

R13

## En quoi et comment le cannabis peut-il être toxique pour le cerveau ?

A. Dervaux

Addictologie, centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

**Mots clés :**  $\Delta$ -9-THC ; Cannabis ; Troubles cognitifs ; Troubles psychotiques

La toxicité cérébrale du cannabis est marquée principalement par des effets cognitifs, addictifs et psychotomimétiques.

**Troubles cognitifs.**– Plusieurs études ont montré que l'administration aiguë de  $\Delta$ -9-THC, principal principe actif du cannabis, et que la consommation régulière de cannabis entraînaient des troubles de l'attention, de la mémoire, en particulier de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique ainsi que des troubles des fonctions exécutives. Ces troubles ont un impact sur l'apprentissage, les acquisitions scolaires, la conduite d'un véhicule et les tâches complexes. Ils sont liés à la dose, à la fréquence, à la durée d'exposition et à l'âge de la première consommation. Ils peuvent disparaître après sevrage, mais des anomalies durables s'observent chez les sujets ayant débuté leur consommation avant l'âge de 15 ans.

**Effets addictifs.**– La fréquence sur la vie entière de la dépendance au cannabis, caractérisée essentiellement par le *craving*, la perte de contrôle de la consommation et le retentissement important sur la vie familiale/professionnelle/sociale est, d'après certaines études, de 1 % en population générale. Le syndrome de sevrage, décrit en 2004, pourrait être inclus dans le DSM-5.

**Effets psychotomimétiques.**– Fréquents, les symptômes psychotiques induits par la consommation de cannabis (idées de référence, de persécution) disparaissent spontanément dans les 24 heures. Ils durent parfois plusieurs semaines dans les pharmacopsychoses. Neuf études longitudinales ont montré que les sujets qui avaient fumé du cannabis avaient deux fois plus de risque environ que les sujets abstinents, de présenter ultérieurement des troubles psychotiques. Le risque, dose-dépendant, est plus élevé lorsque la consommation de cannabis a débuté avant l'âge de 15 ans et chez les sujets qui ont des antécédents familiaux de troubles psychotiques. L'évolution de la schizophrénie est aggravée par la consommation de cannabis.

**Toxicité cérébrale du cannabis.**– Elle est liée à l'interaction du  $\Delta$ -9-THC sur les récepteurs cannabinoïdes cérébraux CB1, localisés principalement dans l'hippocampe, le cervelet, le cortex frontal, le striatum et les ganglions de la base. Plusieurs études ont retrouvé que la consommation de cannabis pouvait interférer avec le système endocannabinoïde cérébral lors de la maturation du cerveau à l'adolescence. Elle favorise aussi des troubles vasculaires cérébraux. Les études d'imagerie cérébrale ont retrouvé que les effets du cannabis, modérés en cas d'usage simple, étaient marqués chez les consommateurs réguliers par une diminution dose-dépendante de la densité de substance grise au niveau de l'hippocampe, des régions parahippocampiques et de l'amygdale.

*Pour en savoir plus*

Benyamina A, Lecacheux M, Blecha L, Reynaud M, Lukasiewicz M. Pharmacotherapy and psychotherapy in cannabis withdrawal and dependence. *Expert Rev Neurother* 2008;8:479–91.

Dervaux A, Benyamina A. Troubles induits par le cannabis. *Encephale* 2002;HS8:31–5.

Dervaux A, Goldberger C, Gourion D, Bourdel MC, Laqueille X, Léo H, et al. Impulsivity and sensation seeking in cannabis abusing patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2010;123:270–80.

Dervaux A, Krebs MO, Laqueille X. Is cannabis responsible for early onset psychotic illnesses? *Neuropsychiatry* 2011;1(3):203–7.

Dervaux A, Laqueille X. Cannabis: usage et dépendance. *Presse Med* 2012;41:1233–40.

Goldberger C, Dervaux A, Gourion D, Bourdel MC, Laqueille X, Léo H, et al. Variable individual sensitivity to cannabis

among patients with schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010;13:1145–54.

Laqueille X, Benyamina A, Kanit M, Dervaux A. Aspects psychiatriques de la consommation de cannabis. *Inf Psychiatrique* 2003;79:207–13.

Reynaud M, Benyamina A. *Addiction au cannabis*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 2009, 150p.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.004>

## Session thématique : acceptation, un mot nouveau pour l'alcoolodépendance

Président : G. Brousse, CHU de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

S12A

## Les thérapies de pleine conscience dans l'aide à la prévention de la rechute

E. Peyron

Clinique Villa des Roses, hôpital de Jour, 69005 Lyon, France

**Mots clés :** *Mindfulness* ; Acceptation ; Alcoolodépendance

La prise en charge du sujet alcoolodépendant, utilisant les techniques de thérapie cognitivo-comportementales (TCC) a suivi l'évolution de ces techniques. Historiquement, les TCC ont évolué selon trois vagues. La première vague est comportementale et s'inspire directement des théories de l'apprentissage. On cherche dans ce cas à aider le patient à modifier son comportement. La deuxième vague des TCC a été centrée sur les cognitions. Le but du travail psychothérapeutique était d'aider le patient à favoriser des pensées alternatives lors d'une situation à risque. Depuis les années 2000, est née une troisième vague. Celle-ci se centre sur les relations entre la cognition et l'émotion [4]. L'hypothèse est que les troubles psychiques résulteraient d'une suppression erronée d'information émotionnelle. Par conséquent, la thérapie de la *mindfulness* – de la pleine conscience –, c'est à dire de l'expérience vécue pleinement de l'ici et maintenant, s'intéresse au contexte des expériences psychologiques. Les premiers programmes de thérapie de la pleine conscience ont été développés pour le sujet souffrant de maladies ou de douleurs chroniques pour améliorer leur qualité de vie [5]. Pour le sujet alcoolodépendant, un programme intègre la pratique de la *mindfulness* à la prévention de la rechute (Mindfulness-Based Relapse Therapy: MBRT) [3,6,7]. Ce programme thérapeutique, que nous décrivons, s'appuie sur huit séances hebdomadaires. Nous avons aussi utilisé le programme classique de la *mindfulness* chez le sujet alcoolodépendant. La thérapie de la pleine conscience nous paraît intéressante à la fois dans la gestion du *craving*, mais aussi dans la gestion des émotions. Enfin, nous chercherons aussi, à partir des lectures des Stoïciens, d'Augustin (De Trinitate) [2], et d'Arendt (La vie de l'esprit) [1] à expliquer comment la pleine conscience est acceptation, acceptation d'un ordre qui ne dépend pas de nous, mais acceptation constitutive de notre liberté. L'acceptation est donc éthique.

**Références**

- [1] Arendt H. *La vie de l'esprit*. Paris, France: PUF; 2007.
- [2] Augustin S. *De Trinitate*, bibliothèque de la Pléiade, Œuvres. III Paris, France: Gallimard; 2002.
- [3] Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinical's guide*. New York, USA: Guilford Press; 2010.
- [4] Cottraux J. *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. 5<sup>e</sup> ed. Issy-Les-Moulineaux, France: Éditions Elsevier Masson; 2011.

- [5] Kabat-Zinn J. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR ou réduction du stress basée sur la mindfulness. Paris, France: Éditions J'ai lu; 2013.
- [6] Marlatt GA, Bowen S, Lustyk MKB. Substance abuse and relapse prevention. In: Germer CK, Siegel RD, editors. *Widson and compassion in psychotherapy, deepening mindfulness in clinical practise*. New York, USA: The Guilford Press; 2012.
- [7] Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav* 2013;38:1563–71.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.005>

S12B

### Comment conjuguer approche psychothérapique et nouveaux paradigmes pharmacologiques ?

H.-J. Aubin

Département de psychiatrie et d'addictologie, hôpital Paul-Brousse, 94800 Villejuif, France

L'Agence européenne des médicaments a récemment approuvé la mise sur le marché du premier médicament visant la réduction de la consommation chez les personnes alcoolodépendantes. Jusque là, tous les médicaments proposés dans l'alcoolodépendance s'adressaient à des patients devant viser (implicitement ou explicitement) l'abstinence. Ce nouveau paradigme pharmacologique a évidemment un impact marqué sur l'approche psychothérapique des patients.

*Entretien motivationnel.* – Le nouveau paradigme pharmacologique permet de renforcer l'idée que le choix de l'objectif du traitement (réduction ou abstinence) ne doit pas être imposé par le thérapeute, mais sera le fruit de l'interaction thérapeute-patient. Le respect du choix de l'objectif par le patient permet d'éviter le phénomène de « réactance psychologique », phénomène induit par la menace d'entraver la liberté d'action d'un individu. La réactance psychologique se manifeste par la tentative de restaurer cette liberté perdue. D'où des réactions paradoxales à la prescription de l'abstinence par le thérapeute.

*Thérapie cognitivo-comportementale de l'alcoolodépendance.* – Les programmes les plus classiquement proposés en France sont orientés vers l'abstinence. Les stratégies classiques de gestion du *craving* ou le développement d'un plan d'urgence pour faire face à un faux-pas sont typiquement adaptées à l'objectif de l'abstinence, mais pas à celui de la réduction. De nouveaux principes doivent être intégrés pour la réduction de la consommation d'alcool : définition de l'objectif de consommation (fréquence, quantité, situations), monitoring rigoureux, et stratégies de modération de la consommation (rythme, alternance avec boissons non alcoolisées, . . .). Finalement, alors que l'état d'esprit de la prise en charge est notablement modifié avec l'intégration du nouveau paradigme vers plus de souplesse et d'acceptation par le thérapeute, l'essentiel des composantes psychothérapiques reste similaire à l'approche classique orientée vers l'abstinence.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.006>

S12C

### Quels programmes d'éducation thérapeutiques pour les patients alcoolodépendants ?

J. Geneste-Saelens

UPP, CHU Gabriel-Montpied, 63000 Clermont-Ferrand, France

Dans sa définition classique l'éducation thérapeutique est conçue comme l'aide apportée au patient pour comprendre sa maladie et les traitements, collaborer aux soins et devenir compétent dans la gestion de sa pathologie. Les programmes de prise en charge addic-

tologiques en thérapie comportementale et cognitive rencontrés dans les établissements de soins, notamment centré sur la prévention de la rechute, sont déjà largement centrés sur ces objectifs.

La difficulté pour nous, intervenant dans le champ de l'alcoologie, est sans doute de redéfinir le champ de l'éducation thérapeutique au sein de l'ensemble des soins apportés, ce qui revient en partie à se poser la question de l'intérêt que nous avons à rebaptiser une partie de nos prises en charge « éducation thérapeutique ».

En ce qui concerne leurs finalités, on pourrait ici résumer celle des soins par la sortie de la dépendance et celle de l'éducation thérapeutique par la gestion des contraintes que cette dépendance induit au long cours, même stabilisée. Le temps de l'éducation thérapeutique serait alors secondaire à la stabilisation de la maladie.

Si nous retenons comme cible principale de l'éducation thérapeutique, l'objectif de vivre avec sa maladie, il va de soi que cela engage, en plus des compétences, des réaménagements psychologiques et identitaires nécessitant un accompagnement ne pouvant se limiter à l'apprentissage d'outils et/ou de transmission de savoirs. Il s'agit d'un vrai travail d'acceptation à accompagner et à ne surtout pas réduire à la simple question de reconnaissance du trouble (de façon catégorielle) face à un tiers.

Les programmes d'éducation thérapeutique en alcoologie se doivent d'être particulièrement attentifs aux différents aspects du trouble (cognitif, émotionnel et comportemental) afin de permettre cette acceptation.

Enfin, au sujet de l'acceptation, un dernier point mérite d'être souligné en ce qui concerne l'objectif de consommation « contrôlée » ou d'abstinence qui sera choisi. En effet, qui dit « éducation thérapeutique » dit promotion de l'autonomie du patient, et, dans ce contexte, il est important d'appréhender la capacité des soignants à accepter et accompagner les patients, à travers ces programmes, dans leurs objectifs de consommation.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.007>

### Salles d'injection à moindre risque : quelles preuves d'efficacité ?

Président : G. Dupuy, CSAPA, hôpital Fernand-Widal, 75010 Paris, France

S22A

### Revue de la littérature internationale : quel bénéfice clinique attendu au plan individuel des salles d'injection à moindre risque ?

P. Polomeni

CHU Paris Seine Saint-Denis, site René-Muret, 93270 Sevran, France

*Mots clés :* Réduction morbi-mortalité ; Consommation supervisée ; Évaluation ; Parcours de soin

*Introduction.* – L'intérêt de lieux permettant à des usagers de drogues intraveineuses de s'injecter l'héroïne avec de bonnes conditions d'hygiène et avec une « supervision », pose question, en particulier en termes de stratégie personnalisée de soins. Une analyse des données internationales sur ce sujet peut nous donner des arguments d'aide à une décision.

*Méthode.* – Dans la suite de l'expertise collective Inserm qui avait étudié la bibliographie internationale jusqu'en 2010, nous avons fait des recherches sur Medline avec plusieurs mots clés, en axant l'étude sur le bénéfice individuel, et en privilégiant les textes récents.

*Résultats.* – Le nombre d'articles utilisables est peu important. Ils proviennent en grande partie de l'étude de centres pionniers. Une réduction des overdoses est démontrée, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux soins.