

**Dr André Tabo\***, **Dr Caleb Grégoire Kette\***, **Dr Simliwa Kolou Dassa\*\***, **Dr Alain Maxime Mouanga\*\*\***,  
**Dr Pascal Mbelesso\*\*\*\***, **Pr Arouna Ouedraogo\*\*\*\*\***, **Pr René Gualbert Ahyi\*\*\*\*\***

\* Service de psychiatrie du CNHU de Bangui, République Centrafricaine. Courriel : andretabo@yahoo.fr

\*\* Service de psychiatrie, CHU Lomé, Tokoin, Togo

\*\*\* Service de psychiatrie, CHU de Brazzaville, Congo

\*\*\*\* Service de neurologie, Hôpital de l'Amitié, Bangui, République Centrafricaine

\*\*\*\* Faculté de médecine, Université de Ouagadougou, Burkina Faso

\*\*\*\*\* Faculté des sciences de la santé, Université d'Abomey Calavi, Cotonou, Bénin

Reçu septembre 2009, accepté janvier 2010

# Troubles psychotiques et abus de cannabis

## Étude en milieu hospitalier (République Centrafricaine)

### Résumé

Les troubles psychotiques constituent les principaux effets psychiques de l'abus du cannabis. D'après les résultats de plusieurs études effectuées en Europe, la réalité du lien entre l'abus du toxique et la survenue de ces états reste sujette à controverses. Cette présente étude prospective d'épidémiologie clinique de type descriptif vise à déterminer la place du cannabis dans les facteurs étiologiques des troubles psychiatriques présentés par 61 patients pris en charge au Centre hospitalier de Bangui (République Centrafricaine). C'étaient majoritairement des jeunes de sexe masculin, sans profession ou exerçant un métier précaire, qui ont présenté diverses affections psychiatriques. La réalité du lien entre leurs conduites addictives et l'écllosion des troubles n'a pas été établie de façon certaine. La nécessité d'une étude mieux structurée est souhaitée par les auteurs de ce travail.

### Mots-clés

Addiction – Cannabis – Psychose – Schizophrénie – Bangui.

### Summary

**Psychotic disorders and cannabis abuse. Study in Bangui Hospital, Central African Republic**

Psychotic disorders are the major psychological effects of cannabis abuse. According to the results of several studies carried out in Europe, the reality of the link between the abuse of the drug and the occurrence of these states remains controversial. This prospective study of clinical epidemiology of a descriptive type aims at determining the place of cannabis in the causal factors of psychiatric disorders presented by 61 patients who were taken care of in Bangui Hospital (Central African Republic). Mostly young men without occupation or having a precarious job, they presented various psychiatric disorders. The reality of the link between their addictive behaviour and the occurrence of the disorders has not been clearly established. The need for a better structured study is desired by the authors of this study.

### Key words

Addiction – Cannabis – Psychosis – Schizophrenia – Bangui.

L'existence d'une relation entre l'usage de cannabis et la schizophrénie a déjà été évoquée dans les années 1980 (1). La question relative à la nature exacte de cette association est restée en suspens. La part étiologique de l'usage de cannabis dans la physiopathologie de la schizophrénie demeure l'objet de controverses. Cinq études longitudinales récentes à grande échelle et mieux contrôlées ont été conduites dans plusieurs pays (1-6).

Elles ont abouti à des résultats convergents qui suggèrent que l'usage – et particulièrement l'usage important – de cannabis chez des individus vulnérables pourrait être associé à une augmentation du risque de psychose ou de symptômes psychotiques. Cette hypothèse s'appuie non seulement sur les études longitudinales prospectives déjà citées, mais aussi sur les résultats de recherches de laboratoire examinant les effets du cannabis et le rôle du système

cannabinoïde dans le fonctionnement du cerveau chez des sujets sains et chez ceux présentant une schizophrénie (7). Notre travail se propose de déterminer l'incidence de l'usage de cannabis parmi les facteurs étiologiques des troubles psychiatriques chez des sujets hospitalisés en psychiatrie à Bangui. Plus précisément, il s'agit de décrire le profil épidémiologique des usagers, d'inventorier les principaux tableaux cliniques observés et de déterminer le profil évolutif des catégories diagnostiques.

## Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective de type descriptif réalisée à partir d'une population de sujets hospitalisés une première fois pour troubles psychotiques au Centre national hospitalier universitaire de Bangui (CNHUB). L'étude qui a duré 12 mois, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2008, a concerné exclusivement les patients admis pour des troubles psychotiques aigus – F23 de la Classification internationale des maladies de l'OMS, 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10) – liés à l'usage de cannabis associé ou non à d'autres substances psychoactives. Ont été exclus les patients ayant présenté des désordres psychopathologiques sans prise de toxique, ou ayant des antécédents personnels de psychose, ou encore perdus de vue (évadés) au cours de l'hospitalisation. Le recueil des informations s'est effectué à partir des fiches d'observations médicales sur lesquelles ont été notés les données sociodémographiques de chaque patient, les symptômes constatés selon la CIM-10, les comptes rendus des entretiens qui ont précisé l'âge de début de l'intoxication cannabique, la fréquence et les modalités des prises.

Le diagnostic clinique des troubles a été posé selon les critères de la CIM-10. Le diagnostic différentiel entre les entités identifiées a été réalisé à partir des données de l'anamnèse, de la symptomatologie, de l'évolution clinique au cours de l'hospitalisation et du profil évolutif du syndrome déterminé par le suivi en postcure effectué pendant un an après la sortie de l'hôpital. Toutes ces données ont ensuite été recueillies sur une fiche d'identification individuelle anonyme. La saisie, le traitement et l'analyse des données ont été effectués grâce au logiciel Epi Info<sup>TM</sup> 6.0.

## Résultats

Sur un total de 471 patients hospitalisés en 2008, 82 (17,4 %) ont été admis pour des troubles psychiatriques liés à la prise de substances psychoactives. Parmi eux, 67 (81,7 %) ont fait un usage répété de cannabis, associé

**Tableau I :** Répartition des patients selon les associations toxiques et les affections psychiatriques

Paramètre		Effectif (n = 61)	%
Associations toxiques	Cannabis seul	30	49,2
	Cannabis + alcool + tabac	22	36,0
	Cannabis + tabac	5	8,2
	Cannabis + alcool	4	6,6
Affections psychiatriques	Psychose cannabique	31	50,8
	Symptômes de schizophrénie	15	24,6
	Ivresse cannabique	10	16,4
	Troubles schizoaffectifs	5	8,2

ou non à d'autres toxiques. Six sujets se sont évadés du service quelques minutes après leur admission. Les 61 patients retenus étaient majoritairement de sexe masculin (n = 58). Les âges variaient entre 17 et 45 ans, avec une moyenne de 25,6 ans.

Les entretiens avec les sujets et leurs familles ont mis en évidence plusieurs associations de substances psychoactives. La consommation en groupe était de règle parmi les plus jeunes (moins de 25 ans). Il y avait en moyenne une prise par jour. L'usage régulier avait duré environ huit ans ; cette durée de consommation n'avait pas influencé la survenue des troubles. L'âge moyen de début de l'usage était de 13 ans, avec des extrêmes à neuf et 28 ans. La quantité de produit utilisée était variable et dépendait des moyens financiers disponibles, à l'exception des patients reçus pour ivresse cannabique qui avaient fumé une grande quantité de cannabis en une fois. 30 patients (49,2 %) fumaient le cannabis seul. Dans les autres cas (50,8 %), l'alcool et/ou le tabac étaient utilisés en association (tableau I).

L'agitation souvent extrême et l'hétéroagressivité étaient associées aux troubles psychotiques aigus. Les symptômes constatés ont permis d'identifier quatre catégories diagnostiques. La psychose cannabique a été diagnostiquée chez 31 sujets (50,8 %). Parmi eux, huit ont connu une rechute lors de nouvelles prises. Chez 15 patients (24,6 %), des symptômes de schizophrénie ont été relevés. Le diagnostic d'ivresse cannabique a été retenu chez dix patients (16,4 %). Cinq patients (8,2 %) avaient présenté d'autres troubles psychotiques, essentiellement des troubles schizoaffectifs (F25) (tableau I).

L'anamnèse a révélé que des troubles d'intensité modérée avaient commencé depuis plusieurs mois, voire plusieurs années chez 13 sujets. L'hospitalisation avait duré entre 17 et 38 jours, avec une moyenne de 25,7 jours. L'évolu-

Tableau II : Données anamnestiques, descriptions cliniques et évolution des catégories diagnostiques

Paramètre		Psychose cannabique (n = 31)	Symptômes de schizophrénie (n = 15)	Ivresse cannabique (n = 10)	Troubles schizoaffectifs (n = 5)
Durée de la consommation	0-1 an	0	0	9	0
	2-5 ans	17	1	1	0
	6-10 ans	8	3	0	2
	> 10 ans	6	11	0	3
Début des troubles	Brutal	31	4	10	3
	Insidieux	0	11	0	2
Symptômes	Délire aigu	31	15	10	5
	Hallucinations	31	15	10	5
	Agitation	31	15	10	5
	Dépersonnalisation	30	14	6	2
	Troubles affectifs	5	2	8	3
	Angoisse	27	15	10	5
	Écho de la pensée	0	15	0	0
	Retrait affectif	0	15	0	0
	Dissociation	0	15	2	0
	Apragmatisme	0	15	0	0
	Ambivalence	0	15	0	0
	Sentiments de bonheur	0	0	10	0
Hétéroagressivité	0	9	1	2	
Évolution clinique favorable	15 jours	23	0	7	0
	20 jours	5	2	3	2
	25 jours	3	3	0	2
	30 jours	0	5	0	0
	> 30 jours	0	5	0	1
Devenir des patients après 1 an de suivi	Rechutes	8	15	0	5
	Rémission complète	23	0	10	0

tion clinique a été favorable au bout de 15 jours chez 41 patients, notamment ceux ayant présenté des symptômes de psychose et d'ivresse cannabiques. Cette évolution a été plus longue (> 25 jours) chez ceux ayant présenté des symptômes de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques (tableau II).

## Discussion

Cette étude s'est heurtée au manque de laboratoire d'analyses pour confirmer la présence du toxique dans les urines des patients. Aussi, une étude cas-témoins aurait permis de rechercher le lien épidémiologique entre la survenue des symptômes psychotiques et l'usage de cannabis. Le manque de ressources disponibles rend impossible pour le moment la réalisation d'une étude dans le service de psychiatrie du CNHUB confronté à des difficultés financières.

L'incidence de l'usage de cannabis dans la survenue des troubles psychiatriques était de 74,4 % (61/82) parmi les patients qui ont présenté des troubles psychiatriques liés à la prise de substances psychoactives. Okitandu et

al. avaient retrouvé une incidence de 13 % en milieu rural en République Démocratique du Congo (8). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le travail mené à Bangui a été réalisé en milieu urbain. L'âge moyen du début de l'intoxication se situait à l'adolescence (13 ans). Comme l'ont souligné Facy et al., l'usage précoce de cannabis en milieu urbain est à rattacher à trois facteurs principaux : la famille, les bandes et l'école. Selon ces auteurs, la fragilité de la famille, nucléaire ou élargie, jette dans la rue beaucoup de jeunes désœuvrés et sans ressources. Cette catégorie de jeunes constitue vite des bandes de mendiants, de petits porteurs ou de voleurs. L'environnement malsain où évoluent ces jeunes constitue un milieu favorable à la consommation de drogue (4). Les caractéristiques socioéconomiques des patients ont montré qu'ils recherchaient l'effet dopant du cannabis, notamment l'effet de facilitation et l'énergie nécessaire au travail en vue d'une valorisation psychosociale de leur personne. Le profil syndromique psychiatrique accuse les mécanismes de lutte contre la dépression.

En dehors de la crise excitomotrice, l'existence de troubles affectifs avec excitation peut s'expliquer par la psychopa-

thologie africaine où l'agitation est de loin le moyen le plus fréquent d'expression du bonheur comme du malheur (9). Les troubles psychotiques répertoriés à Bangui étaient ceux classiquement décrits, comme par Okitandu et al. (8). La classification nosographique des différents troubles psychotiques observés montre une nette prédominance des "troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques", comme dans la CIM-10 (7). Les données de l'anamnèse ont révélé que les patients avaient présenté ces troubles concomitamment à l'intoxication ou dans les jours ou les semaines qui avaient suivi l'arrêt de l'intoxication cannabique. L'absence de rechute chez 23 patients ayant arrêté leur usage de cannabis et le fait que les huit autres avaient refait le même tableau clinique lors de nouvelles consommations nous avaient confortés dans le diagnostic de psychose cannabique. McGuire et al. ont rapporté les psychoses cannabiques parmi les principales étiologies des troubles psychotiques aigus (10).

En milieu traditionnel africain, le cannabis est consommé au cours des rites ou pour des travaux durs et collectifs. Ce mode de consommation reste en général sans pathogénicité mentale patente, et l'absence de perturbations psychocomportementales après ces prises est considérée comme un critère de validation d'une forte masculinité. La vulnérabilité psychopathologique des patients de Bangui peut s'expliquer, entre autres, par leur acculturation et la recherche d'une réussite individuelle. Dans une société collectiviste comme celle de Bangui, cette recherche de réussite individuelle peut constituer un facteur de risque de décompensation psychique par l'énorme angoisse de parvenir à l'individualisme et de se voir ainsi renié par les siens (11).

Les résultats des différentes approches – pharmacologiques, épidémiologiques, neurobiologiques, génétiques et neurologiques – ont suggéré que la consommation de cannabis pouvait contribuer à la psychopathologie des psychoses en général et de la schizophrénie en particulier (12). Sur le plan épidémiologique, il a été montré, à la lumière des données récentes, que l'usage important et précoce du cannabis jouerait un rôle causal dans l'émergence d'une schizophrénie chez des individus vulnérables.

C'est donc la rencontre d'un certain type d'usage (important et précoce) et d'un certain type de population (adolescent présentant une vulnérabilité) qui constitue une population à risque (12). Les études longitudinales conduites dans cinq pays (1-3, 5, 6, 13, 14) ont montré que l'usage de cannabis est clairement un facteur causal qui n'est pas nécessaire pour le développement de la psy-

chose car tous les adultes souffrant de schizophrénie n'ont pas consommé ce produit à l'adolescence. De même, il est évident que cet usage n'est pas une cause suffisante pour la survenue de la maladie car la majorité des consommateurs de cannabis à l'adolescence ne développe pas une schizophrénie à l'usage adulte. Selon ces travaux, les troubles psychotiques observés chez les usagers de cannabis posent le problème des rôles respectifs du toxique et de la structure psychologique sous-jacente dans le déterminisme des troubles constatés. Ces études ont conclu que le cannabis ne représente qu'un facteur parmi plusieurs autres possibles qui forment une constellation causale impliquée dans le développement de la schizophrénie chez l'adulte. Elles ont reconnu qu'il existe un réel besoin pour davantage de preuves afin de confirmer cette contribution causale et de mieux comprendre les voies par lesquelles la consommation du cannabis pourrait être transformée en une susceptibilité accrue à la psychose ou aux autres troubles mentaux (12).

## Conclusion

L'usage abusif de cannabis est courant en République Centrafricaine, surtout chez les adolescents et les jeunes adultes. Cette conduite a de multiples conséquences psychosociales parmi lesquelles on compte les troubles psychiatriques et psychopathologiques. En tenant compte de l'état actuel de la recherche opérationnelle en République Centrafricaine, il est impossible d'établir un lien épidémiologique certain entre l'abus de cannabis et la survenue des désordres psychiatriques. L'étude réalisée à Bangui soulève plus de questions qu'elle n'apporte de réponses sur l'existence de ce lien. Une étude cas-témoins multicentrique avec toutes les structures indispensables en matière de laboratoires et un suivi clinique permettraient d'avancer dans la recherche de ce lien hypothétique. ■

A. Tabo, C.G. Kette, S.K. Dassa, A.M. Mouanga, P. Mbelesso, A. Ouedraogo, R.G. Ahyi  
**Troubles psychotiques et abus de cannabis. Étude en milieu hospitalier (République Centrafricaine)**

*Alcoologie et Addictologie* 2010 ; 32 (1) : 61-65

## Références bibliographiques

- 1 - Andreasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg H. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987 ; 26 (2) : 1482-1486.
- 2 - Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *Br Med J* 2002 ; 325 : 1212-1213.
- 3 - Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptom. *Addiction* 2005 ; 100 (3) : 354-366.
- 4 - Facy F, Gueye M, Ahyi RG, Kalasa B. Enquêtes épidémiologiques sur l'usage de drogues en Afrique. Bénin, Côte d'Ivoire, Madagascar, Sénégal. *Psychopath Afric* 1995-1996 ; 27 (2-3) : 177-202.
- 5 - Henquet C, Murray R, Linzen D, Van Os J. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophrenia Bulletin* 2005 ; 31 : 608-612.
- 6 - Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R et al. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population – based study. *Am J Epidemiol* 2002 ; 156 : 319-327.
- 7 - Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, des troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10). Paris : Masson, 1993.
- 8 - Okitandu LE, Mifundu B. Cannabisme et troubles mentaux en milieu rural zaïrois. Aspects épidémiologiques. *Med Af Noire* 1995 ; 42 (5) : 243-245.
- 9 - Sow I. Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire. Paris : Payot, 1978.
- 10 - McGuire PK, Jones P, Harvey I et al. Cannabis and acute psychosis. *Schizophr Res* 1994 ; 13 : 161-167.
- 11 - Laplantine F. Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire. Paris : J.-P. Delarge, Éditions Universitaires, 1976.
- 12 - Rahioui H, Malapert E, Reynaud M. Données actuelles sur les liens entre cannabis et schizophrénie. *Synapse* 2005 ; 220 : 3-6.
- 13 - Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT, Madden PAF. Early reactions to cannabis predict later dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2003 ; 60 : 1033-1039.
- 14 - Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *Br Med J* 2002 ; 325 : 1-5.