiers hebdomadaires au CMP et des rendez vous bimensuels avec une assistante sociale pour les démarches professionnelles.

3) Evolution clinique

Le patient a commencé son hospitalisation juste après l'homicide en novembre 2011. Il est actuellement en aout 2016 toujours suivi de manière régulière dans la structure qui l'a accueilli. Il existe donc plusieurs années de recul qui nous ont permis de poser un diagnostic le plus adéquat possible.

Nous allons revenir sur l'évolution clinique de Mr X.

Les premières semaines sont caractérisées par une agitation importante avec des éléments délirants tels un automatisme mental et la présence d'une adhésion au

délires, accompagnée d'un déni des faits et de troubles du comportement avec provocation. Puis le patient reconnaît relativement rapidement les faits. Dès janvier 2012 les symptômes en faveur d'une pathologie psychotique disparaissent, en dehors de la persistance d'un doute sur une dissociation idéo-affective. En effet malgré la reconnaissance de sa culpabilité, le patient continue à minimiser le passage à l'acte, l'évoquant avec une certaine froideur. En mars et avril 2012, on retrouve un retrait psychomoteur et une tendance au repli avec une culpabilité exprimée. L'ensemble de l'équipe redoute alors un éventuel passage à l'acte auto-agressif. Le seul symptôme à ce moment de la prise en charge, et parfois encore à ce jour, qui laisse perplexe le personnel est représenté par un émoussement affectif qui caractérise le patient. En juin 2012, Mr X commence à se projeter et se pose beaucoup de questions concernant son avenir professionnel. Aucun syndrome hallucinatoire ou idées délirantes ne sont perçus. Le patient a tendance à s'isoler volontairement de l'équipe infirmière et dit s'ennuyer.

Viendra ensuite l'incarcération à Sequedin et le jugement qui le reconnaît irresponsable pénal. Les éléments cliniques provenant de son séjour restent dans le même ordre symptomatologique, à savoir une froideur affective, un détachement important quant aux faits, une fixité du regard et des éléments en faveur d'une alexithymie. Il persiste alors un doute sur une possible dissociation idéo-affective. Il n'existe aucune autre manifestation d'ordre psychotique.

Son retour en SPDRE dans la structure initiale en juin 2013 montre une anxiété importante et un patient plus ou moins sidéré, cependant heureux de se rapprocher géographiquement de sa famille. Au cours de l'été 2013, le contact s'améliore progressivement avec l'équipe soignante, la participation aux activités thérapeutiques est adaptée. Mr X démontre une bonne connaissance de ses traitements, malgré une interrogation sur le pourquoi et le but de celui-ci. Le programme de soins débute alors en septembre 2013 avec un élargissement progressif sur l'extérieur. Sa présence sur la tombe de son cousin en décembre 2013, à son initiative, montre une acceptation et un patient plus dans la réalité. Il en parlera comme d'un moment étrange mais dira « je devais le faire ». Il se projette dans l'avenir mais n'est alors pas conscient des difficultés qu'il rencontrera.

En janvier 2014, l'abstinence au cannabis se poursuit, les toxiques urinaires restent négatifs, malgré un contact en mai 2014 avec d'anciens amis

consommateurs. En février a lieu le relais ZYPADHERA – XEPLION et RISPERDAL per os devant un début de prise de poids.

Novembre 2014 marque la fin de l'hospitalisation complète et la poursuite d'une prise en charge dans le cadre du programme de soins.

Commence alors le suivi médical hebdomadaire avec toxiques urinaires, le suivi infirmier hebdomadaire au CMP et le suivi social bimensuel. Il est d'emblée informé de la nécessité d'un respect strict du programme de soins et d'une abstinence totale, le non respect de ces consignes entraînant de facto une ré-hospitalisation complète. En octobre 2014, Mr X a pour projet de reprendre une activité dans l'immobilier en tant qu'auto entrepreneur, mais apprend qu'il doit pour cela fournir un extrait de casier judiciaire. Il voit régulièrement ses enfants et rythme ses journées en fonction de leurs emplois du temps. Il garde un bon contact avec la mère de ces derniers, dont il est séparé. Il se pose également la question d'un logement propre, pensant pouvoir le financer avec le RSA qu'il perçoit et en espérant bénéficier de l'aide pour le logement (APL). Il dit également vouloir refaire sa vie avec quelqu'un, chose selon lui incompatible avec le fait de vivre chez ses parents. Il demandera par la suite une diminution des rendez vous infirmiers, « ça sert à rien » « sauf voir si y'a pas de signes de décompensation ». Il reste euthymique, n'exprime pas d'anxiété et continue régulièrement la pratique d'activités sportives. Il persiste cependant des inquiétudes concernant l'avenir professionnel. Il pose aussi quelques questions concernant le suivi « je comprend pas toujours ce que je dois dire aux soignants ». Il parle du cannabis en évoquant les faits « pas de chance peut être », « il y a des gens, le cannabis ça leur va, moi ça me va pas ». Monsieur X nous parle toujours des projets de logement et professionnels qu'il a, mais est vite désespéré devant les démarches et les délais. On retrouve donc une certaine rigidité de la pensée. Il finira par mettre en suspens son projet de logement.

En janvier 2015, il revient sur les relations qu'il entretient avec son entourage. Il verbalise alors une autocritique de son caractère et de ses réactions avant le passage à l'acte. Toute la période du début de l'année 2015 montre la persistance d'une stabilité clinique, avec un contact adapté et l'absence d'éléments délirants. Le patient demande à faire une formation sur Paris, quelques jours sur l'immobilier, formation acceptée dans le cadre du programme de soins. Il prendra alors quelques contrats et s'investira de manière adaptée dans ce projet, mais rencontrera toujours des difficultés à aboutir à des ventes.

L'ensemble de ces données, restant sensiblement les mêmes jusqu'à aujourd'hui avec la poursuite d'une activité professionnelle dans l'immobilier.

On retrouve donc une abstinence totale en ce qui concerne les divers toxiques qu'il avait pour habitude de consommer, en particulier le cannabis. La compliance au programme de soins et au traitement est totale et sur les 3 années de recul on ne retrouve aucune manifestation d'ordre psychotique, aucun élément délirant, et aucun trouble du comportement. C'est avec ce recul et ces données que l'on peut définitivement éliminer un diagnostic de schizophrénie. Mais le maintien du programme de soins et du traitement par XEPLION se justifie ici devant un patient nécessitant une vigilance particulière concernant la prévention d'une rechute de sa consommation de cannabis du fait de la gravité des actes qu'il a commis sous son influence, et devant des éléments de personnalité que nous allons développer par la suite.

4. DISCUSSION

I. Pharmacopsychose, psychose aiguë ?

Il paraît nécessaire, avant de pouvoir poser un diagnostic approprié, de redéfinir le plus clairement possibles les différentes entités que peuvent évoquer ce cas clinique. La définition de ces termes peut se voir dans deux sens : en prenant en premier lieu les éléments d'allure psychotique, ou en considérant d'abord la substance responsable. En effet, la nature du diagnostic aura plusieurs conséquences, que ce soit au niveau thérapeutique, pronostic et au niveau de la réintégration sociale. Nous reprendrons donc les définitions de la Bouffée délirante aiguë (BDA), de l'épisode psychotique bref ou aigu, et de la pharmacopsychose, tels qu'ils sont décrits dans les DSM IV et V, dans la CIM 10 et pour certains par l'INSERM.

A. Bouffée délirante aiguë

C'est en 1880 qu'apparaît pour la première fois la notion de « bouffée délirante » dans le courant de l'école française de psychiatrie (Magnan). Ce dernier la décrit comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein » en 1883. Elle permettra de distinguer les affections caractérisées par « un délire sans conséquences, sinon sans lendemain » des psychoses confusionnelles et des délires.

Elle sera oubliée par la suite, voyant ses limites se confondre avec la confusion mentale d'une part et avec d'autres épisodes psychotiques d'autre part. Elle fera son retour dans les années 1930 pour être reprise de manière pérenne, et imposée par Henry EY. Elle trouvera donc sa place nosographique de manière internationale sous le terme de « trouble psychotique aigu et transitoire ».

On peut la décrire comme suit : Affection d'apparition brutale, accompagnée d'un délire polymorphe, d'hallucinations psychosensorielles surtout acoustico-verbales, et d'un automatisme mental. Elle est donc caractérisée par la soudaineté du début, le polymorphisme du délire, la labilité de l'humeur qui l'accompagne, la note confusionnelle, l'absence de symptômes physiques et la résolution rapide de l'accès.

C'est une pathologie de l'adulte jeune touchant plus les femmes que les hommes.

L'évolution est connue par certains sous la règle des 3 tiers : un tiers de résolution rapide, un tiers d'apparition de troubles de l'humeur, troubles bipolaires, et un tiers de chronicisation sous la forme de troubles psychotiques au long cours.

Sa prise en charge consiste dans la majorité des cas en un traitement par neuroleptiques pour une période allant de 6 à 18 mois (11)

On peut également ajouter que le terme de « psychose aiguë » ne figure plus dans les classifications actuelles. Les systèmes actuels comprennent cependant des catégories diagnostiques qui correspondent au concept de psychose aiguë, c'est à dire un concept de trouble psychotique à début brusque, à évolution rapide et à durée limitée dans le temps.

Nous exposerons donc dans un premier temps les critères empiriques français des bouffées délirantes :

- A. Idées délirantes, caractérisées par chacun des suivants :**
1. Une survenue brutale : en moins de 48 heures
 2. Une multiplicité de thèmes et de mécanismes délirants (délire polymorphe)
 3. Une absence d'organisation sur un thème prévalent ou sur une série de thèmes apparentés
- B. Un bouleversement psychique, sans désorientation temporo-spatiale, caractérisé par au moins 3 des suivants :**
- a) des changements soudains d'une réaction émotionnelle à une autre, par exemple passage d'une angoisse à la colère
 - b) des changements soudains d'une humeur dysphorique à une autre, par exemple passage d'une euphorie à la dépression
 - c) des changements soudains d'un comportement psychomoteur à un autre, par exemple passage d'une agitation à la prostration
 - d) une dépersonnalisation : altération de la perception ou de la conscience de soi ou/et une déréalisation : altération de la perception et de la conscience du monde extérieur
 - e) des hallucinations ou des perceptions inhabituelles de n'importe quel type
- C. Disparition des manifestations pathologiques citées sous A et B et retour complet à l'état prémorbide en moins de 2 mois.**
- D. Absence, dans les antécédents, de tout trouble psychotique (affectif ou non-affectif) autre qu'une ou plusieurs bouffées délirantes éventuelles.**
- E. Non dû à un trouble mental organique, un alcoolisme ou un abus de drogues.**
- F. Formes cliniques :**
- Bouffée délirante authentique du type Magnan**
- a) répond aux critères de bouffée délirante
 - b) absence d'un facteur de stress démontrable précédant la survenue des troubles
- Bouffée délirante réactionnelle**
- a) répond aux critères de bouffée délirante
 - b) présence d'un facteur de stress démontrable précédant la survenue des troubles
- G. Non dû à une psychose maniaque ou dépressive.**

Tableau 8. Critères empiriques français des bouffées délirantes.

D'après Pull et Pichot, 1987 (12)

- DSM IV :

On retrouve la BDA apparentée au terme de trouble psychotique bref, mais non en tant qu'entité à part entière. Elle figure cependant dans l'annexe sous ces termes :

Bouffée délirante : Syndrome observé en Afrique de l'Ouest et à Haïti. Ce terme français fait référence à une explosion brutale d'un comportement agité et agressif, d'une confusion marquée, d'une agitation psychomotrice et est parfois accompagné d'hallucinations visuelles et auditives ou d'idéation persécutoire. Ces épisodes peuvent ressembler à un épisode de Trouble psychotique bref.

- DSM V :

De même que dans le DSM IV, le terme de bouffée délirante n'apparaît pas en tant qu'entité à part entière. On retrouve cependant le concept de trouble psychotique bref.

- CIM 10 :

La CIM 10 décrit « les troubles psychotiques aigus et transitoires » que nous verrons par la suite.

B. Psychose aiguë

- DSMIV :

D'après les auteurs, le terme « psychotique » a connu de nombreuses définitions, dont aucune n'a été acceptée universellement.

Le terme « aigu » est, de manière générale, utilisé dans trois conditions : le début brusque voire brutal, l'évolution rapide vers une amélioration rapide ou une aggravation rapide du trouble, et enfin la durée brève ou prolongée, avec un retour ou non à l'état prémorbide. Or dans le DSM IV le terme « aigu » n'est utilisé ni pour caractériser les modalités d'un trouble psychotique ni pour caractériser son évolution ou sa durée. Il n'est cependant pas absent du DSMIV.

Cette classification ne comporte donc aucune catégorie appelée trouble psychotique aigu ou psychose aiguë. Le DSMIV comporte cependant la description d'un trouble psychotique dont le début est brutal et dont l'évolution se fait vers la guérison en moins de 1 mois : le trouble psychotique bref. Il comprend également la description d'un trouble avec un début « brusque ou insidieux » et dont la définition implique qu'il ne persiste pas au delà de 6 mois : le trouble schizophréniforme.

Critères de classification des troubles psychotiques aigus :

Ils sont individualisés sur la base de leur durée : épisode psychotique bref persiste au moins 1 jour mais moins de 1 mois, trouble schizophréniforme persiste au moins 1 mois mais moins de 6 mois.

Il existe 3 spécifications :

1) « avec facteurs de stress marqués » c'est-à-dire que les symptômes surviennent après des événements qui produiraient un stress marqué chez les sujets.

2) « sans facteurs de stress marqués » expliquant que les symptômes ne sont pas survenus après des événements produisant un stress marqué

3) « avec début dans le post partum » expliquant que les symptômes sont apparus dans les 4 semaines qui suivent un accouchement.

Diagnostic différentiel

On ne peut faire un diagnostic de trouble psychotique si la perturbation est mieux expliquée par :

- une affection médicale, une grande variété d'affections médicales pouvant comporter des symptômes psychotiques de courte durée
- un trouble psychotique induit par une substance ou une intoxication par une substance
- un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques

Or dans le cas clinique présenté dans ce travail, il existe bel et bien une consommation importante de substance psychoactive, en l'occurrence de cannabis, concomitante aux éléments cliniques retrouvés. On ne parlera donc pas d'épisode psychotique bref sous cannabis mais, comme nous le verrons par la suite, de trouble psychotique induit par une substance.

Description des troubles

■ Critères diagnostiques du F23.8x [298.81 Trouble psychotique bref

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants :

- (1) idées délirantes
- (2) hallucinations
- (3) discours désorganisé (c.-à-d. coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

N.-B. : Ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une réaction culturelle-ment admise.

B. Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins 1 jour, mais moins d'1 mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, un Trouble schizo-affectif, ou une Schizophrénie et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

(suite)

□ **Critères diagnostiques du F23.8x 1298.81**
Trouble psychotique bref (suite)

Spécification :

.81 Avec facteur(s) de stress marqué(s) (psychose réactionnelle brève) : si les symptômes surviennent peu de temps après — et apparemment en réaction à — des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.

.80 Sans facteurs(s) de stress marqué(e) : si les symptômes psychotiques *ne surviennent pas* peu de temps après — ou ne sont pas apparemment réactionnels à — des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.

Avec début lors du post-partum : si les symptômes surviennent dans les 4 semaines du post-partum.

Le trouble psychotique bref comporte donc les mêmes symptômes que ceux de la schizophrénie sans inclure les symptômes négatifs. On retrouve les symptômes « bruyants » qui sont inclus dans la schizophrénie sans les notions de repli sur soi.

Le trouble psychotique bref inclut les troubles psychotiques de courte durée, sans se soucier de leurs conditions de survenue et le trouble schizophréniforme décrit des symptômes identiques à ceux de la schizophrénie.

- DSM V :

Les critères sont à peu de chose près exactement les mêmes que pour le DSM IV (trouble psychotique bref 298.8). Ne sont ajoutées que les spécifications avec ou sans catatonie, et cotation de la sévérité selon les symptômes psychotiques primaires chacun côté sur une échelle de 5 points allant de 0(absent) à 4 (présent et grave). A savoir également qu'un diagnostic de trouble psychotique bref peut être posé sans utiliser la spécification de la sévérité.

- CIM 10 :

Selon les auteurs de la CIM10, le terme « psychotique » reste un terme « descriptif commode », employé dans l'intitulé de la catégorie F23.

Quant au terme « aigu », dans la CIM10 il est utilisé pour caractériser le début brusque d'un trouble sans préjuger de l'évolution ultérieure.

Dans cette nosographie, les « données actuelles » ne permettent pas de classer de manière définitive les troubles psychotiques aigus. Elle propose cependant 3 critères pour les appréhender (13) :

- * la modalité de début (brutal = moins de 48 heures, aigu = moins de 2 semaines)
- * la présence d'un syndrome typique
- * la présence ou l'absence d'un facteur de stress aigu

La CIM 10 individualise 4 troubles psychotiques aigus et transitoires spécifiques et pour chacun de ces troubles, elle donne une description précise ainsi que des directives pour poser le diagnostic.

F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires
G1. Survenue aiguë d'idées délirantes, d'hallucinations, d'un discours incompréhensible ou incohérent, ou d'une combinaison quelconque de ces symptômes. L'intervalle de temps entre la première apparition de ces symptômes psychotiques et leur développement complet ne doit pas dépasser deux semaines
G2. Si des états transitoires de perplexité, une désorientation ou des altérations de l'attention ou de la concentration sont présents, ils ne répondent pas aux critères d'une obnubilation de la conscience d'étiologie organique
G3. Le trouble ne répond pas aux critères symptomatiques d'un épisode maniaque, d'un épisode dépressif, ou d'un trouble dépressif récurrent
G4. Absence d'éléments en faveur d'une utilisation récente d'une substance psycho-active, suffisant pour répondre aux critères d'une intoxication, d'une utilisation nocive pour la santé, d'un syndrome de dépendance ou d'un syndrome de sevrage. Une consommation continue modérée et pratiquement stable d'alcool ou d'une autre substance psycho-active, à des doses ou des fréquences auxquelles le sujet est accoutumé, ne fait pas systématiquement éliminer le diagnostic, mais celui-ci doit être discuté en fonction du jugement clinique et des contraintes imposées par le projet de recherche en question.
G5. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Absence d'éléments en faveur d'un trouble mental organique ou d'un trouble métabolique important touchant le système nerveux central (les troubles décrits sous F23 peuvent toutefois survenir après un accouchement)

Tableau 1. Critères diagnostiques généraux des troubles psychotiques aigus et transitoires (CIM-10)

On retrouve dans le tableau suivant les critères des troubles spécifiques.

<p>F23.0 Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques</p> <p>A. Répond aux critères généraux des troubles psychotiques aigus et transitoires (F23).</p> <p>B. La symptomatologie change rapidement, à la fois de forme et d'intensité, d'un jour à l'autre ou d'un moment à l'autre dans une même journée.</p> <p>C. Présence d'hallucinations ou d'idées délirantes de n'importe quel type, pendant au moins plusieurs heures, à n'importe quel moment depuis la survenue du trouble.</p> <p>D. Symptômes d'au moins deux des catégories suivantes, survenant au même moment :</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) bouleversement émotionnel caractérisé par des sentiments intenses de bonheur ou d'extase, ou par une anxiété incontrôlable ou une irritabilité importante.</p> <p style="padding-left: 40px;">(2) perplexité, ou trouble de la reconnaissance des lieux ou des personnes.</p> <p style="padding-left: 40px;">(3) motricité nettement augmentée ou diminuée.</p> <p>E. Si l'un des symptômes des critères G(1) ou G(2) de la Schizophrénie (F20.0-F23) a été présent depuis la survenue du trouble, il a persisté très peu de temps, c.à.d. que le trouble ne répond pas au critère B de F23.1</p> <p>F. La durée totale du trouble ne doit pas dépasser trois mois.</p>

Tableau 2. Critères diagnostiques du trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques (CIM-10)

<p>F23.1 Trouble psychotique aigu polymorphe, avec symptômes schizophréniques</p> <p>A. Répond aux critères A, B, C, et D d'un trouble psychotique aigu polymorphe (F23.0).</p> <p>B. Présence d'au moins un des symptômes des critères G1.(1)a à G1.(2)c de la schizophrénie (F20.0-F20.3), persistant la plupart du temps depuis la survenue du trouble, mais sans que le sujet réponde obligatoirement entièrement à ces critères.</p> <p>C. Les symptômes schizophréniques cités en B ne persistent pas plus d'un mois</p>

Tableau 3. Critères diagnostiques du trouble psychotique aigu polymorphe, avec symptômes schizophréniques (CIM-10)

<p>F23.2 Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique</p> <p>A. Répond aux critères généraux des troubles psychotiques aigus et transitoires (F23).</p> <p>B. Répond aux critères de la schizophrénie (F20.0-F20.3), à l'exception du critère de durée.</p> <p>C. Le trouble ne répond pas aux critères B, C et D du trouble psychotique aigu polymorphe (F23.0).</p> <p>D. La durée totale du trouble ne dépasse pas un mois.</p>
--

Tableau 4. Critères diagnostiques du trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique (CIM-10)

<p>F23.3 Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant</p> <p>A. Répond aux critères généraux des troubles psychotiques aigus et transitoires (F23).</p> <p>B. Présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations relativement stables, ne répondant pas aux critères symptomatiques de la schizophrénie (F20.0-F20.3).</p> <p>C. Le trouble ne répond pas aux critères du trouble psychotique aigu polymorphe (F23.0).</p> <p>D. La durée totale du trouble ne dépasse pas trois mois.</p>

Tableau 5. Critères diagnostiques de "Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant" (CIM-10)

Quelques explications concernant ces dénominations :

- Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique
Survenue aiguë de manifestations psychotiques, présence d'hallucinations ou idées délirantes de plusieurs types, changeant à la fois de nature et d'intensité d'un jour à l'autre.
- Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
Présence d'un tableau polymorphe et instable (comme la catégorie précédente) mais avec des symptômes typiquement schizophréniques présents de façon régulière et persistants moins d'1 mois.
- Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique
Présence de symptômes psychotiques relativement stables répondant aux critères de la schizophrénie mais durant moins d'1 mois.
- Autres troubles psychotiques aigus essentiellement délirants
On retrouve au premier plan du tableau clinique des idées délirantes ou des hallucinations stables mais qui ne répondent pas aux critères de la schizophrénie.

- INSERM :

L'INSERM définissait essentiellement les états aigus dans une catégorie spécifique, distincte des psychoses schizophréniques chroniques et des délires chroniques.

On retrouvait :

0.40 : accès délirant aigu considéré comme schizophrénique, schizophrénie aiguë

0.41 : psychose délirante aiguë, bouffée délirante réactionnelle

0.42 : psychose délirante aiguë, bouffée délirante non classable entre 0.40 et 0,41

C. Pharmacopsychose

Les psychoses pharmacologiquement induites sont classées de manière générale en trois niveaux (14) :

- 1) Les manifestations psychotiques aggravées par la prise de toxiques chez des psychotiques connus
- 2) Les manifestations psychotiques révélées par la prise de toxiques sur une psychose préexistante méconnue
- 3) Les décompensations psychotiques aiguës ou chroniques déclenchées par la prise de toxiques et disparaissant sous traitement.

Nous évoquerons ici les éléments se rapportant aux pharmacopsychoses en relation avec le cannabis. En effet il existe de nombreuses et anciennes données de la littérature, allant de travaux égyptiens de 1235 à nos jours, en passant par les travaux de Moreau de Tours.

On retrouve sous le terme de psychose cannabique des syndromes confusionnels (avec altération des sens tous confondus), des syndromes schizophréniformes et des troubles psychotiques chroniques.

Les troubles schizophréniformes sont représentés par l'association d'un vécu paranoïde de sentiment d'hostilité et de vécu persécutif.

Les troubles psychotiques chroniques associent symptômes négatifs et éléments productifs.

1. Troubles psychotiques induits par une substance

- DSM IV :

On retrouvera les éléments se rapportant au terme de pharmacopsychose sous le terme de « trouble psychotique induit par une substance ».

Dans la partie « caractéristiques diagnostiques » du DSMIV sont distingués les troubles psychotiques induits par une substance et troubles psychotiques primaires :

« On distingue un trouble psychotique induit par une substance d'un trouble psychotique primaire en étudiant le mode de début, l'évolution et d'autres facteurs. Pour les substances donnant lieu à abus, on doit mettre en évidence l'existence d'une dépendance, d'un abus, d'une intoxication ou d'un

sevrage d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires. Les troubles psychotiques induits par une substance surviennent exclusivement en association à des états d'intoxication ou de sevrage, mais ils peuvent persister pendant des semaines, alors que les troubles psychotiques primaires peuvent précéder le début de l'utilisation de la substance ou peuvent survenir pendant des périodes d'abstinence prolongée ».

Le cas de Mr X. décrit un premier épisode délirant dans l'adolescence, mais avec consommation de plusieurs substances à cette période. L'anamnèse ne retrouve pas de troubles psychopathologiques pendant l'enfance ou l'adolescence. Il n'y a pas de notion en particulier de suivi médico-psychologique. Aucune difficulté sur le plan des apprentissages n'est notée. Le patient relate par contre un certains nombres de difficultés scolaire à partir du lycée, période où précisément il commence à utiliser le cannabis. On ne peut donc pas parler de trouble psychotique primaire. Et même si ce fut le cas le DSMIV précise :

« Des antécédents de trouble psychotique primaire n'éliminent pas forcément la possibilité d'un trouble psychotique induit par une substance ».

Diagnostic différentiel

Toujours selon le DSMIV :

« On fera un diagnostic de trouble psychotique induit par une substance plutôt qu'un diagnostic d'intoxication par une substance ou de sevrage à une substance seulement si on estime que les symptômes psychotiques excèdent ceux qui sont généralement associés au syndrome d'intoxication ou de sevrage et si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier une prise en charge clinique indépendante. Les sujets intoxiqués par des stimulants, le cannabis, la mépéridine (opiacé) ou la phencyclidine ou même ceux qui font un sevrage d'alcool ou de sédatifs peuvent éprouver une altération de leurs perceptions (scintillements lumineux, sons, illusions visuelles) qu'ils reconnaissent comme des effets de ces drogues. Si l'appréhension de la réalité reste intacte en ce qui concerne ces expériences (c.-à-d. que la personne reconnaît que la perception est induite par la substance, n'y adhère pas et n'agit pas en fonction d'elle), le diagnostic ne sera pas celui d'un trouble psychotique induit par une substance. Dans ce cas, on portera le diagnostic d'intoxication par une substance ou de sevrage à une substance, avec

perturbation des perceptions (p. ex., Intoxication par la cocaïne, avec perturbation des perceptions) ».

Nous pouvons donc nous orienter, d'après cette nosographie, vers un diagnostic de trouble psychotique induit par une substance, précisément induit par le cannabis.

Description des troubles :

■ **Flx.5 Critères diagnostiques du Trouble psychotique induit par une substance**

- A. Hallucinations ou idées délirantes au premier plan. N. B. : ne pas tenir compte d'hallucinations dont le sujet est conscient qu'elles sont induites par une substance.
- B. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, soit de (1), soit de (2) :
- (1) les symptômes du Critère A sont apparus pendant une Intoxication ou un Sevrage à une substance, ou dans le mois qui a suivi
 - (2) la prise d'un médicament est liée étiologiquement à l'affection
- C. L'affection n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique non induit par une substance. Les manifestations suivantes peuvent permettre de mettre en évidence que les symptômes sont attribuables à un Trouble psychotique non induit par une substance : les symptômes précèdent le début de la prise de substance (ou de la prise de médicament) ; les symptômes persistent pendant une période de temps conséquente (c.-à-d. environ un mois) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère, ou dépassent largement ce à quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type de substance, la quantité prise ou la durée d'utilisation ; ou d'autres éléments probants suggèrent l'existence indépendante d'un Trouble psychotique non induit par une substance (p. ex., des antécédents d'épisodes récurrents non liés à une substance).

(suite)

□ F lx.5 Critères diagnostiques du Trouble psychotique induit par une substance *(suite)*

D. L'affection ne survient pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.

N.-B. : On doit faire ce diagnostic et non celui d'une Intoxication par une substance Ou d'un Sevrage à une substance uniquement quand les symptômes excèdent ceux qui sont généralement associés à une intoxication ou un syndrome de sevrage et quand ils sont suffisamment sévères pour justifier à eux seuls un examen clinique.

codage du Trouble psychotique induit par une substance spécifique :

(F10.51 [291.5] Alcool, avec idées délirantes ; F10.52 [291.3] Alcool, avec hallucinations ; F15.51 [292.11] Amphétamine (ou substance amphétaminique), avec idées délirantes ; F15.52 [292.12] Amphétamine (ou substance amphétaminique), avec hallucinations ; F12.51 [292.11] Cannabis, avec idées délirantes ; F12.52 [292.12] Cannabis, avec hallucinations ; F14.51 [292.11] Cocaïne, avec idées délirantes ; F14.52 [292.12] Cocaïne, avec hallucinations ; F16.51 [292.11] Hallucinogènes, avec idées délirantes ; F16.52 [292.12] Hallucinogènes, avec hallucinations ; F18.51 [292.11] Solvants volatils, avec idées délirantes ; F18.52 [292.12] Solvants volatils, avec hallucinations ; F11.51 [292.11] Opiacés, avec idées délirantes ; F11.52 [292.12] Opiacés, avec hallucinations ; F19.51 [292.11] Phencyclidine (ou substance similaire), avec idées délirantes ; F19.52 [292.12] Phencyclidine (ou substance similaire), avec hallucinations ; F13.51 [292.11] Sédatifs, Hypnotiques ou Anxiolytiques, avec idées délirantes ; F13.52 [292.12] Sédatifs, Hypnotiques ou Anxiolytiques, avec hallucinations ; F19.51 [292.11] Autre substance (ou substance inconnue), avec idées délirantes ; F19.52 [292.12] Autre substance (ou substance inconnue), avec hallucinations)

Spécifier le mode de survenue (vérifier s'il s'applique à la substance considérée en consultant le tableau de la page 209) :

Avec début pendant l'intoxication : répond aux critères d'une intoxication à la substance et les symptômes sont apparus pendant l'intoxication.

Avec début pendant le sevrage : répond aux critères d'un sevrage à la substance et les symptômes sont apparus pendant le syndrome de sevrage ou peu de temps après.

Il est à noter que dans le DSMIV, il existe des sous types et spécifications concernant ce trouble psychotique induit :

Sous-types et spécifications

L'un des sous-types suivants peut être utilisé pour préciser le tableau symptomatique prédominant. En cas de présence simultanée d'idées délirantes et d'hallucinations, coder celles des deux qui sont au premier plan.

Avec idées délirantes. Ce sous-type est utilisé si des idées délirantes constituent le symptôme prédominant.

Avec hallucinations. Ce sous-type est utilisé si des hallucinations constituent le symptôme prédominant.

Le contexte dans lequel se développent les symptômes psychotiques peut être précisé en utilisant les spécifications indiquées ci-dessous :

Avec début pendant une intoxication. Cette spécification doit être utilisée si les critères d'une intoxication par la substance sont remplis et si les symptômes se développent au cours d'un syndrome d'intoxication.

Avec début pendant un sevrage. Cette spécification doit être utilisée si les critères du sevrage de la substance sont remplis et si les symptômes se développent pendant ou peu de temps après un syndrome de sevrage.

On retrouve également une spécification selon le type de substance.

- DSM V :

Les critères sont une fois de plus superposables à ceux du DSM IV TR.

- CIM 10 :

L'OMS définit la pharmacopsychose par la survenue d'un état psychotique imputable à une substance psychoactive. Le trouble psychotique induit ne devant pas durer plus de 6 mois. Le terme de pharmacopsychose ne figure donc pas au sein de la classification de la CIM 10 mais est énoncé en tant que trouble psychotique induit par une substance (F1x.5).

Le terme de pharmacopsychose peut être retrouvé dans plusieurs entités décrites, à la fois en tant qu'épisode psychotique bref (F23.8), décrit précédemment, et à la fois sous le terme de trouble psychotique induit par une substance (F1x.5).

2. Intoxication par le cannabis

On retrouve également dans les différentes classifications des critères se rapportant plus particulièrement au cannabis.

Nous retrouverons en premier lieu les définitions de dépendance, abus, intoxication et sevrage, applicable à chaque substance citée (alcool, amphétamine, caféine, cannabis, cocaïne...).

CF ANNEXE

- DSM IV :

Nous trouvons dans un premier temps les définitions de dépendance et d'abus, superposables à toutes les substances.

Puis viennent les critères d'intoxication.

■ Critères diagnostiques de F12.0x [292.891 L'intoxication au cannabis

- A. Utilisation récente de cannabis.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex., altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation de cannabis.

(suite)

□ Critères diagnostiques de F12.0x 1292.891 L'intoxication au cannabis (suite)

- C. Au moins deux des signes suivants, se développant dans les deux heures suivant l'utilisation de cannabis :
 - (1) conjonctives injectées
 - (2) augmentation de l'appétit
 - (3) sécheresse de la bouche
 - (4) tachycardie

D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier si :

Avec perturbation des perceptions : F12.04

Cette description nous définit les « Troubles liés à l'utilisation du cannabis », c'est à dire la dépendance (304.30) et l'abus (305.20).

La partie utile à l'exposé du cas clinique nous fait donc revenir au chapitre « Troubles induits par le cannabis », incluant :

- l'intoxication au cannabis (292.89)
- le délirium par intoxication au cannabis (292.81)
- le trouble psychotique induit par le cannabis, avec idées délirantes (292.11)
- le trouble psychotique induit par le cannabis, avec hallucinations (292.12)
- le trouble anxieux induit par le cannabis (292.89)
- le trouble lié au cannabis, non spécifié (292.9)

Nous revenons donc aux critères cités précédemment, ceux du trouble psychotique induit par une substance.

- DSM V :

De même, la classification du DSM V reprend les critères de dépendance, abus, intoxication et sevrage à une substance. Nous revenons donc au trouble psychotique induit par une substance.

- CIM 10 :

Il en est de même que pour les DSM ; en commençant une ébauche diagnostique par le biais du cannabis, nous retrouverons les définitions et les critères de dépendance, abus, intoxication et sevrage, pour retrouver par la suite le trouble psychotique induit par la substance.

Après ces nombreuses définitions, nous pouvons donc conclure à un diagnostic plus précis concernant Mr X, c'est à dire un trouble psychotique induit par le cannabis, avec idées délirantes, soit F12.51 (292.11) avec début pendant l'intoxication. Les hallucinations sont également présentes mais moins bruyantes que les idées délirantes, nous faisant, selon le DSM, préférer le diagnostic évoqué ci dessus.

D. Schizophrénie ou non

Nous exposerons ici rapidement les éléments nous permettant d'éliminer cette pathologie, en nous fondant de nouveau sur les éléments nosographiques reconnus de la CIM 10 (15)

Nous retrouverons en annexe les critères de cette classification OMS.

Le patient présente donc à son arrivée un phénomène de vol de la pensée, compris dans le critère 1, une perception délirante de la réalité avec des éléments de persécution, inclus dans le critère 2 mais pas d'hallucinations auditives qui constituent le critère 3. Le critère 4 rappelle les éléments de devinement de la pensée se rapportant à un pouvoir surnaturel que le patient s'approprie, et le critère 5 comportant des hallucinations persistantes, peu importe leur type, n'est pas non plus retrouvé. En ce qui concerne les critères 6 (altération du cours de la pensée et du discours), 7 (comportement catatonique), 8 (symptômes négatifs avec apathie, pauvreté du discours) et 9 (modification globale persistante et significative du comportement), ils ne correspondent pas à la sémiologie du patient.

Concernant les critères d'évolution, les symptômes caractéristiques d'une schizophrénie sont soit, un ou plusieurs critères de 1 à 4, ou, deux ou plusieurs critères de 5 à 8 pendant 1 mois ou plus. Or les éléments tels que les idées délirantes, le devinement de la pensée et autres éléments cités précédemment se sont résolus en moins d'un mois, avant même le transfert en UMD de Mr X. Quant au critère 9 évoquant une modification globale et persistante du comportement, il faut, pour que le diagnostic soit posé, observer ce symptôme pendant au moins 12 mois (pour la schizophrénie simple).

Nous pouvons donc éliminer à l'aide de ces éléments nosographiques une schizophrénie.

Un dernier point est alors à préciser. Le syndrome confusionnel ou confusion mentale représente un diagnostic avec de multiples étiologies ayant toutes un dénominateur commun : une pathologie organique sous jacente. A son arrivée Mr X présentait un état d'agitation important évoquant ce syndrome. Il nous faut donc étudier les critères précis et l'éliminer si nécessaire.

II. Episode psychotique ou confusion mentale

Il est important dans le cas énoncé d'éliminer le diagnostic de confusion mentale, afin de confirmer celui de trouble psychotique induit par le cannabis avec idées délirantes, et ce de manière certaine. En effet les troubles du comportement d'apparition subaiguë et la consommation de substances psychotropes peuvent nous faire penser à une confusion mentale.

La définition de l'OMS (16) (la classification du DSM reprend les mêmes critères) est la suivante (annexes) :

- 3 critères obligatoires :
 - Diminution de l'attention (ou de la vigilance) : le patient réagit avec retard (obnubilation) ou réagit peu aux stimuli extérieurs (questions, bruits...);
 - Désorientation temporelle et/ou spatiale (DTS) : ne sait pas donner la date et le lieu où il se trouve ;
 - Difficultés de mémoire ;
- 2 critères parmi les 4 suivants :
 - Discours incohérent
 - Troubles du cycle veille-sommeil : somnolence diurne, agitation nocturne ;
 - Hallucinations très souvent visuelles (les hallucinations non visuelles étant souvent de cause psychiatrique)

- Fluctuations de l'activité psychomotrice : alternance de périodes où le patient est quasi normal et de période d'agitation ou de prostration avec discours anormal. Le DSM met en avant la désorientation, l'altération de la conscience et les troubles mnésiques. Or nous savons que bien souvent il s'agit de repérer des troubles de la pensée avec des fluctuations trompeuses de l'ensemble des symptômes. Ces derniers peuvent être très variés, variables et parfois légers. On retrouve d'ailleurs des modifications de l'humeur et de l'anxiété, habituellement évocateurs d'un trouble de nature psychiatrique. C'est le cas de la situation des personnes âgées où selon certaines études 32 à 67% des confusions ne sont pas repérées (17)

Ainsi, il existe des échelles utiles à ce diagnostic dans la pratique courante. La plus fréquemment utilisée est la Confusion Assessment method (CAM) (annexes), mise au point en 1990 lors d'une étude de dépistage du syndrome confusionnel en milieu gériatrique. On recherchera alors 9 signes cliniques :

- Début soudain et fluctuation des symptômes ;

- Inattention ;
- Désorganisation de la pensée ;
- Altération de la conscience ;
- Désorientation ;
- Troubles mnésiques ;
- Anomalies de la perception ;
- Agitation psychomotrice ou ralentissement psychomoteur ;
- Perturbations du rythme veille-sommeil.

En reprenant les éléments que nous avons à l'arrivée du patient, et avec l'aide de sa famille, on retrouve une apparition non pas aiguë ou en quelques heures, mais subaiguë, en quelques jours voire semaines. On retrouve donc un comportement anormal fluctuant de manière croissante mais en l'espace de plusieurs jours, ne correspondant pas au critère de confusion mentale. On note cependant des troubles attentionnels, de la concentration et des éléments en faveur d'une pensée désorganisée. En ce qui concerne le niveau de conscience, il oscille entre normal et hyper-réactif. Dès lors, peut se poser chez un adulte, certes jeune mais sous l'emprise de substances psycho-actives, la question des difficultés de repérage face à l'importance de la fluctuation des signes et face aux intrications des registres organiques et psychiatriques. Le risque dans ces situations étant d'ignorer l'un au détriment de l'autre.

Nous reprendrons également les caractéristiques de la confusion mentale d'Henri HEY, que nous pouvons retrouver dans l'étude n°23 (18).

Dans celle-ci Henry HEY reprend les caractéristiques de REGIS. Nous verrons donc ces critères dans l'ordre où ils sont cités dans l'étude n°23.

Mimique :

En effet dans la période d'état de la confusion mentale, on retrouve une mimique particulière dont les traits sont décomposés, avec une impression d'hébétéude et un regard hagard. Cela constitue pour Henri Hey le « masque de la confusion », représentant un véritable symptôme. Ce visage figé le reste même lors de l'expression de sentiments intenses.

Comportement :

Henri HEY décrit le patient confus comme « perdu dans un labyrinthe de tâtonnements, d'essais et d'erreurs », il est "désemparé, se lève et s'arrête, court à la fenêtre, s'arrête, repart ». On observe également des cris, des crises clastiques, ainsi qu'une impulsivité confusionnelle avec parfois des raptus violents.

Caractéristiques :

Plusieurs éléments permettent de parler de confusion mentale. On retrouve les troubles de la pensée, la détérioration temporo spatiale, l'obnubilation de la conscience, la perplexité, les troubles de la mémoire et fausses reconnaissances, le délire onirique (à différencier du délire oniroïde), et enfin les conséquences sur l'état physique et physiopathologique.

- Troubles de la pensée :

On remarque une détérioration intellectuelle certaine, une sorte de « démence aiguë ». La confusion est un trouble opérationnel et non un trouble logique. C'est-à-dire un trouble primitif de la conscience, et non pas un trouble du jugement. Il est également important de dire que le fait de devoir faire un effort très important pour le patient afin de se « dépêtrer de la confusion » constitue également un symptôme. On observe également des troubles attentionnels, un ralentissement et une difficulté à raisonner, réfléchir, des troubles de la concentration, des oublis, des fausses reconnaissances et des persévérations. Il est également primordial de dire que ces troubles de la pensée sont variables et oscillants, ce qui entretient un certain désarroi dans la conscience du confus.

- Désorientation Temporo Spatiale

Il existe effectivement chez le confus des distorsions de l'espace et du temps, qui deviennent comme inconsistants. Ces distorsions peuvent se manifester par des inclusions, des retours en arrière etc ...

- Obnubilation de la conscience

Cette dernière se manifeste par l'impossibilité de parler, penser, agir de manière précise. Une formulation claire ou distincte n'est pas possible. Toujours selon Henri HEY, c'est un « imbroglio de pensées qu'il n'arrive pas à démêler ». Cela peut se résumer à une impossibilité de réaliser des synthèses supérieures.

- Perplexité

On peut le décrire par un sentiment d'insuffisance. C'est une forme particulière du trouble, comme une conscience de la maladie. De là il existe donc des efforts pour pouvoir en sortir, cela générant de manière logique de l'anxiété, provoquant des interrogations, comme un « dernier sursaut de l'être psychique pour se sauver ». Cela montre également que la confusion en tant que telle n'entraîne pas la disparition totale du sujet qui en souffre.

- Troubles de la mémoire et fausses reconnaissances

Il existe des troubles mnésiques confusionnels et post confusionnels. Le patient reste dans un état où sa propre conscience est tellement déstructurée que l'opération de fonctions supérieures est altérée. La mémoire ne peut plus non plus opérer en fonction d'un certain ordre, qui est d'ailleurs devenu impossible.

- Délire onirique

Ce délire est décrit dans l'étude d'Henri HEY en fonction de l'observation de MAGNAN de ce qu'on appelle de nos jours un délirium tremens, appelé alors « délire alcoolique confuso-onirique ». C'est la production « visuelle et kaléidoscopique » de scènes, de figures, de zoopsies d'ailleurs connues aujourd'hui, de spectacles. Cela constitue alors une véritable fantasmagorie visuelle. D'autres sens sont également concernés par cet onirisme, pouvant provoquer hallucinations auditives et cénesthésiques. Nous pouvons citer en exemple les zoopsies du délire alcoolique, les sensations cutanées et la possession du délire cocaïnique.

Il est important de dire que l'infrastructure de cette activité hallucinatoire n'est pas complètement superposable à celle d'un rêve : c'est un des niveaux de déstructuration de la conscience. Ce niveau comporte, tout comme le rêve, une désorientation temporo spatiale, mais la structure permet encore à la conscience du sujet atteint d'être « entrouverte sur le monde ». Ce niveau de déstructuration de la

conscience, tiré de l'étude n°24 d'Henry HEY, correspond donc à la confusion mentale.

- Etat physique, physiopathologie

On retrouve chez les patients confus une dégradation de l'état général somatique, allant jusqu'à la dénutrition, aux insuffisances fonctionnelles. Cela dépend également de l'origine étiologique du syndrome confusionnel.

Au regard de ces éléments présents dans la confusion mentale, nous pouvons éliminer ce syndrome à l'évocation du patient de notre cas clinique. En effet nous ne retrouvons ni les mimiques comme le regard hébété, ni le comportement erratique, ni les troubles de la pensée dans le sens cognitif du terme. Nous ne retrouvons pas non plus de désorientation temporo spatiale ou d'obnubilation de la conscience. Même lors des faits, Monsieur X était capable de formuler des phrases distinctes. La perplexité et les troubles de la mémoire ne sont pas non plus retrouvés. Quant au délire onirique, que REGIS compare à un état d'hypnose, les idées délirantes étaient plus présentes que les hallucinations très riches décrites ci dessus. En effet le petit automatisme mental et le syndrome de persécution étaient au premier plan.

III. Henry EY : le niveau crépusculaire oniroïde

Nous évoquerons ici les travaux d'Henry EY relatifs à l'étude n°23 (18). En effet nous allons nous intéresser à sa manière d'aborder les bouffées délirantes et les niveaux de déstructuration de la conscience qui leur correspondent.

Dans cette étude, Henry EY évoque les expériences délirantes oniroïdes, dernier niveau de dissolution de la conscience, d'après les études et observations de Mayer GROSS. Plusieurs cas cliniques sont exposés dont celui d'Antonie WOLF. Elle décrit son ressenti à distance de la bouffée délirante aiguë, certains éléments faisant écho à la situation de Mr X. « Je craignais de dormir, car la garde malade aurait pu, par transmission de pensée, m'inciter à l'égorger », « j'ai vu un couteau de cuisine posé sur la table la pointe vers moi : la cuisinière voulait me tuer, ainsi que mon père (...) Je ressentis l'affreuse angoisse de ne plus savoir distinguer le vrai du faux »

Mayer GROSS parle alors de rêveries diurnes, difficiles à distinguer du réel.

Les cas exposés posant le problème du rapport de ces états de confusion avec la schizophrénie, il était important de les aborder dans ce travail.

C'est alors qu'Henry EY propose une « excursion dans la pathologie des troubles de la conscience ». Il distingue une série d'aspects fondamentaux de ces troubles en s'appuyant sur les travaux de Jaspers :

1– la conscience décomposée : elle résulte d'une modification de l'activité fonctionnelle. Lorsqu'elle se rencontre au cours de la schizophrénie, on y perçoit des symptômes « extraordinairement analogues au processus primaire de la schizophrénie ».

2– la conscience altérée, décrite comme une « modification de l'intensité et de la direction de la vie psychique »

3 - les troubles affectifs de la conscience, vue en tant que submersion de la conscience.

Henry HEY insiste sur le fait que ces états de troubles de la conscience peuvent se reproduire lors d'une schizophrénie. Il évoque également les états oniroïdes en rapport avec les états confusionnels exogènes, d'origine toxico-infectieuse, notamment dus au cannabis

Nous allons donc voir ici les toxiques « hallucino-onirogènes », en se limitant au cannabis.

Selon H.EY, « il nous suffit qu'une psychose délirante aiguë paraisse être en rapport avec l'action d'un toxique pour que l'on parle de confusion. Or il nous paraît que le plus souvent, la déstructuration de la conscience produite par ces toxiques est de type hallucinatoire oniroïde plutôt que confuso onirique ».

Il dit également que l'expérience délirante du hachisch ne peut être réduite aux effets seuls du produit.

Le vécu de « l'ivresse hachischique » reste une « nébuleuse où la suggestion, l'autosuggestion jouent un rôle considérable ». Ceci doit être interprété en tant que niveau de déstructuration de la conscience à part entière.

Quant au devenir des expériences délirantes aiguës, H EY n'ignore pas le passage à la chronicité, mais signale que la guérison de ces états est plus fréquente qu'on ne le pense. Il insiste également sur l'importance de traiter ces états, et ce avant l'apparition des antipsychotiques. Il insiste également sur l'action propre de l'accueil hospitalier, l'action du psychothérapeute et de l'institution.

Ces éléments nous permettent de faire la part des choses entre un accès délirant aigu et une entrée en psychose, même si la limite reste relativement floue. L'évolution clinique du patient nous confirme le caractère aigu de la symptomatologie. Les définitions des délires oniriques et oniroïdes permettent de distinguer des niveaux d'altérations de la conscience moindres que ceux retrouvés dans la confusion mentale. C'est lors de ces états qualifiés de « crépusculaires » que vont se manifester des expériences de dépersonnalisation, de sentiment de dédoublement de la personnalité, d'automatisme mental et à un degré plus avancé l'irruption de quelques scènes témoins de l'émergence de l'imaginaire (état oniroïde à proprement parler), ultime étape avant la confusion mentale. Cette graduation dans l'expression d'une conscience « hallucinante » (H. EY), hors confusion mentale et hors psychose chronique, donne tout son sens aux éléments d'allure psychotique dans un processus qualifié d'expérience psychotique aiguë.

Maintenant que le diagnostic est posé, vient la question du « comment ». En effet les conséquences dramatiques d'une consommation de cannabis chez ce patient nous interrogent sur l'origine de ses réactions. Existe-t-il un lien entre génétique et cannabis ? Pour cela nous pouvons tenter de nous appuyer sur les recherches en matière de lien entre schizophrénie et génétique, et par la suite le lien

entre schizophrénie et cannabis. En effet, même si le diagnostic de schizophrénie n'est pas retenu, nous avons cependant mis en évidence un trouble psychotique transitoire en lien avec le recours au cannabis.

IV. Vulnérabilité

A. Hypothèses génétiques

La schizophrénie est une pathologie multifactorielle complexe. Son support génétique est étayé par plusieurs gènes qui sont eux mêmes en interaction avec plusieurs facteurs environnementaux, comme la consommation de cannabis par exemple.

En formulant des hypothèses génétiques, on se doit d'évoquer le système dopaminergique et les gènes possiblement impliqués via ce système. Beaucoup d'éléments, à la fois neurobiologiques et pharmacologiques favorisent l'implication du système dopaminergique dans le couple addiction- schizophrénie.

Le système dopaminergique mésolimbique, et de manière plus précise le noyau accumbens, représente un élément clé dans le système neurobiologique de récompense, mais également une cible d'action privilégiée des molécules antipsychotiques.

Le noyau accumbens constitue donc la voie finale commune des substances addictives.

Les récepteurs dopaminergiques et la modulation de ce système.

Nous citerons les sous types D3, du fait de leur expression sélective dans l'écorce du noyau accumbens. En effet plusieurs études ont montré sa surexpression locale à la fois chez des patients toxicomanes et chez des patients schizophrènes.

Les autres gènes à explorer sont ceux représentés par les facteurs jouant dans la transmission et la modulation du système dopaminergique.

Les facteurs de transmission sont représentés par le D2, D4 et les facteurs de régulation sont le DAT, le BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor), ce dernier étant impliqué dans la modulation de l'expression de D3 cité auparavant.

Il est également important de savoir que les récepteurs au cannabis sont localisés, à l'image des récepteurs au BDNF, dans les neurones dopaminergiques. Ils agissent d'ailleurs aussi dans la modulation de ce système.

Les travaux de M-F. POIRIER et Edwige DUAUX (19) ont été réalisés sur deux populations différentes lors d'une étude cas-témoins. Cette étude concernait des patients dépendants aux opiacés non schizophrènes et sans dépendance à la cocaïne ou aux amphétamines, comparés à une population contrôle. Ils n'ont pas retrouvé de différence significative entre les deux populations concernant les fréquences alléliques et génotypiques du polymorphisme Bal1, ce dernier étant situé sur le gène codant pour le récepteur D3. Après ces résultats peu concluants, ils ont séparé cette population en 2 groupes : les « forts chercheurs de sensations » et les « chercheurs modérés de sensations ». C'est après cette séparation qu'ils ont pu démontrer un excès d'homozygotie du polymorphisme Bal1 du D3 chez les toxicomanes chercheurs de sensations fortes.

Ils ont ensuite étendu leurs recherches du génotypage du polymorphisme Bal1 à une population de patients schizophrènes. La population de patients schizophrènes a été scindée en deux également, pour les mêmes raisons que la population précédente, en fonction de la présence ou non d'une « vulnérabilité addictive », définie par les auteurs comme la « présence d'un trouble lié à l'utilisation de substances au cours de la vie » et en fonction du profil général évolutif de la maladie. Les résultats ont montré un excès d'homozygotie du polymorphisme Bal1 chez les schizophrènes toxicophiles et bons répondants, comparativement aux contrôles et aux schizophrènes non toxicophiles.

Leurs conclusions révèlent donc qu'un excès d'homozygotie pour le polymorphisme Bal1 du récepteur D3 est plus associé à l'abus de substance qu'à la schizophrénie en elle-même.

Schizophrénie et système cannabinoïde

Nous savons donc qu'il existe une vulnérabilité génétique et environnementale commune aux différentes substances addictives. M-F POIRIER formule donc l'hypothèse selon laquelle la vulnérabilité génétique pourrait être décomposée entre vulnérabilité globale aux drogues et vulnérabilité plus spécifique à chacun des différents types de substances. Or la fréquence très importante de l'utilisation de cannabis lors des premiers épisodes psychotiques amène à cibler les dysfonctionnements du système cannabinoïde dans la schizophrénie.

Deux types de récepteurs aux cannabinoïdes sont décrits dans la littérature : les CB1 et les CB2. Les CB1 ont une localisation cérébrale et sont colocalisés avec les récepteurs glutamatergiques et GABAergiques. Ils sont également localisés avec les récepteurs dopaminergiques.

Il pourrait être intéressant de démontrer si oui ou non le cannabis pourrait constituer un révélateur de vulnérabilité individuelle à la maladie schizophrénique. On pourrait parler de vulnérabilité spécifique au cannabis qui sous tendrait à la fois les effets pseudo psychotiques et les effets subjectifs imputés au cannabis.

Plusieurs études ont été menées concernant la génétique d'association et le polymorphisme de répétition AAT dans un gène codant pour le récepteur CB1 dans les toxicomanies. L'équipe de POIRIER a testé deux gènes codants pour le CB1 dans une population de patients non schizophrènes dépendants aux opiacés, dans une population de schizophrènes et dans une population contrôle.

Cliniquement, les patients sensibles au cannabis étaient plus symptomatiques, avec une dimension positive de la PANNS plus élevée de manière très nette.

Au niveau du génotype, les patients sensibles au cannabis portaient moins fréquemment l'allèle 8 du polymorphisme de répétition AATn du gène codant pour le CB1.

On peut donc dire que la forme allélique 8 du polymorphisme du CB1 peut représenter un facteur protecteur concernant les effets psychotomimétiques du cannabis.

On peut donc conclure, à la fois chez des patients schizophrènes ou en population normale, que les facteurs de protection et de vulnérabilité concernant la comorbidité addictive pourrait reposer sur une interaction importante entre facteurs environnementaux et facteurs génétiques partagés pour différentes substances, mais également des facteurs beaucoup plus spécifiques à chaque substance et ce de manière très prononcée lorsqu'il s'agit du cannabis.

B. Hypothèses épigénétiques

L'épigénétique est définie comme l'étude des changements de l'expression génique. Ces changements, réversibles, sont secondaires à des mécanismes qui sont transmis par la mitose, sans qu'il y ait pour autant de modifications de l'ADN génomique sous jacent. Les changements cités pourraient être la conséquence de facteurs environnementaux. Ces mêmes changements sont le fruit de la méthylation de l'ADN ou de la modification des histones. Ils concernent donc respectivement les gènes impliqués dans les voies de neurotransmission glutamatergique et GABAergique, et ceux de la signalisation GABAergique.

Nous rappellerons, concernant la schizophrénie, que le modèle largement reconnu actuellement est celui d'une interaction gène-environnement.

Nous citerons parmi les travaux réalisés sur cette interaction une étude d'adoption, montrant que le risque de troubles schizophrénique est transmis de manière biologique plutôt que par un contexte familial. (20)

D'autres études suggèrent également le rôle de micro délétions ou de micro duplications dans l'émergence de certaines pathologies neurodéveloppementales comme la schizophrénie. Ces multiples modifications seraient responsables des formes dites sporadiques, c'est à dire apparues de novo, et non transmises par les parents.

Cependant, l'hypothèse génétique est insuffisante pour, à elle seule, rendre compte de l'apparition de la schizophrénie. Les facteurs environnementaux ont également un rôle primordial. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés comme les traumatismes subis dans l'enfance, l'appartenance à une minorité sociale, un mode de vie urbain et surtout la consommation de cannabis. (21)

Les modifications épigénétiques peuvent donc apparaître après exposition à un facteur environnemental. (22) Ce même environnement induirait des modifications, sans modification de la séquence d'ADN, qui conduiraient à des modifications de l'expression génique, c'est à dire à l'apparition de certaines pathologies. On peut citer parmi ces facteurs environnementaux des facteurs nutritionnels, physiques, chimiques ou encore psychosociaux. Mais les processus d'action de ces facteurs restent mal connus.

Concernant les troubles psychotiques, la littérature retrouve des anomalies de méthylation pour des gènes codant la COMTD1 (catechol-O-méthyltransferase

domain containing 1) et une des isoformes de la COMT. La COMT est une enzyme jouant un rôle important dans le catabolisme des neurotransmetteurs, comme ceux responsables entre autres de la schizophrénie (dopamine par exemple).

L'épigénétique est donc incriminée à plusieurs niveaux dans les troubles psychotiques. Les facteurs épigénétiques interviendraient en tant que médiateur de l'action d'un environnement à risque sur l'expression génétique. Mais la preuve formelle du rôle joué par la régulation épigénétique comme connexion entre facteurs environnementaux et physiopathologie des psychoses n'est pas disponible.

V. Psychopathologie

Dans cette étude clinique, la psychopathologie et l'étude de la personnalité deviennent primordiales. En effet, nous avons éliminé, du fait de la clinique et du recul dont nous bénéficions, une schizophrénie. Nous pouvons également dire que l'épisode aigu que Mr X a présenté dès novembre 2011 est résolu. Cependant cela ne justifie pas à nos yeux la fin de la prise en charge en soi. Toutes les mesures prises, de l'hospitalisation en SDRE au programme de soin en passant par un traitement retard, se justifient devant une personnalité pathologique pouvant causer un grand risque de récurrence. Nous allons donc dans un premier temps définir les divers troubles de la personnalité qui nous intéressent ici, c'est à dire l'état limite, la personnalité passive dépendante évoquée par la psychologue d'UMD, et la personnalité narcissique (23) (24).

CIM 10

L'OMS, donc la classification CIM 10 (25) classe les troubles de la personnalité dans la nomenclature F60 à F69. Ce groupe comprend divers états qui ont tendance à persister. Ils marquent la spécificité de l'individu et sa manière de vivre. Ils sont également le reflet des rapports qu'il entretient avec lui même et avec les autres. Ces états apparaissent pour certains de manière précoce au cours du développement, d'autres sont acquis à un âge plus avancé. Les troubles de la personnalité représentent des modalités de comportement durables et profondément enracinés entraînant des réactions très rigides à certaines situations.

F60 : Troubles spécifiques de la personnalité.

Ils sont représentés par de sévères perturbations de la personnalité et expliquent des comportements non imputables à une maladie, une atteinte cérébrale, une lésion ou une autre pathologie psychiatrique.

La personnalité dépendante (F60.7), évoquée en UMD, est caractérisée par une tendance à laisser passivement les autres prendre les décisions, quelle qu'elle soient, concernant le sujet. Elle montre une crainte de l'abandon, un sentiment d'impuissance et une difficulté à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Ces traits sont perceptibles plutôt vers le début de l'hospitalisation, Mr X ne gardant à ce

jour que très peu de critères, notamment concernant les exigences de la vie quotidienne.

L'état limite (F60.3) nous interpellait pour ce cas clinique dans ses caractéristiques d'impulsivité. Ce trouble est caractérisé par une manière d'agir très impulsive, sans considération pour les conséquences. L'humeur est capricieuse et imprévisible. Les comportements impulsifs sont difficilement contrôlables, il existe des explosions émotionnelles et un comportement généralement querelleur. Deux types sont alors distingués : le type impulsif avec instabilité émotionnelle et manque de contrôle des impulsions, et le type border line avec perturbation de l'image de soi, un sentiment de vide intérieur, un comportement auto destructeur avec tentative d'autolyse et gestes suicidaires. Ce deuxième type ne correspond pas à ce qu'on a pu retrouver durant l'hospitalisation, même si un geste suicidaire était à craindre durant une période de fléchissement thymique et de culpabilité vis à vis du geste. Cependant on retrouve les éléments d'impulsivité et de manque de contrôle.

Dans la CIM 10, la personnalité narcissique est juste citée dans le F60.8 (autres troubles spécifiques de la personnalité) et n'est pas détaillée.

DSMIV TR ET DSM V

Nous prendront les classifications du DSM IV TR (26), celles du DSM V étant très sensiblement les mêmes.

« Le trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expression vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant ou rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement. »

Ces troubles sont évalués selon la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions, constituant le critère A. Le critère B est représenté par les situations personnelles et sociales. La source de souffrance significative ou l'altération du fonctionnement social, professionnel ou autre constitue le critère C. Le mode stable et durable et ayant débuté à l'adolescence ou à l'âge adulte est le critère D. Le critère E doit montrer que ce trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Enfin le critère F doit éliminer l'action des effets directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Nous retrouverons en annexe ces différents critères, ainsi que ceux spécifiques des personnalités limite, narcissique et dépendante.

Nous dirons également un mot sur les modèles dimensionnels dans la manière de considérer les troubles de la personnalité. Dans le DSM, nous retrouvons une classification. Une alternative à cette approche (26) est représentée par une perspective dimensionnelle qui intègre le fait que les troubles de la personnalité sont des formes inadaptées de traits de personnalité reliés entre eux et à l'état normal sur un continuum sans transition nette. La notion de continuité est primordiale ici. Plusieurs modèles dimensionnels ont été proposés. Celle du DSM est de les regrouper en clusters, dimension qui représente des spectres de dysfonctionnement de la personnalité. Ainsi le cluster A regroupe les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique. Le groupe B comprend les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique. Le cluster C liste les personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle compulsive.

Nous voyons donc ici que, considérant cette approche dimensionnelle, les traits de personnalité pathologique sont liés entre eux et s'intègrent dans une certaine continuité. Avec le temps d'observation que nous avons pu avoir, il paraissait beaucoup plus logique d'aborder la personnalité d'un point de vue structurel et non plus strictement critériologique. Nous allons donc nous intéresser au diagnostic structural de ce patient, en ayant pris soin auparavant de rappeler cette notion.

Un diagnostic structural (27) est une locution qui désigne une démarche censée aller plus loin que la clinique en se dégageant d'une idée qui se contente de l'addition de signes discrets pris les uns à côté autres, et sans rapports entre eux. Le diagnostic structural concerne une altération fondamentale du rapport du sujet avec la temporalité et l'espace. Lors de l'apparition de ce type de diagnostic, dans le champ de la phénoménologie et de la psychanalyse, étaient proposées une dichotomie de base qui persiste aujourd'hui : structure névrotique versus structure psychotique (28). Les structures ne renvoyaient ni à des étiologies différentes, ni à des symptomatologies exclusives mais à de grandes différences globales du champ de la psychanalyse. Un patient souffrant de troubles névrotiques peut donc avoir une structure psychotique, le terme de structure se rapportant à une construction.

L'évolution dans le temps de Mr X montre des traits de personnalité limite en début d'hospitalisation, certains traits de passivité et de dépendance dans une période de fléchissement thymique, et la persistance tout au long du suivi de traits narcissiques (29) (30). La dimension d'évolution est centrale dans ce travail, car c'est bien au fil des années que l'on va cerner et accompagner ce patient.

Nous rapporterons donc ici les éléments de personnalité retrouvés lors de son séjour.

A. Éléments de personnalité pathologique

Les observations cliniques à travers les entretiens et la période d'hospitalisation nous ont progressivement amenés à repérer un certain trait de personnalité prédominant chez le patient. Ce trait de personnalité retrouvé serait plutôt d'ordre narcissique, et nous nous appuyons sur le texte de Otto F. KERNBERG « La personnalité narcissique » afin de le confirmer.

Dans le chapitre nommé « problèmes cliniques des personnalités narcissiques » sont abordés les caractéristiques cliniques de cette personnalité.

On y retrouve une préoccupation excessive de soi, une adaptation sociale « uniforme et efficace » avec cependant des distorsions importantes dans le rapport à l'autre. Les patients narcissiques ont également une grande ambition, un sentiment d'infériorité, une dépendance devant l'admiration et les compliments des autres ainsi que des « fantasmes grandioses ». Il existe une volonté constante à faire en sorte que leurs besoins d'être riche, de briller, d'être beau et puissant soient satisfaits. Cependant celle-ci s'exerce dans un sentiment d'ennui et de vide selon KERNBERG, ou l'on trouve des « déficiences graves dans leur capacité d'amour et de sollicitude ». Cette incapacité à éprouver de l'empathie envers les autres contraste avec une adaptation sociale efficace. Ils auraient un rapport à l'autre défaillant, avec une volonté consciente ou non d'exploiter ou de maltraiter les autres. D'autres points particulièrement caractéristiques de leur vie affective seraient représentés par le retrait narcissique, la dévalorisation et le contrôle omnipotent.

Un autre point abordé dans ce texte est la relation entre la personnalité narcissique et l'état limite. L'organisation de la personnalité narcissique, selon l'auteur, est très proche de l'organisation limite de la personnalité, mais en diffère d'une manière spécifique. Leur similitude réside dans la prédominance des mécanismes de clivage, retrouvant un sentiment de grandeur, de timidité et d'infériorité qui peuvent tout à fait coexister sans s'affecter. Quant à leur différence de structure, il existe dans la personnalité narcissique une notion de « soi grandiose intégré », bien que très pathologique. Il traduit une « condensation pathologique de certains aspects du soi véritable, du soi idéal et de l'objet idéal ». Ce soi grandiose pathologique se traduit par les caractéristiques citées précédemment. Les patients

narcissiques ont une intolérance à l'angoisse significative, un manque de contrôle pulsionnel et une impossibilité de sublimation.

Nous n'aborderons pas dans le détail ici la relation de transfert entre le patient narcissique et le thérapeute. Nous en dirons simplement, en évoquant la rage narcissique, que dévaloriser avec une certaine colère l'analyste en l'éliminant en tant qu'objet important dont le patient a cependant « désespérément besoin » est caractéristique de la réaction de rage.

En résumé, le soi grandiose caractéristique du narcissique compense l'affaiblissement du soi, et représente également les patients ayant un fonctionnement limite. Cela explique le fait que les narcissiques peuvent présenter un fonctionnement similaire à celui des états limites. Le diagnostic différentiel se fera alors sur l'analyse soigneuse des traits cliniques et la réaction transférentielle caractéristique des personnalités narcissiques (comprenant la rage narcissique).

KERNBERG nous éclaire sur la relation entre ces deux structures dans le chapitre « relation entre narcissisme normal et pathologique ». Cela concerne l'absence de capacité à dépendre d'autrui des personnalités narcissiques qui s'oppose à la dépendance acharnée et à la « capacité conservée de relations d'objet très variées » chez les états limites. Cet élément contribue fondamentalement au diagnostic différentiel entre les narcissiques à fonctionnement limite, et les états limites.

Nous dirons également quelques mots du chapitre « considérations génétiques » de KERNBERG, exposant des passages du développement infantile et de la relation avec la figure maternelle. Il nous explique que les narcissiques en devenir ont besoin de détruire les « sources d'amour et de gratification afin d'éliminer la source d'envie et la rage projetée tout en se retirant simultanément dans le soi grandiose ». Il questionne également l'origine de l'intensité de la pulsion agressive tout en mettant en avant la prédominance, dans ces tableaux d'agressivité, une figure maternelle froide, narcissique et à la fois hyper protectrice. Cela semble être selon lui le principal facteur étiologique dans la genèse de ce trouble de personnalité.

B. Test de SZONDI

Nous rapporterons ici en premier lieu le diagnostic expérimental des pulsions du patient, recueilli via un test de SZONDI, effectué en 10 passations du 4 juin 2012 au 14 avril 2014.

La théorie de L. SZONDI (31) est celle ci : quatre paires de gènes, donc quatre loci, chacun pourvu de deux allèles vont rendre compte de toute l'hérédité de la personnalité. Selon cette théorie, chacun de ces loci commanderait un vecteur, ou une « pulsion » qui se décompose alors en deux facteurs ou « besoins pulsionnels », correspondant chacun à une maladie mentale.

Cette théorie s'appuie sur la génétique Mendélienne. Elle tente de réduire à un schéma la personnalité normale ou pathologique.

Quatre vecteurs seront étudiés durant ce test projectif : le vecteur sexuel, paroxystique ou éthique, la pulsion du moi et le contact, ou rapport à l'objet et à l'autre.

- Vecteur S ou sexuel : deux facteurs sont étudiés, le facteur h (homosexualité) et le facteur s (sadisme).

La tendance h (homosexualité, affectivité, rapport au corps, accumulation de tensions) a été constante pendant les 10 passations. Cette dernière était même accentuée au-delà de l'équilibre. Nous retrouvons donc une tendance narcissique, autocentrée, avec une libido du moi et non une libido d'objet. On retrouve l'accumulation d'une tension libidinale qu'il va décharger contre lui ou contre un autre.

La tendance s (sadisme ou masochisme) est également demeurée constante et chargée pulsionnellement jusqu'en décembre 2013. Une tendance à la domination, à l'emprise sur le monde et les objets pouvant aller jusqu'au sadisme était retrouvée.

⇒ Pour le vecteur S, prenant en compte la tendance h, on aurait donc un patient dont la tension libidinale est telle qu'elle peut devenir sadique voire

meurtrière. Afin de savoir s'il peut y avoir passage à l'acte, il faut rapporter cette tendance au vecteur P (paroxystique) et à la tendance e pour mesurer le frein surmoïque d'une telle tendance.

⇒ A noter qu'après décembre 2013, cette tendance s'est inversée en une position masochiste avec un penchant à subir son corps, à montrer une certaine passivité et peut être une acceptation de la loi. Rapportés à la tendance e, on pourrait éventuellement penser à un passage d'une absence de surmoi à une ambivalence.

- Vecteur P ou paroxystique (éthique) : il étudie le facteur e (épilepsie), et le facteur hy (hystérie).

La tendance e révèle l'absence de surmoi. Elle fera donc place par la suite, comme dit précédemment, à une relative acceptation des règles sans que celles-ci soient néanmoins pleinement intégrées. On se posera alors la question d'un bénéfice secondaire, dans le but d'obtenir un allègement du cadre de l'hospitalisation. L'ambivalence persistera jusqu'au bout des 10 séances, c'est à dire que l'on notera une position quasi masochiste mais toujours très chargée de tensions libidinales non plus tournées vers l'autre mais vers soi.

Le facteur hy (hystérie) révélera un refus de se montrer, une certaine pudeur. Monsieur X reste dans cette tendance à chaque passation. Le patient ne se livre que très peu (comme peuvent en témoigner les entretiens cliniques). On peut donc conclure à une tendance à garder, à contenir la tension libidinale qui n'attend qu'à pouvoir se décharger contre lui ou contre un autre. Le facteur hy révèle donc également une angoisse de relation à autrui, voire une probable sensation de se sentir observé.

- Vecteur SCH ou pulsion du Moi : il concerne le facteur k (catatonie) et le facteur p (paranoïa).

La psychose peut se définir comme un conflit entre le moi et la réalité, selon l'examineur. La question de ce dernier sera de trouver la manière dont le patient se protège de ce conflit, s'il s'en protège toutefois.

La tendance k restera toujours en négatif chez ce patient. Il est livré à la puissance du monde. Il ne contrôle pas son Moi et donc proche de la position psychotique.

La tendance p révélera chez Monsieur X une constance pulsionnelle au cours des passations : passage du p0 au p+0 à la fin du test, c'est à dire une tendance à se gonfler mais à être cependant inefficace. Cette tendance pourrait être qualifiée proche du meurtrier si on la compare à la tendance e (surmoi) et à la tendance s (sadisme).

- Vecteur C ou vecteur du contact : il étudie les facteurs d (dépression) et m (manie).

La tendance d est constante chez le patient. On note une fidélité à un objet perdu, ancien. Une fidélité à la mère également, avec parfois une tentative de détachement mais qui échoue. Cette tendance se confirme en m+.

La tendance m est donc constante chez Monsieur X avec un accrochage presque désespéré à un objet perdu auquel il s'accroche. On peut donc dire qu'il existe un abandonnisme et un accrochage relatif à un objet substitutif de l'objet perdu (la mère) rappelant l'alcool ou la toxicomanie.

Conclusions du test :

Le sujet reste attaché à un objet d'amour ancien, peut être sa mère, dont il faudra corréliser à la clinique la véracité de la position fusionnelle avec celle ci.

L'attachement retrouvé est presque désespéré et le patient va remplacer la séparation à l'aide d'objets d'ersatz, comme l'alcool ou d'autres toxiques.

Monsieur X est par ailleurs resté centré sur lui même, avec une tension pouvant le déborder et l'amener à passer à l'acte sans barrières surmoïques pour le protéger, si ce n'est la possibilité d'une relative conformité pulsionnelle aux règles, comme

celles de l'hospitalisation par exemple (position masochiste de passivité apparente). Le Moi reste fragile face à la tension exercée par la tension libidinale qui en l'absence du surmoi peut le déborder et l'amener à passer à l'acte de façon psychotique.

Les éléments psychopathologiques retrouvés cliniquement via les observations et le test projectif rapportés aux écrits de KERNBERG nous orientent donc vers un trouble de personnalité de type narcissique, avec un fonctionnement limite probable.

VI. Principes de prise en charge

A. Point de vue médico-légal

Nous reviendrons ici en grande partie sur la loi du 05 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (32). Cette loi, très controversée lors de son arrivée, en plein été, a été votée dans l'urgence sous la pression du conseil constitutionnel (33). Sa conception s'est d'ailleurs faite lors d'une période de conflit entre courant visant à protéger les patients et courant judiciaire. Elle a ensuite été appliquée de manière très hétérogène dans le pays (34) du fait de l'urgence dans laquelle la réforme a du être menée, la date d'abrogation étant fixée au 1er aout 2011 (35).

Nous aborderons les grands principes de cette loi qui nous concernent :

- développement de nouvelles mesures :
 - Le juge des libertés et de la détention (JLD) se prononce sur la mesure de soins sans consentement au 15^e jour et tous les 6 mois. La réforme partielle du 27 septembre 2013 (36) réduit ce délai à 12 jours. Le JLD recevra le patient soit au tribunal de grande instance, soit en visio-conférence entre l'hôpital et le tribunal (mesure supprimée par la dernière réforme) soit dans une pièce spécialement aménagée au sein de l'hôpital. Le certificat médical initialement demandé au 8^e jour d'hospitalisation est également supprimé par la réforme de septembre 2013, transformant aussi l'avis conjoint en avis motivé.
 - La loi introduit la possibilité de soins ambulatoires sous contrainte. C'est le principe du programme de soins qui va alors établir le type de soins, leur lieu et leur périodicité. Le psychiatre décrira alors les modalités des soins et la modalité du traitement mais la rédaction devra être dépourvue de détails et devra impérativement être sans engagement non tenable par l'équipe d'accueil prenant la responsabilité de la prise en charge du patient. Dans le cas de Mr X, nous avons choisi des rendez

vous hebdomadaires a la fois médicaux et infirmiers avec une surveillance de toxiques à la recherche d'une éventuelle décompensation suite à une nouvelle consommation de cannabis, et avec les travailleurs sociaux dans le sens d'une réhabilitation professionnelle et d'une réinsertion sociale adaptée.

- L'avis d'un collège de professionnels pour les patients concernés par l'article 122-1 du CPP.
- De nouvelles mesures s'il existe un désaccord entre le psychiatre et le préfet qui peut alors demander au directeur de l'établissement un deuxième avis psychiatrique dans les 72heures s'il n'est pas d'accord avec la sortie du patient. Si le deuxième avis est conforme, le préfet suivra l'avis médical. S'il ne l'est pas, le patient repassera devant le JLD à la demande du directeur. Le préfet peut décider du maintien de l'hospitalisation sauf si le JLD s'y oppose.

Le programme de soins décidé par l'équipe soignante permet effectivement une ouverture sur l'extérieur pour le patient. Cette loi représente une avancée pour les droits des patients sous contrainte en soi. De plus la réforme de septembre 2013 apporte une correction dans le sens d'un respect accru des droits avec le rappel à l'impossibilité de recourir à des mesures de contrainte dans le cadre d'un programme de soins.

Cependant il existe des limites à ce système. En effet l'arrivée de cette loi marque la judiciarisation des soins psychiatriques (37). Elle introduit le principe d'une intervention systématique du JLD pour les soins sous contrainte de plus de 15 jours.

Le juge doit alors évaluer si le jour de l'audience, l'hospitalisation doit se poursuivre, si elle est adaptée et proportionnée quant aux objectifs de soins. Il se base sur les certificats médicaux circonstanciés qui établissent la présence d'un trouble mental, qui démontrent la nécessité de soins et dans le cas de Mr X l'existence de troubles qui peuvent compromettre la sécurité des personnes. Cette tâche est difficile dans le sens où les juges doivent apprécier la situation d'un patient alors qu'ils n'ont pas de regard médical. Se pose donc la question du contenu des certificats. En effet au cours du déroulement du programme de soins, tout changement dit « substantiel » doit être notifié au juge et doit bénéficier de son accord pour se mettre en place. Le risque devient donc soit de donner trop

d'informations avec pour conséquence un refus du programme de soins et une hospitalisation à vie, ou un manque d'information ayant lui aussi pour conséquence un retour en hospitalisation complète ou l'absence de pouvoir progresser dans ce PDS (possibilité de stages professionnels etc...).

On peut donc penser que les interventions systématiques du JLD relèvent du contrôle de plein droit, donnant quelque part à un patient le statut de contrôle judiciaire.

B. Clinique

La volonté d'établir un diagnostic précis après plusieurs questions nosographiques s'explique par plusieurs points.

Quel type de soin est à mettre en place devant un patient présentant ce type de trouble de la personnalité et ce type de situation ?

La personnalité narcissique de Mr X explique d'une part la pauvreté des faibles capacités d'élaboration du patient. En effet ce manque de capacités donne lieu à des entretiens à la tonalité vide, inutile, répétitive et de nature à démotiver les professionnels impliqués. La gestion du vide devant ce patient devient alors problématique, l'ensemble des soignants devant régulièrement être remotivé.

De plus la tendance du patient à l'auto-centration et à l'autosuffisance est compliquée à gérer aussi bien sur un plan relationnel que dans la durée. Le risque de relâchement au niveau du suivi est réellement présent. Or c'est ce risque qui pourrait conduire à de nouveaux troubles des conduites sous l'influence de diverses substances.

La question du surmoi défaillant du patient abordée précédemment pose la question de la place de l'équipe soignante, jouant le rôle d'un « surmoi prothétique ». Il place en effet les acteurs de soin en situation de devoir contenir certains éléments pulsionnels, de devoir également se projeter à sa place, concernant à la fois les projets professionnels, la recherche d'autonomie etc...

Monsieur X nous montre finalement être dépendant de son environnement et être en difficulté quant à l'intériorisation des problématiques qu'il rencontre. En effet reste le quid du sentiment de culpabilité dans ce type de personnalité qui manque d'empathie par définition.

La défaillance du moi peut montrer une faible appropriation de ses soins qui ne peuvent alors durer dans le temps qu'avec le cadre de la SDRE et du PDS.

Que deviennent alors les prétentions d'autonomie de l'équipe le concernant ? Peut-il reprendre un emploi, et si oui dans un cadre classique, dans un cadre protégé ? Le patient actuellement vient de se remettre en ménage. On le connaît immature et n'ayant pas réellement construit sa vie auparavant. Quelles possibilités s'offrent à lui et dans quelles mesures peuvent-elles être adaptées à sa problématique ?

Reprendre une vie « normale » après un cas d'homicide pose la question de la réhabilitation psycho-sociale.

Se pose également la question de la dangerosité du patient en terme de récurrence. Quels seraient les déterminants d'une telle récurrence ? L'hypothèse la plus probable est celle au cours de laquelle le patient se retrouve en situation de frustration qui l'amènerait alors à re-consommer du cannabis et possiblement à rechuter. Le programme de soins veille justement à l'éviter. Les soins réguliers par des interlocuteurs à la fois médecins, infirmiers et travailleurs sociaux visent à éviter cette rechute tant redoutée et à contenir une impulsivité latente. L'instauration d'un traitement retard, comprise et acceptée par le patient représente également une sécurité en ce qui concerne une éventuelle décompensation. De plus cette mesure a permis au fil du temps de créer un lien avec l'équipe et un espace de parole ouvert, malgré un manque de capacités d'élaboration que l'on connaît chez Mr X, et a également permis une surveillance hebdomadaire de l'abstinence en cannabis. Les relations entre le patient et l'équipe sont évidemment influencées par la personnalité du patient, personnalité qui tient un rôle très probable dans les consommations de substances psycho actives. Il existe en effet une congruence entre les addictions et la catégorie des personnalités limites (38), en terme de fonctionnement, qui comprend alors la personnalité narcissique. Une étude menée en Grèce (39) sur un échantillon de 226 individus dépendants de 28 ans d'âge moyen et à plus de 80% d'hommes montre une prévalence chez les patients de 59% de troubles de personnalité de l'axe II, et 49% de troubles du groupe B. Rappelons que le groupe B rassemble les personnalités dites impulsives, c'est à dire antisociale, limite, narcissique et histrionique. D'autres données (40) nous montrent que les troubles de la personnalité représentent une comorbidité largement prévalente chez les individus dit abuseurs de substances et que ces troubles de la personnalité sont impliqués dans l'étiologie des consommations (41) (42).

5. CONCLUSION

Mr X est arrivé dans notre service fin 2011 en SDRE. A ce jour il est encore suivi dans le cadre d'un programme de soins. Ce PDS a été instauré en septembre 2013 dans le contexte d'une mesure de SDRE décidée devant des éléments cliniques en faveur d'une décompensation psychotique sous l'influence d'une substance avec homicide.

Le temps d'observation clinique, les nosographies actuelles et les données psychopathologiques nous amènent à conclure à un cas de trouble psychotique induit par le cannabis avec idées délirantes, chez un patient souffrant d'un trouble de la personnalité d'ordre narcissique.

La problématique de la prise en charge au long cours de ce patient, qui reste à risque de décompensation malgré le suivi régulier et le traitement retard, réside dans les difficultés de repérage clinique qu'induit la consommation de cannabis dans ce type même de décompensation, avec un risque de nouveau passage à l'acte. Se pose donc la question de la durée du programme de soins, de son devenir et de son contenu. La fragilité du patient et son intolérance relative à la frustration fera que le risque de dangerosité persistera probablement tout au long de sa vie. S'ensuit la question du cadre légal qui entoure et fait partie intégrante de cette prise en charge. Nous avons vu que la législation concernant les soins sous contrainte a introduit une avancée dans le cadre des soins ambulatoire avec une ouverture sur la cité et un respect plus important des droits du patient. Cependant ces mesures engendrent nombre de contraintes (43) pour les praticiens et des éléments de fragilité. La pratique du programme de soins nécessite d'être modifiée régulièrement, d'être adaptée et ensuite contrôlée par le JLD. Ce PDS doit être représentatif de la prise en charge effective du patient au moment de sa rédaction, et évolue donc parallèlement à ce dernier. Cette pratique alourdit donc de manière considérable la tâche du psychiatre. A titre d'exemple, le collège médical doit se réunir à chaque changement « substantiel », notion mal voire non expliquée aux soignants, sachant qu'un élargissement d'une ou deux heures sur une après midi de permission peut représenter un changement substantiel, tout comme l'exercice d'une activité sportive

au lieu d'une autre. Quant au dialogue avec le JLD, il est difficile dans le sens où deux professions très différentes doivent travailler ensemble. Dès la mise en place des JLD, les médecins se sont rendus compte que la fonction et la culture du juge le poussent à s'intéresser à la préservation de la liberté individuelle du patient plus qu'à la nécessité et à l'intérêt des soins en eux même. Cela entraîne régulièrement la mainlevée de mesures de soins sous contrainte justifiées de manière objective mais mal expliquées, mal construites ou encore pas assez circonstanciées sur le certificat.

L'exposition de ce cas nous permet également de nous poser certaines questions en matière de représentations et de prévention. La méconnaissance de certains effets du produit sur la population ciblée par les campagnes de prévention, c'est à dire l'adolescent, joue un rôle important sur la consommation, de plus en plus précoce. Les représentations hédonistes des effets du cannabis sont toujours prépondérantes (44), la substance étant vue comme « banale ». Les représentations des parents sont également importantes, une étude montrant que la consommation actuelle ou ancienne du père est un prédicteur significatif de la consommation de l'adolescent (45). Nous évoquerons le travail de prévention ici pour la population adolescente, population expérimentatrice qui forme ensuite les consommateurs réguliers. Seule une partie d'entre eux connaissent une situation d'usage problématique. Le repérage (46) de ces usages est donc nécessaire. Il commence par un entretien d'évaluation clinique, repérant la consommation, les facteurs de risque et les facteurs protecteurs. En général vient ensuite un questionnaire standardisé. Il existe une grande diversité de questionnaires, avec des objectifs très différents et certains non validés en population générale. Trois d'entre eux sont validés en population jeune et générale, le Cannabis Abuse Screening Test (CAST), le Severity of Dependence Scale (SDS) développé en grande Bretagne, et le Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT) en Nouvelle Zélande. Le problème reste celui du repérage, de l'adressage souvent extérieur de l'adolescent, et donc de la motivation, la motivation intrinsèque étant très difficile à obtenir.

Enfin nous nous intéresserons à la portée criminologique et sociétale du produit.

Nous avons pu voir que la France s'intéressait au cannabis depuis 1600. Son utilisation aura alors eu plusieurs buts thérapeutiques mais aura également causé divers problèmes de santé publique, notamment au sein des armées françaises.

Son maniement au XIX siècle posait déjà quelques difficultés concernant l'utilisation en médecine et en pharmacie, la variabilité interindividuelle étant invoquée quant au large éventail de réactions comportementales des patients l'ayant expérimenté.

Cette réflexion nous amène à l'exposition du cas clinique. En effet il paraît exister une certaine vulnérabilité, aussi bien génétique que psychique, devant cette substance psychoactive. La personnalité narcissique du patient a pu jouer un rôle dans l'apparition des troubles du comportement et dans les effets résultant de la consommation de cannabis. L'étude de ce cas n'a pas non plus vocation à « diaboliser » l'utilisation du cannabis, celui-ci étant déjà utilisé dans plusieurs pays à visée antalgique par exemple. Mais nous retrouvons des exemples de décompensation chez des patients schizophrènes ou non, avec des actes hétéro-agressifs parfois particulièrement violents et sans facteur déclenchant retrouvé, concernant même certains patients sans antécédents psychiatriques. Nous pouvons citer un cas d'agression de fumeur de cannabis sur l'un de ses amis, sans consommation récente, la dernière remontant à 15 jours. Il semble en effet exister une notion de flashback où l'on retrouve une reviviscence de l'ivresse cannabique avec parfois présence de délire ou d'hallucination. Nous pouvons également citer une étude de cohorte menée sur 961 jeunes adultes (47) comparant la prévalence d'épisodes agressifs sur plusieurs populations, retrouvant des chiffres plus importants pour les fumeurs de marijuana en comparaison aux éthyliques chroniques et aux schizophrènes. Une autre étude encore évoque la relation entre usage de cannabis et fréquence des agressions (48) sur 612 cas, notamment avec usage d'armes à feu, concluant sur un possible rôle facilitateur du cannabis sur le passage à l'acte agressif, impulsif et sans facteur déclenchant retrouvé encore une fois. Nous citerons une dernière étude épidémiologique (49) qui aurait montré certains effets du cannabis dans l'exacerbation d'actes violents, les sujets inclus devant lister les divers actes d'agressivité écoulés l'année précédant l'étude.

Pourtant l'image du fumeur de cannabis est loin de ces considérations violentes et agressives. Dans les représentations sociales les plus connues, on retient surtout le syndrome amotivationnel. Nous nous appuyerons ici sur une étude qui décrit les représentations du cannabis et de ses effets par une population de 210 adolescents à la fois consommateurs et non consommateurs (50). Dans cette

population de 16,3 ans d'âge moyen, 56,2% sont fumeurs. Les effets plaisants comme « la défonce », « le bien être » et les « effets de relaxation » sont cités par 54% de consommateurs et 30% de non consommateurs. Sont également énumérés des effets de diminution des affects négatifs comme la détresse et le stress. La « facilitation sociale » est évoquée dans cet article, les adolescents se trouvant plus ouverts aux autres après consommation. Quant aux effets négatifs, ils sont très peu évoqués par les sujets qui énoncent en priorité des troubles de l'attention. L'irritabilité et l'agressivité sont nommées par 8% de cette population. En ce qui concerne le plan social, la majorité parle d'une réduction des activités sociales.

La conclusion de cet article montre une opinion plus que favorable du cannabis à 56% avec des phrases comme « trop bien », « c'est génial », contre 25% de cette population avec une opinion négative. Il est également dit que les effets positifs de la substance sont largement plus rapportés dans la population de consommateurs. Quant à la banalisation des risques du cannabis, elle est démontrée par l'absence totale de différence entre les réponses des groupes de consommateurs et de non consommateurs. Nous nous basons ici sur une étude portant sur une population d'adolescents, les représentations sociales du cannabis étant peu étudiées en France en dehors de cette population qui intéresse volontairement les organismes de prévention.

Arrive alors la question de la légalisation du cannabis en France. Si on établit un état des lieux rapide des différentes législations concernant le cannabis, on retrouve 22 états des Etats Unis où la consommation du cannabis médical est autorisée. On y retrouve d'ailleurs des « cannabis clubs » (51) où la vente de cannabis médical est admise. Ces 22 états seront d'ailleurs bientôt rejoints par l'Alaska et la Californie. En Alabama, Dakota du sud, Louisiane et Mississipi cependant, toute personne trouvée avec plus d'un kilo de marijuana et ayant des antécédents judiciaires, quels qu'ils soient, risque la perpétuité. En Allemagne, l'usage n'est pas pénalisé mais la possession et la culture représentent une infraction. Au Japon encore, toute possession de cannabis entraîne cinq ans d'emprisonnement. En France, selon un article du Monde (52), devrait s'appliquer la loi de 1970. La France reste dans les textes l'un des pays les plus prohibitifs en matière de cannabis. Cette loi, peu appliquée, punit la consommation de cannabis, en tant que délit pénal, d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.

Actuellement, en pratique, elle est remplacée par un décret datant du 15 octobre 2015 (53) qui punit la consommation d'une amende pouvant être réglée directement à l'agent de police ayant constaté l'usage de drogue. Le cas du Canada est également intéressant, le gouvernement actuel de Justin Trudeau ayant l'intention d'adopter des lois en faveur de la légalisation. Le Canada serait alors le premier pays du G7 à franchir le pas.

Un rassemblement international s'intéressait entre autre à cette réflexion, et ce récemment. En effet une session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) concernant le problème mondial de la drogue a eu lieu en avril 2016 à New York. Elle a d'ailleurs été avancée de 3 ans. On peut lire dans le rapport de procédures (rapport IDPC) de l'IDPC (International Drug Policy Consortium) que le Canada dit souhaiter modifier sa législation devant un problème de consommation important chez les plus jeunes et devant une volonté de sa population de légaliser le cannabis. Le gouvernement Trudeau reste cependant prudent et dit chercher un nouveau régime pour la marijuana en respectant les objectifs prévus par le contrôle international des drogues. On peut également lire dans ce rapport qu'il est très clair pour beaucoup de pays prenant part à ces processus que les différences philosophiques représentent un aspect fondamental. On peut prendre l'exemple de l'Uruguay, où l'usage médical et récréatif est autorisé, qui argumente en faveur d'une consommation « orientée sur la santé » et qui répond à « l'histoire et aux particularités » du pays.

Un article récent du journal britannique « The Economist » datant de février 2016 (54) parle également de la légalisation du cannabis. Il avance plusieurs arguments, comme la protection du consommateur, une économie d'argent pour les forces de l'ordre, une augmentation des revenus de l'état et la possibilité d'enlever une part de marché aux criminels.

Les opinions restent très partagées, entre des gouvernements très prohibitifs comme la Russie, et d'autres très permissifs comme l'Uruguay. Il faut également prendre en compte la différence entre la légalisation de l'usage médical et de l'usage récréatif du cannabis. Ce travail n'a pas pour but, comme dit précédemment, d'argumenter en faveur d'une légalisation ou non, mais tente de montrer, à l'aide d'un cas isolé certes, les dérives possibles d'une utilisation abusive

sur un terrain potentiellement fragilisé. Il est possible qu'une légalisation du cannabis médical permette une consommation et un produit plus contrôlé, plus « surveillé », dont la provenance et la constitution deviendra alors plus sûre.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OFDT - Drogues et toxicomanie en France - Données, études, enquêtes [Internet]. [cité 13 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/>
2. Le Cannabis en France au xix e siècle : une histoire médicale - EM|consulte [Internet]. [cité 10 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/827248>
3. Gheorghiev C, Arvers P, de Montleau F, Fidelle G, Queyriaux B, Verret C. Le cannabis dans les armées : entre passé et actualité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* août 2009;167(6):429-36.
4. LOI n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. 2003-87 févr 3, 2003.
5. LOI n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. 2007-297 mars 5, 2007.
6. Décret n° 2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés. 2013-473 juin 5, 2013.
7. Code de la santé publique - Article L3213-7. Code de la santé publique.
8. Code de procédure pénale - Article 122. Code de procédure pénale.
9. Code de procédure pénale - Article 706-135. Code de procédure pénale.
10. Code de la santé publique - Article L3211-12-1. Code de la santé publique.
11. Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. In.
12. Guelfi J-D. DSM-4-TR. Elsevier Masson; 2004.
13. Weibel H, Metzger J-Y. Psychoses délirantes aiguës. *EMC - Psychiatr.* janv

2005;2(1):1-15.

14. Les pharmacopsychoses Retranscription par N. Baup. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00137006002900048](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00137006002900048) [Internet]. 17 févr 2008 [cité 18 nov

2015]; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/83200/resultatrecherche/1](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/83200/resultatrecherche/1)

15. Grivois H, Grosso L. La schizophrénie débutante. John Libbey Eurotext; 1998. 236 p.

16. Coustet B. Sémiologie médicale: Apprentissage pratique de l'examen clinique. De Boeck Secundair; 2008. 468 p.

17. Laplantine J. Confusion assessment Method, Validation d'une version française. oct 2005;13-22.

18. Hey H. Etudes psychiatriques. In.

19. Schizophrénie et toxicomanie : aspects génétiques. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues001370060029000423](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues001370060029000423) [Internet]. 17 févr 2008 [cité 20 nov

2015]; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/83204/resultatrecherche/4](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/83204/resultatrecherche/4)

20. Higgins J, Gore R, Gutkind D, Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F, et al. Effects of child-rearing by schizophrenic mothers: a 25-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 1 nov 1997;96(5):402-4.

21. van Os J, Kenis G, Rutten BPF. The environment and schizophrenia. *Nature*. 11 nov 2010;468(7321):203-12.

22. Rivollier F, Lotersztajn L, Chaumette B, Krebs M-O, Kebir O. Hypothèse épigénétique de la schizophrénie : revue de la littérature. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00137006v40i5S0013700614001560](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00137006v40i5S0013700614001560) [Internet]. 2 oct 2014 [cité 20 nov

2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/83204/resultatrecherche/4>

lille2.fr/article/928785/resultatrecherche/4

23. Pelissolo A, Jost F. Pharmacothérapie des troubles de la personnalité. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v169i9S0003448711002678](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/datarevues00034487v169i9S0003448711002678) [Internet]. 5 nov 2011 [cité 18 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/669295/resultatrecherche/6>
24. Pierre T. Les antipsychotiques : Les médicaments psychotropes. Lavoisier; 2013. 266 p.
25. Organisation mondiale de la santé. CIM-10/ICD-10 Critères diagnostiques pour la recherche. In: Masson.
26. Société Américaine de Psychiatrie. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR. In.
27. Lantéri-Laura G. La notion de structure en psychiatrie. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v0160i0101001299](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/datarevues00034487v0160i0101001299) [Internet]. [cité 15 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/7383/resultatrecherche/3>
28. Auxéméry Y. « Névrose » et « Psychose » : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2015;173(8):643-8.
29. Ouimet G. Analyse d'un modèle théorique de la conception dimensionnelle du narcissisme pathologique : incidences probables sur le leadership organisationnel. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00332984v59i4S0033298414000454](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/datarevues00332984v59i4S0033298414000454) [Internet]. 14 nov 2014 [cité 18 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/937938/resultatrecherche/4>
30. Talbot F, Babineau M, Bergheul S. Les dimensions du narcissisme et de l'estime de soi comme prédicteurs de l'agression en lien avec la violence conjugale. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v173i2S0003448713002618](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/datarevues00034487v173i2S0003448713002618)

- [Internet]. 5 mars 2015 [cité 18 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/959654/resultatrecherche/1>
31. Demolder H. La théorie pulsionnelle du Dr L. Szondi. De la «destinée-contrainte» à la «destinée-choix». *Rev Philos Louvain*. 1958;56(51):429-78.
 32. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juill 5, 2011.
 33. Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. déc 2012;170(10):693-8.
 34. Seltensperger B. L'application de la loi du 5 juillet 2011 par les juges des libertés et de la détention depuis le 1er août 2011. *J Fr Psychiatr*. 2010;38(3):36.
 35. Coelho J. Soins psychiatriques et juge des libertés et de la détention (JLD). In 2011.
 36. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 sept 27, 2013.
 37. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *L'Évolution Psychiatr*. janv 2015;80(1):209-20.
 38. Sztulman H. Vers le concept de personnalités limites addictives. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v0159i0301000397](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/00034487v0159i0301000397) [Internet]. [cité 17 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/286/resultatrecherche/6>
 39. Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C. Personality disorders in drug abusers. *Addict Behav*. nov 1998;23(6):841-53.

40. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues09249338v0016i0501005788](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/09249338v0016i0501005788) [Internet]. [cité 17 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/6401/resultatrecherche/1/complSearch>
41. Iribarnegaray S, Franclieu SP de. Troubles de la personnalité. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitestmtm-48042](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/traitestmtm-48042) [Internet]. 23 févr 2016 [cité 18 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1034630/resultatrecherche/7>
42. Personnalités du toxicomane. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues001370060026000168](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/001370060026000168) [Internet]. 17 févr 2008 [cité 18 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/82946/resultatrecherche/10>
43. Jonas C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesps37-68202](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/traitesps37-68202) [Internet]. 22 juill 2014 [cité 15 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/909477/resultatrecherche/3>
44. Morvan Y, Rouvier J, Olié J-P, Lôo H, Krebs M-O. Consommations de substances illicites chez les étudiants : une enquête en service de médecine préventive. *L'Encéphale*. déc 2009;35:S202-8.
45. Chabrol H, Mabila JD, Chauchard E, Mantoulan R, Rousseau A. Contribution des influences parentales et sociales à la consommation de cannabis chez des adolescents scolarisés. *L'Encéphale*. janv 2008;34(1):8-16.
46. Phan O, Obradovic I, Har A. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesps37-63167](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/traitesps37-63167) [Internet]. 3 mars

2016 [cité 21 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1036611/resultatrecherche/7>

47. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry*. oct 2000;57(10):979-86.

48. Friedman AS, Glassman K, Terras BA. Violent behavior as related to use of marijuana and other drugs. *J Addict Dis*. 2001;20(1):49-72.

49. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*. juill 1990;41(7):761-70.

50. Chabrol H, C, Roura C, Kallmeyer A. Les représentations des effets du cannabis : une étude qualitative chez les adolescents consommateurs et non consommateurs. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0013700600300003259](http://www.em-premium.com.doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0013700600300003259) [Internet]. 17 févr 2008 [cité 20 nov 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/83266/resultatrecherche/3>

51. Grotenhermen F, Russo E. Cannabis and Cannabinoids: Pharmacology, Toxicology, and Therapeutic Potential. Psychology Press; 2002. 482 p.

52. Pour une légalisation du cannabis : les arguments de « The Economist » [Internet]. Big Browser. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: <http://bigbrowser.blog.lemonde.fr/2016/02/16/pour-une-legalisation-du-cannabis-les-arguments-de-the-economist/>

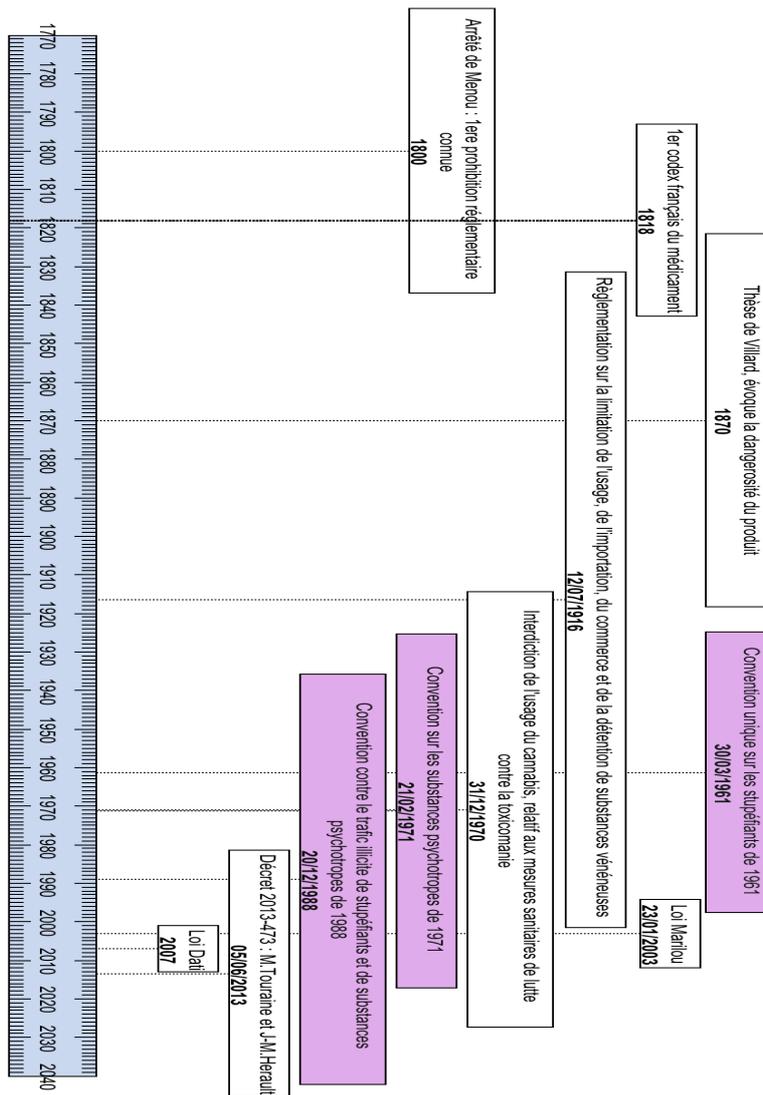
53. Décret n° 2015-1272 du 13 octobre 2015 pris pour l'application des articles 41-1-1 du code de procédure pénale et L. 132-10-1 du code de la sécurité intérieure. 2015-1272 oct 13, 2015.

54. Reeferegulatory challenge. *The Economist* [Internet]. févr 2016 [cité 27 juill 2016];

Disponible sur: <http://www.economist.com/news/briefing/21692873-growing-number-countries-are-deciding-ditch-prohibition-what-comes?zid=319&ah=17af09b0281b01505c226b1e574f5cc1>

7. ANNEXES

Annexe 1 : Frise introduction



Annexe 2 : Critères diagnostiques

Critères diagnostiques de la schizophrénie selon la CIM-10 (code F20)

- **Symptômes caractéristiques** : ≥ 1 critère (1 à 4) ou ≥ 2 critères (5 à 8), pendant ≥ 1 mois, ou critère (9) pendant ≥ 12 mois (soit 1 an pour la schizophrénie simple), sans faire référence à une phase prodromique non psychotique :
 1. Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.
 2. Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.
 3. Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.
 4. Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surhumains (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...).
 5. *Hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.*
 6. *Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée. Rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes.*
 7. *Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.*
 8. *Symptômes "négatifs" : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique.*
 9. *Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.*
- **Critères d'exclusion** :
 1. Symptômes dépressifs ou maniaques au premier plan, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles de l'humeur. Ou symptômes affectifs d'importance à peu près égale aux symptômes schizophréniques et se développant simultanément : trouble schizo-affectif (F25)
 2. Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie (F06.2)
 3. Intoxication ou un sevrage à une substance psycho-active (F1x.5)

Tableau 1 - Critères diagnostiques de la Classification internationale des maladies

Pour poser le diagnostic de certitude, ces symptômes, qu'ils soient légers ou marqués, devraient être présents dans chacune des sections suivantes :

A	Altération de la conscience et de l'attention (dans un continuum allant de l'obnubilation au coma)
B	Perturbation globale de la cognition (distorsions perceptives, illusions et hallucinations, le plus souvent visuelles : altération de la pensée abstraite et de la compréhension avec ou sans délires transitoires, mais typique avec un certain degré d'incohérence ; altération du rappel immédiat et de la mémoire récente avec une mémoire éloignée relativement préservée ; désorientation dans le temps et, dans les cas les plus sévères, dans l'espace, avec trouble de la reconnaissance des personnes)
C	Troubles psychomoteurs (hypo- ou hyperactivité, avec passages imprévisibles de l'un à l'autre ; allongement des temps de réaction ; augmentation ou diminution du débit de la parole ; majoration des réactions de sursaut)
D	Perturbations du cycle nyctéméral (insomnie ou, dans les cas les plus sévères, perte totale du sommeil ou inversion du cycle nyctéméral ; somnolence diurne ; aggravation nocturne des symptômes ; perturbation des rêves, cauchemars, pouvant se poursuivre par des hallucinations après le réveil)
E	Troubles émotionnels, par exemple dépression, anxiété ou peur, irritabilité, euphorie, apathie ou perplexité anxieuse

Le début est rapide, l'évolution diurne est fluctuante et la durée totale des troubles est inférieure à 6 mois. Le tableau clinique ci-dessus est si caractéristique que le diagnostic de confusion mentale peut être porté avec quasi-certitude, même si la cause sous-jacente n'est pas formellement établie. Si le diagnostic est douteux, outre la notion d'une affection générale ou cérébrale, la preuve d'un dysfonctionnement cérébral (telle qu'un électroencéphalogramme anormal, montrant habituellement, mais pas toujours, un ralentissement de l'activité de fond) peut être nécessaire

Tableau 2 - Critères diagnostiques de la confusion mentale (delirium) du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR

A	Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement), avec diminution de la capacité à diriger, focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention
B	Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions, qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution
C	La perturbation s'installe en un temps très court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée

Tableau 3 - *Confusion assessment method*

Critère 1 : apparition aiguë et symptomatologie fluctuante	Ce critère est habituellement obtenu auprès d'un membre de la famille ou de l'infirmière. Il est rempli en cas de réponse positive à chacune des deux questions suivantes : y a-t-il eu un changement brutal des fonctions cognitives du patient par rapport à l'état de base ? Existe-t-il un comportement (anormal) fluctuant dans la journée, apparaissant puis disparaissant, ou bien croissant ou décroissant en sévérité ?
Critère 2 : inattention	Ce critère est présent en cas de réponse positive à la question suivante : le patient a-t-il des difficultés pour se concentrer, est-il par exemple facilement distrait ou a-t-il des problèmes pour garder le fil de la conversation ?
Critère 3 : pensée désorganisée	Ce critère est présent en cas de réponse positive à la question suivante : le patient pense-t-il de manière désorganisée et incohérente, a-t-il une conversation improductive ou décousue, des idées peu claires ou illogiques, ou passe-t-il de manière imprévisible d'un sujet à l'autre ?
Critère 4 : altération du niveau de conscience	Ce critère est présent pour toute réponse autre que « normal » à la question suivante : comment évaluez-vous le niveau de conscience du patient (normal, hyperréactif, somnolent, réveillable ou non réveillable) ?
Le diagnostic de confusion nécessite les critères 1 + 2, associés au critère 3 ou 4	

CRITERES DSM IV TR TROUBLES DE LA PERSONNALITE

■ Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

(1) la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)

(2) l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)

(3) le fonctionnement interpersonnel (4) le contrôle des impulsions

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

F. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

CRITERES DSM IV PERSONNALITE LIMITE

■ Critères diagnostiques de F60.31 1301.831 La personnalité borderline

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (**N.-B.** : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les auto- mutilations énumérés dans le Critère 5)
- (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- (3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxico- manie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). **N.-B.** : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les auto- mutilations énumérés dans le Critère 5.
- (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- (7) sentiments chroniques de vide
- (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
- (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

CRITERES DSM IV PERSONNALITE NARCISSIQUE

■ Critères diagnostiques de F60.8 1301.811 La personnalité narcissique

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et (le manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (p. ex., surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport)
- (2) est absorbé par des fantaisies *de* succès illimité, de pouvoir, de splendeur, *de* beauté ou d'amour idéal
- (3) pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau
- (4) besoin excessif d'être admiré
- (5) pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits
- (6) exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins
- (7) manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui
- (8) envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient
- (9) fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains

CRITERES DSM IV PERSONNALITE DEPENDANTE

■ Critères diagnostiques de F60.7 1301.61 La personnalité dépendante

Besoin général et excessif (l'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq (les manifestations suivantes :

- (1) le sujet a du mal à prendre riez décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui
- (2) a besoin que d'autres assument les responsabilités clans la plupart des domaines importants de sa vie
- (3) a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. **N.-B.** : Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions
- (4) a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie)
- (5) cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point rie faire volontairement des choses désagréables
- (ô) se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller
- (7) lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin
- (8) est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul

AUTEUR : Nom : Hugonny

Prénom : Laure

Date de Soutenance : 19 septembre 2016

Titre de la Thèse : Trouble psychotique induit par le cannabis, approche clinique et aspects médico-légaux à propos d'un cas d'homicide.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Le cannabis aujourd'hui en France est largement consommé. Nous reviendrons sur son arrivée et ses conséquences, en nous basant sur les travaux des personnes l'ayant étudié en premier lieu comme Moreau de Tours.

Nous exposerons ensuite le cas d'un homme d'une trentaine d'années ayant commis un homicide particulièrement violent sous l'emprise de cette substance.

Lors de son arrivée en psychiatrie, on retrouve un état d'agitation important avec un syndrome hallucinatoire. Plusieurs expertises auront lieu, ne permettant pas d'évoquer un diagnostic de schizophrénie, mais des troubles psychotiques aigus, déclenchés ou favorisés par l'usage de cannabis. Nous définirons donc les notions de bouffée délirante aigue, de psychose aigue et de pharmacopsychose afin d'établir un diagnostic précis. Nous écarterons les éventuels diagnostics différentiels comme les états confusionnels et la schizophrénie.

Certaines notions psychopathologiques nous serviront afin d'étudier la personnalité du patient, comme le texte de Otto F.Kernberg sur la personnalité narcissique, et sur un test projectif : le test de Szondi. Nous citerons quelques éléments génétiques afin de comprendre la possibilité d'une certaine vulnérabilité au produit.

Les éléments de prise en charge d'un point de vue médico légal seront également abordés, explorant les avancées et contraintes de l'apparition de la loi du 05 juillet 2011.

Nous concluons en citant les difficultés de la prise en charge d'un patient tel que Mr X, les nuances de fonctionnement d'un programme de soin et le cadre législatif dans lequel il s'opère.

Composition du Jury : Pr Thomas, Pr Vaiva, Pr Cottencin, Dr Durand

Président : Pr Thomas

Assesseurs : Pr Vaiva, Pr Cottencin, Dr Durand