

Psychose, cannabis et

En s'appuyant sur les acquis démontrés de l'entretien motivationnel individuel chez les patients psychotiques consommateurs de cannabis, une équipe suisse a complété leur prise en charge individuelle par des groupes motivationnels. Le format de ces groupes mobilise davantage ces patients et favorise notamment une mise en scène de la balance décisionnelle.

Plusieurs études montrent que les personnes présentant un premier épisode de psychose consomment davantage de substances toxiques que la population générale, le cannabis étant la drogue la plus populaire (1, 2, 3). Les patients atteints de schizophrénie y recourent également plus fréquemment que ceux souffrant d'autres troubles psychiatriques, avec une prévalence moyenne de 40 %, les variations allant de 13 à 69 %, selon les études (4). Une méta-analyse récente indique par ailleurs que le taux médian d'usage de cette substance est plus élevé lors des premiers épisodes de schizophrénie qu'au long cours (5). En général, la consommation de cannabis est plus importante chez les hommes et chez les jeunes et elle est associée de façon constante à un risque de rechute et de non-adhérence aux traitements (6). Les interventions

pour réduire cette consommation sont donc une piste prioritaire de recherche clinique. Deux études indiquent cependant que les patients qui ont diminué leur consommation lors d'un premier épisode psychotique peuvent avoir un meilleur pronostic d'évolution dans la maladie que ceux qui n'ont jamais abusé de substances (7, 8). L'explication tient probablement au fait qu'ils appartiennent à un sous-groupe de patients présentant un bon fonctionnement pré-morbide qui facilite l'accès au cannabis via leur réseau social. Reste que la consommation de cannabis aggrave la psychose (9). Dans ce contexte, on sait aujourd'hui que l'entretien motivationnel (EM) permet de réduire la consommation de substances chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, en comparaison du traitement usuel, et notamment pour l'alcool. Toutefois, il serait moins efficace pour le cannabis (10). Un inventaire récent des publications (41 études contrôlées avec des personnes atteintes de schizophrénie simultanément à un abus de substances) montre ainsi que les interventions psychosociales comme l'EM ou les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont opérantes sur l'ensemble des substances mais toutefois peu efficaces sur le cannabis (dans onze études ciblées uniquement) (11).

Plus récemment, deux nouvelles études ont été publiées. La première, multicentrique et britannique, qui examine les effets d'une intervention intégrant l'EM et la thérapie cognitive (12) ne note pas d'amélioration en termes d'hospitalisation, de fonctionnement ou de symptômes mais constate la réduction de la quantité de cannabis consommée, au moins un an

après la fin de l'intervention. Une autre étude, conduite à Lausanne, évalue l'impact d'une proposition motivationnelle brève sur la consommation de cannabis de patients souffrant de psychose (13). L'intervention met en évidence une réduction de la consommation de cannabis à court terme lorsqu'elle s'ajoute aux soins habituels. Néanmoins, l'effet ne se maintient pas dans les six mois qui suivent la fin de l'intervention.

Selon nos connaissances, l'EM reste le meilleur outil pour réduire à court terme la consommation de cannabis mais il faut développer par ailleurs des interventions plus efficaces.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Rappelons brièvement que l'EM est une intervention spécifique basée sur la collaboration et centrée sur la personne, avec pour objectif d'engendrer et de renforcer la motivation à changer (14). Développé à partir de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (voir l'article de T. Le Merdy p. 42), il est volontairement orienté vers l'objectif de conduire au changement, d'explorer et de résoudre l'ambivalence. L'écoute réflexive est un élément central de l'EM mais elle est utilisée pour guider la personne à résoudre l'ambivalence autour du changement de comportement. Le professionnel qui applique l'EM écoute la personne en utilisant des stratégies qui suscitent son propre désir de changer. Durant la séance, le soignant cherche à renforcer le patient dans l'expression de sa motivation pour la modification comportementale visée. L'effet thérapeutique de l'EM paraît lié à trois facteurs : l'expérience interne de contradiction vécue par le patient, son expression de l'intention de changer et le recours par le

Jérôme FAVROD* (a, b),
Silvia GIBELLINI MANETTI** (a),
Sara CRESPI* (c),
Shyhrete REXHAJ* (a,b),
Philippe CONUS*** (c),
Charles BONSACK*** (a)

* Infirmier, ** Psychologue, *** Psychiatre

a) Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Site de Cery, Prilly.

b) École La Source, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Lausanne.

c) Service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Site de Cery, Prilly.

groupes motivationnels



© Pierre Albasser

thérapeute à des exercices de « balance décisionnelle » (voir note et l'article de E. Languérand p. 22). Ces éléments sont associés à de meilleurs résultats dans les études d'efficacité de l'EM (15).

MÉMOIRE ET SCHIZOPHRÉNIE

L'EM repose essentiellement sur la communication verbale. Or, parmi l'ensemble des déficits neuropsychologiques observés dans la schizophrénie, la mémoire verbale reste l'élément le plus fréquemment et le plus sévèrement affecté (16). Ce déficit est en effet présent à toutes les étapes de la maladie (17, 18) et a été impliqué comme médiateur d'un mauvais pronostic clinique (19). Il pourrait ainsi expliquer l'impact limité de l'EM dès les premiers épisodes (20). Pour cette raison, des alternatives à l'EM traditionnel devraient être développées, afin de contourner ce déficit cognitif, en s'appuyant par exemple sur des fonctions cognitives préservées. Heureusement, l'ensemble des domaines du fonctionnement cognitif n'est pas altéré de façon identique, et certains processus fonctionnent tout à fait normalement (21).

L'entraînement des habiletés sociales qui est une pratique hautement procédurale, améliore en particulier le fonctionnement social même chez des patients porteurs de déficits cognitifs sévères, sans pour autant augmenter les capacités neuropsychologiques (22), ce qui indique qu'une intervention contournant les déficits neuropsychologiques est en mesure de conduire à des résultats cliniques importants. Pour ce faire, dans l'EM, il a été recommandé d'utiliser un langage concis et simple, des reformulations et des résumés fréquents, des métaphores concrètes et des documents écrits, notamment la balance décisionnelle et le matériel d'information (23, 24).

LES GROUPES MOTIVATIONNELS

Il y a quelques années, Van Horn et Bux (25) ont proposé des groupes motivationnels à des patients porteurs d'un double diagnostic d'abus de substances et de schizophrénie. Si l'efficacité de leur approche n'a pas été validée expérimentalement, le format de ces groupes ajoute toutefois une composante procédurale à l'EM traditionnel qui devrait retenir l'intérêt. Il s'agit de mises en situation amusantes, conduites avec les principes de l'EM. Après expérimentation, nous avons retenu trois types de séances : *Le grand débat*,

Le tribunal et *Ange et démon*. Ces groupes durent généralement 75 minutes.

• Le grand débat

Cette séance a la forme d'une émission télévisée dans laquelle s'affrontent partisans et opposants du cannabis répartis en deux camps selon leur choix personnel. Il arrive, surtout lors de la première séance, que le groupe des opposants ne compte qu'un animateur et que l'ensemble des participants rejoigne le camp des partisans. Avant de commencer le débat, chacun indique sa position sur le cannabis (de pour à contre), ce qui permet d'obtenir une statistique initiale de la position des participants, sorte de baromètre inscrit parfois au bas de l'écran lors de débats télévisés (pour/contre).

– Pendant la première partie, les deux camps choisissent des thèmes, réfléchissent à leurs arguments, proposent des témoignages, réalisent des dessins de presse et définissent des slogans de campagne. Chez les partisans, les arguments le plus souvent avancés sont que le cannabis est relaxant, naturel, qu'il offre un sentiment d'appartenance, réduit la dépression, rend créatif ou permet de s'échapper de la souffrance.

Les opposants défendent plus fréquemment le fait que le cannabis peut exacerber la psychose, réduire la motivation et l'intérêt pour d'autres activités, qu'il est coûteux et interdit ou encore qu'il produit un soulagement artificiel.

– Ensuite, les deux camps s'installent à chaque bout d'une table avec l'animateur au centre. Sur la base du principe général de la balance décisionnelle, nous recommandons que le camp des partisans commence et lance un argument auquel les opposants pourront ensuite répondre. Le temps de parole est limité par un sablier mais il faut néanmoins s'adapter au débit des participants. Une fois que les deux camps se sont exprimés sur le premier argument des partisans, à leur tour, les opposants en fournissent un auquel les partisans pourront répondre. Chaque camp a la possibilité d'utiliser des témoignages ou des dessins.

– À la fin de la séance, tous remplissent à nouveau la fiche de baromètre (de pour à contre). Les animateurs peuvent proposer de discuter des éventuels changements de positionnement sur la ligne. La séance se termine par un bilan au cours duquel les participants exposent leur vécu de l'expérience.



Ce *grand débat* est finalement une manière légère mais riche d'établir une balance décisionnelle.

• Le tribunal

Au cours du *tribunal*, les participants sont témoins et membres du jury. Les animateurs se répartissent les rôles de juge, procureur et avocat, le cannabis étant l'accusé. – En début de séance, l'avocat et le procureur cherchent des témoins de la défense ou de l'accusation. Le procureur peut se retrouver sans témoin, mais souvent, dès la seconde séance, certains participants décident, par jeu, de changer de camp ou de témoigner pour un aspect moins positif du cannabis.

– Après cette étape, on fait venir la Cour, c'est-à-dire le juge, qui ouvre la séance. Il est amusant de recourir à l'apparat habituel et de faire lever la salle à l'entrée du juge, de s'adresser à lui en disant : « Votre honneur », de déposer des objections... Le juge ouvre la séance et donne la parole à l'avocat qui interroge un de ses témoins vantant les avantages à court terme du cannabis ou minimisant ses impacts négatifs. Le procureur mène ensuite le contre-interrogatoire. Il évite de recourir à des arguments



© Pierre Albasser.

moraux et met en évidence les inconvénients à long terme du produit, cherchant des alternatives aux bénéfices à court terme. Puis le procureur appelle son témoin, l'interroge et passe la parole à l'avocat. – À la fin des témoignages, le procureur et l'avocat se retirent pour laisser les participants et le juge délibérer.

– Après la décision, l'avocat et le procureur reviennent et le « président du jury » rend son verdict.

Dans notre expérience, le cannabis a toujours été déclaré coupable avec ou sans circonstances atténuantes ; ou dans un domaine spécifique, par exemple pour les adolescents mais pas pour les adultes. Le tribunal permet d'atténuer les positions tranchées des participants ou de souligner leur ambivalence.

Souvent, si l'avocat se montre excessif ou vante exagérément les avantages du cannabis, les témoins nuancent ses propos. La séance se termine par un bilan, au cours duquel les participants renvoient un feed-back de l'expérience.

• Ange et démon

Dans ce troisième scénario, baptisé *Ange et démon*, un participant se choisit un

ange et un démon. Puis il est mis face à une tentation de son choix. L'ange et le démon lui donnent des arguments pour résister ou céder. Les tentations sont, par exemple, de se voir soudain offrir un joint que la personne aurait voulu refuser, de se faire proposer une plus grande quantité d'herbe que la personne n'aurait voulu en acheter... Le rôle de l'animateur consiste surtout à éviter un déséquilibre entre les arguments de l'ange et du démon. Si tour à tour l'un ou l'autre est moins prolixe, l'animateur peut suggérer au participant de les remplacer.

Ce groupe permet d'élargir les contradictions au sein des participants. La séance se termine toujours par un bilan au cours duquel les participants discutent de leur vécu.

UNE COMPLÉMENTARITÉ UTILE

Ces différents groupes sont animés dans l'esprit de l'EM, ce qui suppose que les animateurs soient formés à ses techniques. Certains professionnels éprouvent parfois de la difficulté à adopter un rôle thérapeutique. Pour d'autres, parler ouvertement du cannabis pose problème

car ils ont l'impression de tolérer son usage. Il arrive aussi que certains peinent à se situer sur les risques du cannabis, par exemple s'ils sont favorables ou conciliants avec cette consommation. Ils doivent bien sûr résoudre leurs problèmes avant d'animer ces groupes motivationnels. Par ailleurs, pour éviter que les participants ne classent les soignants en partisans ou opposants au cannabis, chaque animateur change de rôles, l'animateur partisan du *grand débat* devient par exemple le procureur du *tribunal*.

Dans notre étude, les groupes motivationnels ont été proposés en complément à la conduite d'EM individuel.

Nous avons constaté que les volontaires pour ces groupes consommaient significativement plus de cannabis que ceux ayant décliné l'offre. Les participants disent avoir apprécié le côté ludique de l'intervention et le fait de pouvoir s'exprimer librement. Cette approche est donc bien adaptée à des patients qui, habituellement, rechignent à entrer dans les soins. Il apparaît également que l'action groupale potentialise l'intervention individuelle.

CONCLUSION

Les stratégies tirées de l'entretien motivationnel font partie des rares méthodes qui contribuent à la réduction de la consommation de cannabis dans la schizophrénie. Toutefois, des études supplémentaires sont nécessaires pour confirmer les résultats actuels, tout comme la recherche d'interventions complémentaires. Une récente étude signale notamment que les patients avec un premier épisode qui ne parviennent pas à arrêter leur consommation de cannabis ont davantage de difficulté à anticiper la satisfaction personnelle que ceux ayant arrêté d'en consommer (26). Les patients atteints de schizophrénie étant moins actifs ou impliqués dans des activités agréables et positives que les non-patients.

Toutefois, les études sur l'expérience du plaisir lors de la confrontation à des stimuli agréables, n'ont pas montré que ces patients expérimentaient moins d'agrément que les sujets-contrôles. Il existe une explication à cette différence de résultat : les personnes atteintes de schizophrénie présenteraient un déficit du plaisir anticipatoire et non du plaisir consommé (27-29).

Des interventions complémentaires pourraient ainsi être développées pour entraîner les patients qui poursuivent leur consommation de cannabis à améliorer leur capacité à anticiper le plaisir. Pour l'instant, il n'existe qu'une étude pilote exploratoire dans ce domaine du plaisir anticipé (30) ; une telle piste semble néanmoins intéressante pour le futur.

(*) Changer de comportement implique de faire un choix entre le statu quo et le changement. Avant tout choix, l'individu procède naturellement à une évaluation des avantages et des inconvénients. La métaphore de la « balance décisionnelle » montre la richesse des facteurs intervenant dans tout mouvement de prise de décision. Ainsi, le changement est évalué par le sujet en termes de gains (bénéfices) et de pertes (coûts) dans huit directions : les gains pour soi-même, les pertes pour soi-même, les gains pour les proches importants, les pertes pour les proches importants, l'approbation des proches importants, leur désapprobation, l'auto-approbation, l'auto-désapprobation. Le sujet oscille donc entre les aspects utilitaires et des considérations morales, sociales et d'estime personnelle.

1. Barnett JH, Werners U, Secher SM, Hill KE, Brazil R, Masson K, et al. Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 2007 Jun; 190 : 515-20.
2. Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry*. 2005 Oct; 187 : 306-13.
3. Harrison I, Joyce EM, Mutsatsa SH, Hutton SB, Huddy V, Kapasi M, et al. Naturalistic follow-up of co-morbid substance use in schizophrenia : the West London first-episode study. *Psychol Med*. 2008 Jan; 38(1):79-88.
4. Rathbone J, Variend H, Mehta H. Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(3):CD004837.
5. Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettinen J. Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia : a meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2010 Nov; 36(6):1115-30.
6. Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders : systematic review. *Br J Psychiatry*. 2008 Nov; 193(5):357-63.
7. Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen H, Moritz S, et al. The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Aug; 112(2):141-8.
8. Gonzalez-Pinto A, Alberich S, Barbeito S, Gutierrez M, Vega P, Ibanez B, et al. Cannabis and first-episode psychosis : different long-term outcomes depending on continued or discontinued use. *Schizophr Bull*. 2011 May; 37(3):631-9.
9. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients : clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*. 1991 Feb; 148(2):224-30.
10. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008(1).
11. Hjorthøj C, Fohlmann A, Nordentoft M. Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders – a systematic review. *Addict Behav*. 2009 Jun-Jul; 34(6-7):520-5.
12. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse : randomised controlled trial. *BMJ*. 2010; 341 : c6325.
13. Bonsack C, Gibellini Manetti S, Favrod J, Montagrin Y, Besson J, Bovet P, et al. Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis : a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2011; 80(5):287-97.
14. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother*. 2009 Mar; 37(2):129-40.
15. Apodaca TR, Longabaugh R. Mechanisms of change in motivational interviewing : a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*. 2009 May; 104(5):705-15.
16. Aleman A, Hijman R, de Haan EH, Kahn RS. Memory impairment in schizophrenia : A meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 1999 Sep; 156(9):1358-66.
17. Leeson VC, Robbins TW, Franklin C, Harrison M, Harrison I, Ron MA, et al. Dissociation of long-term verbal memory and fronto-executive impairment in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*. 2009 Nov; 39(11):1799-808.
18. Becker HE, Nieman DH, Wiltink S, Dingemans PM, de Fliet JRV, Velthorst E, et al. Neurocognitive functioning before and after the first psychotic episode : does psychosis result in cognitive deterioration? *Psychological Medicine*. 2010 Oct; 40(10):1599-606.
19. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia : Are we measuring the «right stuff»? *Schizophrenia Bull*. 2000; 26(1):119-36.
20. Zanelli J, Reichenberg A, Morgan K, Fearon P, Kravirt E, Dazzan P, et al. Specific and Generalized Neuropsychological Deficits : A Comparison of Patients With Various First-Episode Psychosis Presentations. *Am J Psychiatr*. 2010 Jan; 167(1):78-85.
21. Gold JM, Hahn B, Strauss GP, Waltz JA. Turning it upside down : areas of preserved cognitive function in schizophrenia. *Neuropsychol Rev*. 2009 Sep; 19(3):294-311.
22. Granholm E, McQuaid JR, Link PC, Fish S, Patterson T, Jeste DV. Neuropsychological predictors of functional outcome in Cognitive Behavioral Social Skills Training for older people with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008 Mar; 100(1-3):133-43.
23. Bonsack C, Montagrin Y, Favrod J, Gibellini S, Conus P. Une intervention motivationnelle brève adaptée aux consommateurs de cannabis souffrant de psychose. *Encephale*. 2007; 33 : 819-26.
24. Bonsack C, Montagrin Y, Gibellini S, Favrod J, Besson J, Conus P. Une intervention motivationnelle brève pour les consommateurs de cannabis ayant des symptômes psychotiques. *Archives suisses de neurologie et psychiatrie*. 2008; 159(6):378-85.
25. Van Horn DH, Bux DA. A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *J Subst Abuse Treat*. 2001 Mar; 20(2):191-5.
26. Clifford M, Cassidy M, Lepage A, Malla A. Self-reported pleasure and cannabis use in first-episode psychosis and control subject. *Schizophr Bull*. 2011; 37(suppl 1 March, Abstracts for the 13th International Congress on Schizophrenia Research):13.
27. Kring AM. Emotion in schizophrenia : Old mystery, new understanding. *Current Directions in Psychological Science*. 1999; 8 : 160-3.
28. Gard DE, Kring AM, Germans MK, Werner K, editors. *Emotion in the daily life of patients with schizophrenia 2000*. December 2000; Boulder, CO : Society for Research in Psychopathology.
29. Favrod J, Ernst F, Giuliani F, Bonsack C. Validation française de l'échelle d'expérience temporelle du plaisir. *Encephale*. 2009 Jun; 35(3):241-8.
30. Favrod J, Giuliani F, Ernst F, Bonsack C. Anticipatory pleasure skills training : a new intervention to reduce anhedonia in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2010 Jul; 46 (3) : 171-81.

Résumé : La consommation de cannabis chez les personnes atteintes de troubles psychotiques aggrave le pronostic de la maladie. De nombreuses recherches ont démontré l'intérêt et l'efficacité de l'entretien motivationnel (EM) avec ces patients. Cependant, les déficits de la mémoire verbale pourraient réduire l'impact de l'intervention. Dans ce contexte, et pour compenser ces déficits, les auteurs ont proposé des séances de groupes motivationnels décrits dans cet article qui, par leur forme ludique, mobilisent davantage les patients et favorisent notamment une mise en scène de la « balance décisionnelle ».

Mots-clés : Balance décisionnelle – Cannabis – Comorbidité – Débat – Entretien motivationnel – Groupe de parole – Jeu de rôle – Psychose.