

UNIVERSITE MOHAMED V –SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE-RABAT-

ANNEE : 2014

THESE N°:27

PHOBIE SOCIALE ET ADDICTION
AU CANNABIS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le:

PAR

Mlle Loubna Achour

Née le 17/09/1988 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

Mots clés : phobie sociale, addiction au cannabis, comorbidité

JURY

Mr. A. OUANASS

Professeur de psychiatrie

Mr. J.MEHSSANI

Professeur agrégé de psychiatrie

Mr. M.Z.BICHRA

Professeur de psychiatrie

Mr. H. KISRA

Professeur de psychiatrie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا
إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

سورة البقرة: الآية 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



17 JUIN 2013

UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Jamal TAOUFIK
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. ABROUQ Ali*	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. BENSOUHA Mohamed	Anatomie
Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
Pr. LAHBABI Naïma	Physiologie

Novembre 1983

Pr. BELLAKHDAR Fouad	Neurochirurgie
Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSaid Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
Pr. IRAQI Ghali

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-phtisiologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed
Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNIAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia

Anatomie-Pathologique

Pr. AZZOUZI Abderrahim
 Pr. BAYAHIA Rabéa
 Pr. BELKOUCHI Abdelkader
 Pr. BENABDELLAH Chahrazad
 Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
 Pr. BENSOUDA Yahia
 Pr. BERRAHO Amina
 Pr. BEZZAD Rachid
 Pr. CHABRAOUI Layachi
 Pr. CHERRAH Yahia
 Pr. CHOKAIRI Omar
 Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
 Pr. KHATTAB Mohamed
 Pr. SOULAYMANI Rachida
 Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Chirurgie Générale
 Pharmacie galénique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Biochimie et Chimie
 Pharmacologie
 Histologie Embryologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Pharmacologie
 Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
 Pr. BENSOUDA Adil
 Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
 Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
 Pr. CHRAIBI Chafiq
 Pr. DAOUDI Rajae
 Pr. DEHAYNI Mohamed*
 Pr. EL OUAHABI Abdessamad
 Pr. FELLAT Rokaya
 Pr. GHAFIR Driss*
 Pr. JIDDANE Mohamed
 Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
 Pr. TAGHY Ahmed
 Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

Mars 1994

Pr. AGNAOU Lahcen
 Pr. BENCHERIFA Fatiha
 Pr. BENJAAFAR Nouredine
 Pr. BEN RAIS Nozha
 Pr. CAOUI Malika

Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Biophysique
 Biophysique

Pr. CHRAIBI Abdelmjid
 Pr. EL AMRANI Sabah
 Pr. EL AOUAD Rajae
 Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 Pr. EL HASSANI My Rachid
 Pr. EL IDRISSI Lamghari Abdennaceur
 Pr. ERROUGANI Abdelkader
 Pr. ESSAKALI Malika
 Pr. ETTAYEBI Fouad
 Pr. HADRI Larbi*
 Pr. HASSAM Badredine
 Pr. IFRINE Lahssan
 Pr. JELTHI Ahmed
 Pr. MAHFOUD Mustapha
 Pr. MOUDENE Ahmed*
 Pr. RHRAB Brahim
 Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
 Pr. ABDELHAK M'barek
 Pr. BELAIDI Halima
 Pr. BRAHMI Rida Slimane
 Pr. BENTAHILA Abdelali
 Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 Pr. CHAMI Ilham
 Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
 Pr. EL ABBADI Najia
 Pr. HANINE Ahmed*
 Pr. JALIL Abdelouahed
 Pr. LAKHDAR Amina
 Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
 Pr. AMRAoui Mohamed
 Pr. BAIDADA Abdelaziz

Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique

Pr. BARGACH Samir
Pr. BEDDOUCHE Amocrane*
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSEINI Leila
Pr. FERHATI Driss
Pr. HASSOUNI Fadil

Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. IBRAHIMY Wafaa
Pr. MANSOURI Aziz
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. MOULINE Soumaya
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN AMAR Abdesslem
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*

Gynécologie Obstétrique
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique
et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
Radiologie

Pr. DERRAZ Said
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. NAZI M'barek*
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENCHERIF My Zahid
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHAOUI Zineb
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. EL OTMANY Azzedine
Pr. HAMMANI Lahcen

Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Radiologie

Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. BENCHEKROUN Nabiha
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL IDGHIRI Hassan
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BELMEKKI Mohammed
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie

Pr. BENYOUSSEF Khalil
 Pr. BERRADA Rachid
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUHOUCHE Rachida
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. CHELLAOUI Mounia
 Pr. DAALI Mustapha*
 Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. GOURINDA Hassan
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef*

Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie

Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL BARNOUSSI Leila
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HADDOUR Leila
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. ISMAEL Farid
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*

Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie

Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KARMANE Abdelouahed
 Pr. KHABOUZE Samira
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. LEZREK Mohammed*
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. SASSENOU ISMAIL*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Nouredine*
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENHALIMA Hanane
 Pr. BENHARBIT Mohamed
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina
 Pr. HAJJI Leila

Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie

Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. KARIM Abdelouahed
 Pr. KENDOUCI Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
 Pr. ZERAIDI Najia

Pédiatrie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 425. Pr. AKJOUJ Said*
 427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 428. Pr. BENCHEIKH Razika
 429. Pr. BIYI Abdelhamid*
 430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 434. Pr. DOGHMI Nawal
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa
 436. Pr. FELLAT Ibtissam
 437. Pr. FAROUDY Mamoun
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique

449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AMMAR Haddou
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZIANE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL BEKKALI Youssef*
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima

Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie

Pr. MASRAR Azlarab
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 491. Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Hématologique
 Anesthésier réanimation
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

PROFESSEURS AGREGES :

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale

Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KADI Said *
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufik*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. CHERRADI Ghizlan
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir

Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Traumatologie orthopédique
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Cardiologie
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice

Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. RAISSOUNI Zakaria*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. Ahmed JAHID
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Drissi*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. MEHSSANI Jamal*
 Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
 Pr. Mounir ER-RAJI
 Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique
 Anesthésie Réanimation
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Pédiatrique
 Cardiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

Pr. ABOUDRAR Saadia
 Pr. ALAMI OUHABI Naima
 Pr. ALAOUI KATIM
 Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
 Pr. ANSAR M'hammed
 Pr. BOUHOUCHE Ahmed
 Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
 Pr. BOURJOUANE Mohamed
 Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
 Pr. DAKKA Taoufiq
 Pr. DRAOUI Mustapha

Physiologie
 Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie-Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Génétique Humaine
 Applications Pharmaceutiques
 Microbiologie
 Biochimie
 Physiologie
 Chimie Analytique

Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès
Pr. HAMZAOUÏ Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biotechnologie
Biologie
Chimie Organique
Biochimie
Pharmacognosie
Pharmacol
Chimie Organique

*Enseignants Militaires **

DEDICACES

A la mémoire de mon très cher père

Je dédie cette thèse à mon défunt père qui a été le premier à m'encourager à aller si loin dans les études. Il m'a inculqué le goût du travail, de la rigueur et de l'ambition.

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour toi.
Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.
Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.*

A ma très chère mère

Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation.

Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

A mes sœurs LEILA , FAKHITA et mon frère

TARIK

*Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et
de tendresse envers vous.*

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

Je vous dois tant de respect et de reconnaissance.

Je vous adore.

A mes beaux frères RACHID ET ADIL

*Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre
soutien, encouragements et affection.*

*Avec tout l'amour que je vous porte, je vous souhaite beaucoup de
bonheur dans votre vie.*

*A mes neveux ABDERRAZZAK et
ABDELMATEK*

*Veillez percevoir à travers ce travail, l'expression de mon profond amour
et énorme respect.*

A mes très chers amis (es)

*Qui font partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse
et leurs grands cœurs.*

*Qu'ils trouvent ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma
reconnaissance pour leur inlassable soutien.*

Merci pour les bons moments qu'on a passé ensemble.

REMERCIEMENTS

*A notre maître, Président de thèse
Monsieur le professeur A. OUANASS
Professeur de psychiatrie Hôpital psychiatrique
AR-RAZI Salé*

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de
présider notre jury.*

*Nous avons bénéficié de votre enseignement et nous admirons en vous,
vos qualités humaines et professionnelles de savoir et de savoir-faire.*

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance

*A notre Maître, Rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur J. MEHSSANI
Professeur de psychiatrie
Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V –
Rabat*

*Ce fut un grand honneur pour moi que d'être encadrée par vous tant
pour vos qualités professionnelles incontestables que pour votre soutien. Nous
avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances, votre disponibilité et vos
grandes qualités humaines.*

*Veillez trouver ici, cher maitre, le témoignage de ma profonde gratitude
et grand respect.*

A notre maître, Juge de thèse
Monsieur M.Z. BICHERA
Professeur de psychiatrie
Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V -
Rabat

Nous tenons à vous remercier pour le grand honneur que vous nous
faites en acceptant de siéger dans notre jury.

Nous vous remercions de votre enseignement et vous sommes très
reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre grand respect.

A notre maître, Juge de thèse
Monsieur H. KISRA
Professeur de Psychiatrie
Hôpital de psychiatrie AR-RAZI- Salé

Vous nous faites l'honneur d'être parmi nos juges.
Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide que vous nous avez
apporté à l'élaboration de ce travail.
Veuillez accepter, cher maitre, l'expression de mon profond respect et
grande considération.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I-HISTORIQUE	2
A-La phobie sociale	2
B-Le cannabis.....	5
II-DEFINITIONS	7
A-La phobie sociale	7
B-L'addiction au cannabis	11
III-EPIDEMIOLOGIE	12
A-La phobie sociale	12
1-Prévalence.....	12
2-Données socio-démographiques	13
3-Comorbidité	14
a-Phobie sociale et troubles psychiatriques	15
b-Phobie sociale et retentissement professionnel	17
c-Phobie sociale et alcool	18
d-Phobie sociale et dépendance tabagique	18
e-Phobie sociale et cannabis	18
B-L'addiction au cannabis	19
1-Population générale	19
2-Population clinique	23

3-Début de la consommation de cannabis	24
4-Consommation de cannabis : Porte d'entrée vers d'autres drogues ?	25
5-Comorbidités psychiatriques	26
a-Troubles anxieux.....	26
b-Troubles thymiques	27
c-Traits de personnalité, troubles de la personnalité	28
d-Schizophrénie	29
V-ETUDE CLINIQUE.....	30
A-La phobie sociale	30
1-Clinique de la phobie sociale.....	30
a-Les cognitions.....	30
b-L'anxiété anticipatoire.....	31
c-L'angoisse situationnelle	31
d-L'évitement.....	32
2-Formes cliniques de la phobie sociale	33
a-Les deux sous-types de la phobie sociale	33
b-La forme de l'enfant	33
3-Outils diagnostics.....	34
a-Echelles diagnostics.....	34
b-Echelles d'évaluation.....	35
4-Diagnostics différentiels	39

a-le trouble panique	39
b-l'agoraphobie	39
c-l'anxiété sociale	40
d-l'anxiété de performance	40
e-l'anxiété de séparation	40
f-l'anxiété généralisée	41
g-la dysmorphophobie	41
h-le trac	41
i-la timidité	42
j-le trouble de la personnalité évitante	44
k-la personnalité schizoïde.....	45
B-L'addiction au cannabis	46
1-Troubles liés au cannabis.....	46
a-Abus ou utilisation nocive pour la santé (usage nocif).....	47
b-Dépendance	48
c-Syndrome de sevrage.....	50
2-Troubles induits par le cannabis	50
a-Intoxication « ivresse cannabique ».....	51
b-Les troubles anxieux.....	52
c-Effets sur la mémoire.....	53
d-Effets sur la fonction motrice	53
e-Syndrome amotivationnel.....	53

f-Troubles cognitifs	55
g-Troubles dépressifs	55
h-Cannabis et suicide	55
i-Trouble des conduites alimentaires	56
j-Troubles psychotiques	56

VI-LIEN ENTRE LA PHOBIE SOCIALE ET L'ADDICTION AU

CANNABIS

A-Epidémiologie	57
-----------------------	----

B-Effets du cannabis sur l'anxiété	69
--	----

C-L'impact des troubles de consommation de cannabis sur la phobie

Sociale	71
---------------	----

D-Le retentissement de la phobie sociale sur la dépendance du

Cannabis	72
----------------	----

VI-APPROCHE THERAPEUTIQUE

1-Traitement médicamenteux de la phobie sociale.....	73
--	----

a-Les bêtabloquants	74
---------------------------	----

b-Les benzodiazépines	75
-----------------------------	----

c-Les antidépresseurs	75
-----------------------------	----

d-La buspirone	81
----------------------	----

2-LES THERAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

.....	82
-------	----

a-Les thérapies classiques	82
----------------------------------	----

b-Les approches récentes	86
B-Prise en charge de l'addiction au cannabis :	89
1-Prise en charge ambulatoire.....	89
a-Abord du fumeur.....	89
b-Consultation en ambulatoire.....	90
2-Prévention : Approche spécifique des addictions au cannabis..	90
a-Thérapie cognitivo-comportementale.....	90
b-Thérapie familiale.....	92
c-Thérapie bifocale	92
3-Pharmacothérapies : les pistes de recherche.....	93
a-Traitement du syndrome de sevrage	93
b-Prévention des rechutes et maintien de l'abstinence.....	93
4-Sevrage hospitalier.....	93
C-Prévention et prise en charge thérapeutique de la comorbidité entre la phobie sociale et l'addiction au cannabis.....	94
CAS CLINIQUE.....	
CONCLUSION.....	96
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

LISTES DES ABREVIATIONS

AC	: Addiction au cannabis
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
CYT	: Cannabis Youth Treatment
ECA	: Epidemiologic Catchment Area
IMAO	: Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase
INPES	: l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRSNa	: Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine noradrénergiques
ISRS	: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
MINI	: Mini-International Neuropsychiatric Interview
NCS	: National Comorbidity Survey
PS	: Phobie sociale
TCC	: Thérapies comportementales et cognitives
TRV	: Thérapie par réalité virtuelle

INTRODUCTION

Le cannabis est la plus consommée des substances illicites. Environ 166 millions personnes l'ont consommé au moins une fois, soit 3.9 % de la population mondiale. Il a été considéré pendant de nombreuses années comme une drogue douce peu toxique. Objet de nombreuses controverses, il pose un problème de santé publique pour les populations les plus vulnérables, et en particulier l'adolescent.

L'addiction au cannabis entraîne plusieurs conséquences socioéconomiques (accidents de la voie publique, échec scolaire, absentéisme au travail) mais aussi de santé publique (pourcentage important de patients hospitalisés directement ou indirectement pour un problème d'addiction au cannabis). Donc, il est nécessaire de dépister le plus tôt possible, voire de traiter les facteurs favorisant l'usage du cannabis avant le début de ces conséquences.

La phobie sociale est l'un des facteurs favorisant cet usage .Elle apparaît au cours de l'adolescence. Elle est souvent précédée d'une inhibition dans l'enfance. Son évolution est chronique et est marquée d'une importante fréquence de comorbidités : autres troubles anxieux, dépression, usage du cannabis ainsi que d'un retentissement professionnel très important.

Au niveau clinique, la phobie sociale, ou anxiété sociale, se caractérise par une peur persistante de situations d'interaction sociale où le sujet est exposé à l'attention et au regard d'autrui. Il craint alors d'être jugé, humilié, rejeté. La honte de leur trouble, leur inhibition, la certitude d'être les seuls à souffrir ou que rien ne pourra les soulager, conduit les patients à s'isoler avec leur pathologie et à ne pas consulter d'une part ; et à consommer du cannabis dans le but de réduire les symptômes anxieux et l'évitement d' autre part.

La prise en charge thérapeutique de la phobie sociale, associée ou non à un comportement d'addiction au cannabis, est possible, notamment avec les

thérapies cognitivo-comportementales, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine qui ont démontré leur intérêt dans le traitement de la phobie sociale. La psychothérapie comportementale et cognitive a largement prouvé son efficacité dans la prise en charge de ces patients. Elle permet d'aider le patient phobique social à se confronter à son anxiété et à la dépasser. Différentes stratégies, sont utilisables : entraînement aux habiletés sociales, techniques d'exposition et restructuration cognitive. Le thérapeute y tient un rôle majeur, celui de soutenir, encourager et guider le phobique social vers la guérison.

I. HISTORIQUE

Nous allons aborder d'abord les aspects historiques de la phobie sociale puis celles du cannabis.

A. La phobie sociale :

Les premières descriptions du concept d'anxiété sociale sont apparues à la fin du XIXème siècle. On parlait alors d'éreutophobie, de timidité pathologique... Le concept même de phobie sociale n'est défini que depuis peu de temps.

L'éreutophobie a été décrite de manière détaillée pour la première fois en 1846 : observation d'un patient souffrant de phobie sociale sévère par J.Ludwig CASPER à Berlin (1) qui avait présenté avant l'âge de 10 ans, des troubles du comportement de types obsessionnels. Cet élève brillant et consciencieux a présenté ses premiers rougissements vers l'âge de 13 ans, après le décès de ses parents et suite aux taquineries de ses camarades au sujet d'une « amourette ». Dès lors, il ne fut plus préoccupé que par le fait de rougir, d'abord lors de l'évocation des relations amoureuses, mais progressivement par toutes les

circonstances relationnelles génératrices d'anxiété (rencontres de connaissances dans la rue, sorties en société,...). Cet état a fini par conduire le patient vers un syndrome dépressif sévère l'ayant poussé au suicide.

A la même époque, E. CLAPAREDE, psychologue suisse, fait une description clinique très riche de l'éreutrophobie, proche de celle actuelle des phobies sociales(2). A noter dans sa description, une évocation de la prise d'alcool pour « noyer sa coloration morbide par celle de l'éthylisme »...

Le concept de timidité a plus souvent été utilisé en tant que synonyme d'anxiété sociale. Selon P. HARTENBERG(3), une personne timide est une personne éprouvant une émotion qui se compose elle-même en peur et honte. Cette émotion est toujours liée à une circonstance déclenchante, en l'occurrence, la présence d'autrui.

D'autres concepts ont été apportés par les psychanalystes : FREUD et l'inhibition, le Japonais MORITA et la peur des contacts sociaux (syndrome de tai-Jin kyôfu) (cité par T. TAKAHASHI) (4).

En 1903, P. JANET a pour la première fois proposé une classification des phobies en se basant sur l'objet origine de la phobie (tableau I) (4).

Tableau I : Extrait de « Historique du concept de phobie sociale »

PELISSOLO A.

Phobies systématisées	Corporelles	Douleurs
		Fonctions
	D'objets	
	Situationnelles	Situations physiques
		Situations sociales (phobie sociale)
Phobies généralisées	D'idées	
	Anxiété physiologique	
	Anxiété psychique	

P. JANET classe ici la phobie sociale ou phobie de la société dans les phobies systématisées, et plus précisément dans les phobies situationnelles.

Il faudra attendre 60 ans pour retrouver le concept de phobie sociale avec MARKS qui proposa, dès 1966, une nouvelle classification des phobies sociales(5).

Finalement, c'est en 1980 que la phobie sociale sera catégorisée de façon spécifique par le DSM III (Diagnostic and Statistical Manuel) avec différenciation de l'agoraphobie, des phobies simples et de la phobie sociale. Le DSM IV apportera quelques précisions sur les critères diagnostiques ainsi que sur les comorbidités psychiatriques(6).

Le critère de la durée de six mois, qui était limitée aux personnes de moins de 18 ans dans le DSM-IV, est maintenant élargi dans le DSM-V à tous les âges afin de minimiser le surdiagnostic de peurs passagères.

B. Cannabis :

Le cannabis, aussi appelé chanvre est l'une des plantes les plus anciennement connues et cultivées par l'homme. On parle de chanvre indien car sa première mention en tant que drogue chamanique a été retrouvée dans de très anciens textes védiques de l'Inde. Il était déjà considéré comme anesthésique vers 2700 avant J.-C.

Les invasions indo-européennes achèvent d'ancrer le chanvre dans les civilisations du Moyen-Orient.

En 175, Galien met en garde la population contre l'utilisation du cannabis dans les pâtisseries, car cette herbe aurait "la vertu de blesser le cerveau quand on en prend trop".

Le cannabis doit son nom populaire de haschich à l'arabe, où le mot hachich signifie "herbe". Cette appellation apparaît à partir du XIV^{ème} siècle. Dans le Maghreb, la pratique serait apparue au XIV^{ème} siècle et serait longtemps restée limitée aux membres des confréries mystiques.

Dès le XIV^{ème} siècle, les marchands arabes et grecs font le commerce du haschich à travers tout le monde musulman. Ce sont ces marchands qui ont joué un très grand rôle dans la diffusion du cannabis dans l'Afrique.

Au Maroc ; Au fil des décennies, au nord du pays, le Rif, montagneux s'est transformé en grandes cultures du haschisch. La culture du cannabis serait apparue dans la région au XV^e siècle.

Le cannabis du nord du Maroc était alors essentiellement produit pour l'autoconsommation.

Par ailleurs en France ,son usage psychotrope se développa après que Bonaparte l'eut rapporté d'Egypte (1798) .Vers 1840, Théophile Gautier créa le club des haschischins .Le cannabis a été rapidement utilisé sur le plan médical chez les pestiférés et dans le traitement de certaines affections mentales (Moreau de Tours,1845) .Il rentrait dans la composition de nombreux médicaments jusque dans les années 1930 ,puis il fut progressivement retiré du marché en raison de ses effets psychotropes négatifs .La dérive toxicomaniaque du cannabis apparait tardivement en Europe occidentale, vers 1950 seulement, et la France le prohibera dès 1953(7). Jusqu'au 9 janvier 2014, ou l'agence nationale de sécurité du médicament a autorisé la mise sur le marché en France d'un médicament composé de deux dérivés du cannabis : le Sativex .Mais sa prescription sera limitée à des cas bien précis et pour seulement certains patients touchés par la sclérose en plaques.

En ce qui concerne l'addiction ; dans le DSM-III, la dépendance ne peut être que physique, seuls la tolérance et le syndrome de sevrage sont retenus comme critères diagnostiques de la dépendance, A la suite des travaux d'Edwards et coll. (1981) et de leur description du « syndrome de dépendance aux substances », le concept de dépendance dans le DSM-III-R et la CIM-10 est élargi .Dans le DSM-IV : la dépendance y apparaît d'abord et avant tout comme d'ordre comportemental ; elle peut s'accompagner ou non d'une dépendance physique.

Les critères diagnostiques de troubles utilisation de substances dans le DSM-V sont presque identiques à ceux de l'abus de substance et de dépendance du DSM-IV combinés en une seule liste, à deux exceptions près:

- Le critère de problèmes légaux récurrents pour l'abus de substance a été retiré et un nouveau critère de fort désir ou besoin d'utiliser la substance a été ajouté.

- Le seuil pour le diagnostic de trouble d'utilisation d'une substance du DSM-5 est fixé à deux critères ou plus (comparativement à un critère ou plus pour celui d'abus de substance et trois ou plus pour celui de dépendance du DSM-IV).

II.DEFINITIONS

A. Phobie sociale

La phobie sociale fait partie des troubles anxieux, dans lesquels on distingue :

- le trouble d'anxiété généralisée,
- le trouble de panique,
- l'agoraphobie,
- les phobies spécifiques (anciennement appelées phobies simples),
- la phobie sociale,
- l'état de stress post- traumatique,
- le trouble obsessionnel-compulsif.

La plupart de ces entités cliniques seront décrites dans le chapitre «diagnostics différentiels».

Avant la description du trouble « phobie sociale », il est nécessaire donc de définir ce qui est la base des troubles anxieux: l'anxiété.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *c'est un sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement* ».

La phobie sociale est donc une de ces formes pathologiques d'anxiété ayant comme objet des peurs des interactions sociales. On peut la résumer par une peur intense, incontrôlable des situations sociales où la performance est importante, avec une crainte du jugement d'autrui. Elle se symbolise par le caractère irraisonné des troubles par rapport à l'anxiété naturelle éprouvée dans ces situations. Le psychiatre français Christophe ANDRE l'exprime dans son livre 'la peur des autres' de cette manière : « La petite appréhension que vous éprouvez parfois au moment de devoir prendre la parole en public ou la gêne qui s'empare de vous lorsque vous êtes présenté à un haut personnage sont une version édulcorée des violentes paniques qui déchirent le phobique social dès lors qu'il doit affronter le regard, forcément critique d'autrui. »(8).

Elle se complique d'une anxiété anticipatoire, c'est-à-dire, la peur d'avoir peur. Cette peur anticipe toutes les situations où entrera en jeu le regard d'autrui : peur de trembler ou rougir lors d'une présentation orale, peur de paraître stupide lors de discussions entre amis ou collègues... Cette anxiété anticipatoire conduit souvent à une diminution des performances, donc un sentiment d'échec. D'où, augmentation de l'angoisse qui fait rentrer le phobique social dans un cercle vicieux : anxiété anticipatoire – échec – aggravation de l'anxiété anticipatoire.

Cette angoisse s'entoure de nombreux symptômes neurovégétatifs, qui ne font que l'aggraver par peur que ces signes de faiblesse soient remarqués et jugés : tremblements, rougeur, mains humides et froides, tachycardie voire extrasystoles, douleur thoracique, dyspnée, aphonie, vertiges,... Extrait de « La

peur des autres » de C. ANDRE : « Mon cœur cogne comme pour s'échapper de ma poitrine, mes tempes battent. J'entends tous les bruits comme s'ils étaient amplifiés par une sono monstrueuse. Mes mains tremblent, mes genoux se dérobent. »(8)

Bien que le phobique social ait conscience du caractère irraisonné et disproportionné de ses peurs, il solutionne ses difficultés en évitant les situations génératrices de craintes. Cette attitude d'évitement le met en marge des activités sociales et a donc beaucoup de conséquences socioprofessionnelles, aggravant l'état de détresse dans lequel il se trouve déjà. Ces critères sont décrits dans le DSM IV-R (cf. tableau II).

Tableau II : Critères pour phobie sociale.

Critères du DSM IV-R pour phobie sociale

(trouble de l'anxiété sociale) :

A. Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante

NB : chez l'enfant, on doit retrouver des éléments montrant la capacité d'avoir des relations sociales avec des gens familiers en rapport avec l'âge, et l'anxiété doit survenir en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les relations avec les adultes

B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi-systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation

N.B.: chez l'enfant, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou de retrait dans les situations sociales impliquant des gens non familiers

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur

NB : chez l'enfant, ce caractère peut être absent

D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s), sociale(s) ou de performance, perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires) ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important

F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois

G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance, ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental (TP avec ou sans agoraphobie, Trouble anxiété de séparation, dysmorphophobie corporelle, TED ou personnalité schizoïde)

H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A doit être indépendante de ces troubles ; par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas de la maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou la Boulimie(Bulimia nervosa)

Spécifier si :

N.-B :Type généralisée si les peurs concernent la plupart des situations sociales, comme démarrer ou soutenir des conversations, participer à des petits groupes, avoir des rendez-vous, parler à des figures d'autorité,se rendre à des soirées. N.-B. : Envisager également un diagnostic additionnel de Personnalité évitante.

B.-L'addiction au cannabis :

Le cannabis est un hallucinogène dont le principe actif est delta 9 tétrahydro-cannabinol (THC), il peut se trouver sous trois formes de consommation :

- L'herbe (marijuana) : fleurs de cannabis séchées et finement hachées. La teneur en THC est de 1 à 2 %.

- Le haschich (shit,...): résine du chanvre couvrant les fleurs et les feuilles du sommet de la plante, raclée puis agglomérée en bloc. Sous cette forme la concentration en THC varie entre 10 et 30%.

- L'huile : concentrée issu d'une extraction à l'aide de solvants (alcool, gaz pour briquets principalement) séparation dans de l'eau où l'huile surnage puis évaporation du solvant. C'est une forme qui contient la plus grande concentration en THC (80%).

Généralement, le cannabis est fumé soit associé au tabac (en formant alors un« joint »), soit parfois pure.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'addiction comme « *un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière*

ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »

III. EPIDEMIOLOGIE

A. Phobie sociale :

1. Prévalence

Aux États-Unis, les études ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) réalisées à l'initiative de l'Institut national de la santé mentale (*National Institute of Mental Health*) indiquent une prévalence vie entière de la phobie sociale de 2,7 % en population générale. Une étude plus récente, la *National Comorbidity Survey* (NCS), a en revanche retrouvé des chiffres beaucoup plus élevés avec une prévalence vie entière de 13,3 %. Au vu de ces résultats, la phobie sociale représente le trouble anxieux le plus fréquent et vient au 3e rang des troubles psychiatriques derrière la dépression majeure et la dépendance à l'alcool. En France, une prévalence vie entière de la phobie sociale allant de 4,1 à 7,3 % a été rapportée en population générale. Ces chiffres vont dans le sens de ceux observés en Europe.

La comorbidité est particulièrement importante dans le cadre de la phobie sociale. Dans l'étude ECA, Schneier *et al.* ont montré que 69 % des sujets phobiques sociaux avaient souffert d'un autre trouble mental dans leur vie. Dans l'étude plus récente NCS, Magee *et al.* retrouvent une comorbidité encore plus élevée, estimée à 80 % des sujets souffrant de phobie sociale. (9)

Une enquête communautaire a été réalisée en 2000 à l'aide de médecins ayant une expérience en psychiatrie clinique sur 2350 personnes (sur les 2 500 choisis au hasard dans la population) vivant à Sesto Fiorentino, une banlieue de Florence, en Italie(10). Ces personnes ont été interrogées par leur propre médecin

généraliste, à l'aide du MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview). L'étude rapporte que 76 sujets (prévalence = 3,27 %) montraient des déficiences sociales ou professionnelles. Le Sex-ratio était environ de (F:M) 2:1. La peur la plus courante était de s'exprimer en public (89,4 %), suivie d'entrer dans une chambre occupée par d'autres (63,1 %) et la rencontre avec des inconnus (47,3 %). Cependant 86,9% des sujets souffrant de phobie sociale se plaignent de plus d'une peur. L'âge moyen d'apparition de la phobie sociale était de 28,8 ans, mais les premiers symptômes se produisaient généralement beaucoup plus tôt, avec un âge moyen de survenue à 15,5 ans. Toutefois, 92% des cas de phobie sociale ont également montré au moins un autre trouble psychiatrique concomitant au cours de leur vie. La Prévalence du trouble de la personnalité évitante était de 3,6 % alors que 42,9% des phobiques sociaux avait aussi le trouble de la personnalité évitante.

2. Données sociodémographiques

L'étude Phoenix, menée en 2006 par PELISSOLO et al. en France (11) comprenait 986 patients initialement, l'échantillon étudié est finalement de 952 patients, 34 patients ayant été exclus après examen des dossiers d'investigation. Parmi ces 34 patients, 10 avaient des dossiers trop incomplets pour être analysables, 7 ne remplissaient pas les critères du DSM IV de la phobie sociale, et 17 présentaient un diagnostic de schizophrénie.

Selon le protocole, les patients recrutés pour l'enquête ne devaient pas être traités pour la phobie sociale. Ce critère de sélection a fait l'objet de déviations car beaucoup des patients consultant en psychiatrie sont préalablement traités pour pathologies comorbides (dépression, trouble de panique, troubles obsessionnels-compulsifs) justifiant la prescription d'un antidépresseur.

La population étudiée comporte légèrement plus de femmes que d'hommes (tableau III).

Plus de la moitié des patients vivent seuls ; près de deux tiers ont un niveau d'études supérieur ou égal au bac et sont encore en activité. Les patients en activité travaillent en équipe pour 75,3% d'entre eux. Parmi les patients sans activité, 40,4% ont été licenciés,

34,8% ont démissionné, 6,4% sont en invalidité, et 13,5% sont retraités. la durée moyenne de cette absence d'activité professionnelle est de 5,6 ans.

TABLEAU III : caractéristiques sociodémographiques des 952 patients

Sexe :	
Féminin	548 (57,6%)
Masculin	404 (42,4%)
Age moyen	35,7+/- 11,2 ans
Situation familiale :	
Vie maritale	413(43,4%)
Divorcé	74(7,8%)
Célibataire	45,4(47,7%)
Veuf	1,1(11%)
Niveau d'études :	
CAP	111(11,9%)
Niveau BEPC	158(16,9%)
Niveau Bac	262(28%)
Etudes supérieures	405(43,2%)
Situation professionnelle :	
Actifs	693(73,6%)
Non actifs	249(26,4%)

3. Comorbidités

Dans les différentes classifications, les modifications du principe d'exclusion adopté initialement par le DSM-III-R a conduit à redéfinir le

concept de comorbidité entre les troubles mentaux en général et, en particulier, entre les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

Le concept de comorbidité englobe la survenue non seulement dans un même temps (coexistence) mais aussi au cours de l'évolution (comorbidité proprement dite) de différents troubles.

Les différentes études épidémiologiques menées sur la phobie sociale montrent certes une comorbidité élevée avec les autres troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les abus de toxiques, mais il existe peu de données sur la chronologie et l'évolution concomitante de ces pathologies.

a. Phobie sociale et troubles psychiatriques

La phobie sociale est souvent associée à d'autres troubles psychiatriques surtout les troubles anxieux. L'étude Phoenix, menée en 2006 par PELISSOLO et al. en France (11) sur 952 patients rapporte un épisode dépressif majeur associé à la phobie sociale chez la moitié des patients. Une agoraphobie est diagnostiquée dans la moitié des cas et un trouble de panique dans un tiers des cas.

Le tableau IV résume les fréquences des troubles psychiatriques selon les critères du DSM IV évalué à l'aide du MINI.

Diagnostiques	Fréquence
Episode dépressif majeur	47,7%
Agoraphobie	49,2%
Trouble de panique	31,1%
Dépendance alcoolique	10,6%
Abus de substances	12,7%

On peut penser que cette comorbidité est en partie surestimée du fait que MINI ne prévoit pas des critères de diagnostic différentiel très précis entre la phobie sociale et agoraphobie. Seulement 184 patients (19,3%) présentent une phobie sociale isolée sans autre trouble psychiatrique associé.

- Phobisociale et suicide

Les troubles anxieux constituent un facteur de risque suicidaire. La phobie sociale a fait l'objet de peu d'études sur ce sujet. L'étude Phoenix, menée en 2006 par PELISSOLO et al. en France (11) sur 952 patients phobiques sociaux, rapporte un risque suicidaire, c'est-à-dire idées suicidaires et passages à l'acte dans le mois écoulé, chez 364 d'entre eux, soit 39,3 %. Un antécédent de passage à l'acte a été retrouvé chez 146 patients, soit 15,3 %.

Deux hypothèses sont classiquement énoncées pour expliquer ce risque accru : soit le suicide intervient du fait de la présence de comorbidités telles que celles rapportées précédemment (dépression, alcool), soit le risque suicidaire est directement lié à la phobie sociale et le passage à l'acte se produit à l'acmé de l'angoisse situationnelle(12).

Le risque suicidaire dans la phobie sociale pose un problème propre à cette pathologie. Du fait de l'inhibition, du repli social et de la honte que présentent les sujets phobiques sociaux à l'exposition de leur trouble, ces derniers consultent peu. Le diagnostic de phobie sociale étant alors peu posé, c'est à la suite d'un passage à l'acte suicidaire que l'on est régulièrement amené à poser le diagnostic.

b. Phobie sociale et retentissement professionnel

En 2000, WITTCHEN et al. en Allemagne(13) Comparent l'handicap et la qualité de vie chez 65 sujets présentant une phobie sociale généralisée, 51 sujets présentant une phobie sociale comorbide, 34 sujets avec phobie sociale simple et des sujets contrôles. La qualité de vie est mesurée à l'aide de l'échelle HOS-short forum (SF- 36) (annexe I), le handicap à l'aide du Liebowitz Disability Self-Rating Scale (LDSRS), et la productivité au travail à l'aide du Work Productivity and Impairment Questionnaire (WPAI) (annexe II).

Les résultats de cette étude montrent que globalement les phobiques sociaux rapportent une qualité de vie inférieure à celle des sujets contrôles (50 % contre 4,6 %). Cette différence est significative pour les items « vitalité », « santé mentale », « fonctionnement social », et « retrait social ».

De même, l'handicap social, mesuré par auto-questionnaire, est globalement plus élevé chez les phobiques sociaux que chez les sujets contrôles. Les phobiques sociaux considèrent leur vie sociale significativement handicapée pour les items « vie quotidienne », « relations sociales », « relations familiales » et « relations amoureuses ». Paradoxalement, l'item « travail » n'est pas altéré de façon significative par cette échelle.

Enfin, concernant la productivité au travail et le statut professionnel, on note un taux de sans-emploi de 10,8 % chez les phobiques sociaux, montant même jusqu'à 21,6 % lorsque se surajoute une comorbidité, contre 3,1 % chez les sujets contrôles. La plupart d'entre eux rattache leur absence d'emploi à leur phobie sociale.

c. Phobie sociale et alcool

Il existe une relation étroite, prouvée par de nombreuses études, entre les troubles anxieux, et plus précisément la phobie sociale, et la consommation de l'alcool. Selon les auteurs, la prévalence de la phobie sociale varie de 2.4 % à 57% chez les alcoolodépendants(14) (15).

Inversement, la prévalence des comportements d'alcoolisation (avec ou sans dépendance) dans une population de phobiques sociaux est notable : de 14,3 % à 43.3% (14).

d. Phobie sociale et dépendance tabagique

Les liens entre la phobie sociale et la dépendance tabagique sont établis par une enquête menée en 2004 par Philippe Guichenez et al. en France (16) portant sur 3021 adolescents et jeunes adultes de 14 à 24 ans: à âge égal, dans le groupe phobie sociale, la dépendance tabagique est 2 fois plus fréquente que dans le groupe témoin; avec un recul de 4 ans, l'existence initiale d'une phobie sociale multiplie par 2 à 3 le risque de devenir un fumeur régulier puis dépendant (17). Les résultats sur 400 fumeurs avec une dépendance physique élevée objectivent des troubles anxieux et/ou dépressifs dans 34 % des cas (18). Chez ces fumeurs, la phobie sociale est présente environ 1 fois sur 2. Elle apparaît comme un facteur possible de l'apparition du tabagisme et source de difficultés à l'arrêt du tabac et également de rechute et doit être traitée par inhibiteur de la recapture de la sérotonine et/ou TCC.

e. Phobie sociale et cannabis

La phobie sociale semble particulièrement liée à l'addiction au cannabis, mais la nature de cette association reste incertaine. Certaines données suggèrent

que les hommes socialement anxieux peuvent être particulièrement vulnérables à cette addiction. Une étude menée en 2012 par Julia D et al. aux Etats-Unis(19) a examiné les relations entre l'anxiété sociale, la consommation du cannabis et l'addiction au cannabis parmi 174 consommateurs de cannabis dont 42,5 % sont des femmes.

Chez les hommes, la phobie sociale était significativement liée à l'addiction au cannabis et aux motifs d'adaptation et de conformité.

Chez les femmes, la phobie sociale était significativement associée à des motifs sociaux, et n'avait aucun lien avec l'addiction au cannabis.

Ces résultats suggèrent que les hommes phobiques sociaux peuvent être particulièrement vulnérables à la consommation de cannabis comme un moyen d'évasion et d'adaptation (afin d'éviter les affects négatifs), ce qui peut contribuer à des taux élevés d'addiction au cannabis parmi les individus souffrant de la phobie sociale.

B. L'addiction au cannabis :

1. Population générale :

L'accroissement spectaculaire de la consommation de cannabis chez les adolescents depuis plusieurs décennies dans les pays occidentaux est aujourd'hui avéré. Il concerne aussi bien la prévalence d'expérimentateurs que d'usagers réguliers. Environ 166 millions de personnes l'ont consommé au moins une fois dans l'année, soit 3.9 % de la population mondiale, versus 0,2 % pour la cocaïne et les opiacés (20).

La consommation de cannabis est en augmentation dans l'ensemble des pays européens (21), ainsi qu'aux USA (22). En effet, il s'agit de la substance psychoactive illégale la plus consommée dans les pays occidentaux (23, 24,25).

Aujourd'hui, la consommation de cannabis constitue une préoccupation grandissante pour les organismes de santé publique de la plupart des pays occidentaux, notamment en Europe.

Selon les données du Baromètre 2010 en France (26), ces enquêtes, intitulées « Baromètre santé » sont organisées par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Parmi les drogues illicites, le cannabis reste de très loin la substance la plus consommée, avec 13,4 millions de personnes à l'avoir déjà essayé. Son usage régulier concerne plus d'un million de personnes. Parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans, environ un tiers (33 %) déclare en avoir déjà consommé au cours de leur vie. Cette expérimentation est davantage le fait des hommes que des femmes (41 % contre 25 %). L'usage actuel (dans les 12 derniers mois) concerne 8 % des 18-64 ans (11 % des hommes et 5 % des femmes), tandis que la proportion d'usagers au cours du mois (usagers récents) atteint globalement 4 %.

Même si l'expérimentation est passée de 29 % à 33 % pour l'ensemble des tranches d'âge entre 2005 et 2010, la consommation de cannabis s'avère stable (figure 1). En effet, la légère hausse observée est mécanique, liée à un effet de « stock » des générations anciennes de fumeurs, dans la mesure où les autres formes d'usage apparaissent stables. La consommation actuelle de cannabis concerne surtout les plus jeunes (23 % pour les 18-25 ans), elle diminue ensuite avec l'âge et est quasiment nulle à 55-64 ans (figure 2).

Cette augmentation de la consommation concerne tous les pays européens. (27)

D'autres données peuvent également être mobilisées pour mettre en perspective ces comparaisons : par exemple, aux États-Unis, le niveau était de

21 % en 2006 parmi les 18-34 ans (28), tandis qu'en Australie il était de 24 % la même année (29).

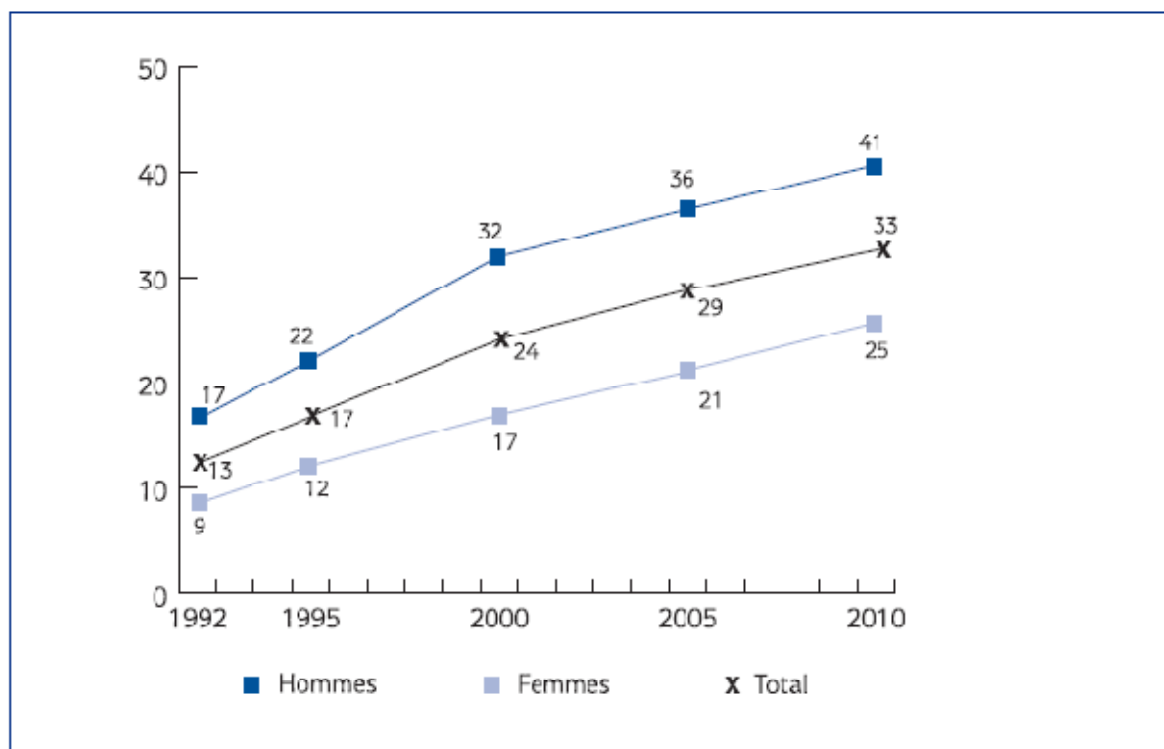


Figure 1 : Évolution entre 1992 et 2010 de la proportion d'expérimentateurs de cannabis parmi les 18-64 ans, par sexe (en %) en France.

Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, INPES (l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé).

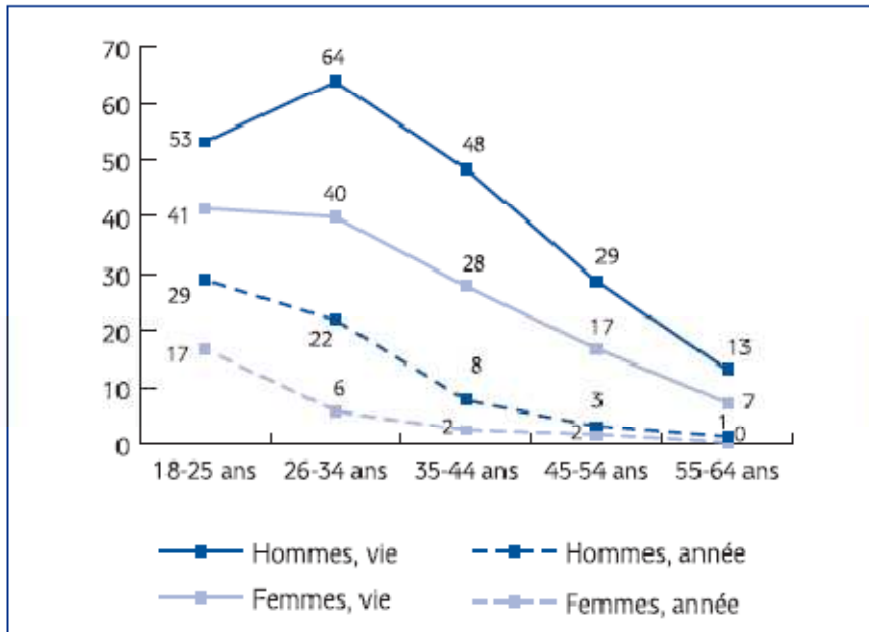


Figure 2 : Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année suivant le sexe et l'âge (en %) ; Source : Baromètre santé 2010, INPES

Le taux de prévalence de la dépendance dans la population générale varie selon les études entre 17% et 35% de ceux qui consomment. En effet, Johns Andrew en 2001(30) dans une méta-analyse sur la dépendance au cannabis établie selon les critères du DSM III ou DSM-IV, affirme que la prévalence dans les études réalisées sur des populations de consommateurs anglophones de cannabis (Etats-Unis, Angleterre, Australie), varie considérablement. Behrendt et al. ont montré une prévalence de 15–20 % d'abus de cannabis et de 6–12 % de dépendance parmi les consommateurs (31).

La fréquence des prises est un bon facteur prédictif de l'évolution vers une conduite addictive (32). Les adolescents développent, à quantité consommée égale, plus volontiers une dépendance au cannabis que les adultes (33).

Au Maroc, plusieurs études épidémiologiques témoignent de l'augmentation de la consommation de cannabis dans toutes les couches sociales. Le cannabis est la substance illicite la plus consommée. Une enquête a été réalisée en milieu lycéen de Rabat-salé en février 2006, les addictions touchent de plus en plus de jeunes adolescents en particuliers les garçons, mais le nombre de filles semble augmenter depuis quelques années (34), la prévalence de la consommation du cannabis chez les garçons est 12,5%. Les absences de l'école, les fugues du domicile et l'insatisfaction de la relation avec les parents sont liées de façon significative à la prise de la drogue. Une enquête auprès de 418 étudiants (276 masculins et 142 féminins) de l'université Caddi Ayyad de Marrakech ; 24,6 % des étudiants étaient consommateurs de tabac, 9,8 % de cannabis, et 17,5 % d'alcool. La consommation masculine était prédominante, avec 86,4 % des tabagiques, 97,6 % pour le haschich, et 86,3 % pour l'alcool (35). Dans une enquête réalisée en milieu universitaire sur Rabat concernant un échantillon de 1208 étudiants, dont 744 femmes et 464 hommes. Les résultats montrent que 36,2 % des hommes contre 6,59 % des femmes consomment des substances toxiques. L'abus de ces substances a été repéré chez 15,5 % des consommateurs masculins contre 2 % des consommatrices féminines. La dépendance concerne 10,8 % des hommes contre 1,5 % des femmes (36).

2. Population clinique :

La consommation de cannabis est très fréquente en population clinique. Le taux d'abus de substance est élevé en population psychiatrique qu'en population générale (37). Cette comorbidité selon de nombreuses études est un facteur qui aggrave le pronostic des pathologies de l'axe I(dépression, troubles anxieux, trouble bipolaire, Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité,

troubles du spectre autistique, anorexie mentale, boulimie et schizophrénie) ou II(trouble de la personnalité paranoïaque, trouble de la personnalité schizoïde, trouble de la personnalité schizotypique, trouble de la personnalité borderline, trouble de la personnalité antisociale, trouble de la personnalité narcissique, trouble de la personnalité histrionique, trouble de la personnalité évitante, trouble de la personnalité dépendante, trouble obsessionnel compulsif)et retard mental.. L'association concerne les troubles anxieux, thymiques, les troubles de personnalité ainsi que de manière remarquable les troubles schizophréniques (38). (Voir chapitre co-morbidité).La co-occurrence de troubles liés à l'usage de substance et premier épisode psychotique est fréquente, peut aller de 30% à 50% des admissions dans certaines études (39, 40, 41).

3. Début de la consommation de cannabis :

La plupart des chercheurs sont d'accord pour situer le début de la consommation pendant l'adolescence, souvent même avant l'âge de 15 ans (42, 43,44).

Différentes études montrent que les adolescents accèdent actuellement de plus en plus facilement à la consommation de cannabis et que cette consommation devient, pour certains d'entre eux, chronique, voire dépendante. Deux questions importantes se dégagent de ce constat : la première concerne les raisons pour lesquelles certains adolescents décident de goûter à la substance ; la seconde concerne les facteurs impliqués dans l'installation d'une consommation plus ou moins régulière, voire dépendante. Il convient donc de différencier également les réponses, c'est-à-dire, les facteurs associés au début de la consommation de ceux associés à la progression de la consommation vers une dépendance (45).

4. Consommation de cannabis : Porte d'entrée vers d'autres drogues ?

Une crainte couramment évoquée est que l'usage intensif de cannabis inciterait à consommer des drogues plus « dures ». D'un point de vue neurobiologique cette hypothèse est plausible puisqu'il existe, des liens entre le système cannabinoïde et le système opioïde. La quasi-totalité des consommateurs de drogues dures ont, en effet, consommé précédemment du cannabis. De même, il est vrai que les gros consommateurs de cannabis ont plus de chance de consommer des drogues dures que les non-consommateurs et ce lien est dose-dépendant. En revanche, le fait que ce lien entre le cannabis et les autres drogues illicites soit causal est beaucoup plus controversé (46). Ce phénomène d'escalade peut être expliqué par, au moins, deux autres théories: premièrement, les usagers de cannabis sont plus souvent en contact avec d'autres drogues par le biais des dealers. Ensuite, des facteurs de risque familiaux et sociaux peuvent expliquer un attrait à la fois pour le cannabis et pour ces autres drogues (47).

Le cannabis est presque toujours associé au tabac dans la confection d'un joint et la grande majorité des usagers fume du tabac en dehors du cannabis. Il existe un lien étroit entre les systèmes nicotiques et cannabinoïdes. Ainsi, l'usage ou la dépendance à l'une des substances augmente le risque d'usage ou de dépendance à l'autre (48).

Une étude longitudinale réalisée en Suisse Romande auprès de 102 adolescents consommateurs de substances psychoactives met en évidence que 92% de ces sujets consomment du cannabis, souvent associé à la consommation d'autres drogues comme l'alcool (49).

5. Comorbidités psychiatriques :

Les comorbidités psychiatriques et addictives font l'objet d'une attention grandissante. Kesler analyse les résultats de l'enquête «National Comorbidity Survey» (NCS) qui montrent que chez les patients ayant un trouble addictif, 42,7% avaient un trouble mental au cours des 12 derniers mois, et que chez les patients ayant un trouble mental, 14,7% avaient un trouble addictif pendant la même période. De nombreuses études montrent que les patients ayant une comorbidité psychiatrique ont une évolution chronique, un moins bon pronostic, avec plus de rechute, des symptômes plus difficiles à traiter et à équilibrer et des conséquences plus graves sur le plan socioprofessionnel et relationnel comparativement aux patients ayant l'une ou l'autre pathologie (50).

Les comorbidités sont des associations nosographiques sans lien de causalité affirmé. De nombreuses études ont trouvé que la consommation du cannabis est un facteur qui aggrave le pronostic d'une pathologie de l'axe I ou II. En revanche, l'imputabilité du cannabis dans l'éclosion des troubles mentaux n'est pas démontrée, mais plutôt un facteur de risque significatif.

a. Troubles anxieux

Plusieurs études ont montré une association significative entre la consommation du cannabis et les troubles anxieux. Zvolensky et al (51). ont mis en évidence en 2006 une augmentation significative des attaques de panique chez les personnes dépendantes au cannabis versus les non-dépendants. Ils ont également trouvé que les troubles débutaient de façon plus précoce (19 ans vs 27,5 ans, respectivement).

De plus, une étude menée par Buckner et al. a montré que la phobie sociale était un facteur de risque de dépendance secondaire au cannabis (OR = 6,58).

Globalement, le cannabis n'est pas associé à une augmentation de l'incidence des troubles anxieux parmi ces consommateurs. En revanche, chez les patients ayant un terrain anxieux, le cannabis pourrait aggraver les attaques de panique ou les faire éclore de façon plus précoce. (52).

b. Troubles thymiques

Le cannabis est également associé de façon inconstante aux troubles thymiques. Dans une étude longitudinale australienne, l'abus de cannabis pendant l'adolescence multipliait le risque d'éclosion d'une dépression par cinq. Plus les consommations débutaient tôt, plus le risque était fort. La dépression n'était pas associée à un risque d'abus de cannabis dans cette population. (53).

Dans une autre étude menée en Suisse en 2008, Merikangas et al (54), ont trouvé une association entre les états dépressifs majeurs et les troubles liés au cannabis. Il n'y avait pas d'association entre la maladie bipolaire et l'abus de cannabis, mais l'existence d'un épisode maniaque était fortement associée avec l'abus ou la dépendance au cannabis plus tard dans la vie (OR = 4,8). Cependant, le cannabis est constamment associé avec une augmentation de l'idéation suicidaire et des tentatives de suicide chez les consommateurs versus les non-consommateurs (risque 2,5 à trois fois plus important). Ceux qui ont débuté leurs consommations avant l'âge de 17 ans avaient un plus fort risque de tentative de suicide (OR = 3,5). Ce même constat avait déjà été fait par Lynskey et al. dans une étude de jumeaux (55).

Une étude longitudinale norvégienne pendant dix ans chez les adolescents âgés de 14 à 16 ans a montré une augmentation significative des tentatives de suicide chez les consommateurs du cannabis versus les non-consommateurs (OR

=2,9). En revanche, chez ces adolescents, il n'y avait pas d'association entre la dépression et les tentatives de suicide (56).

Dans le trouble bipolaire, plusieurs études anciennes et récentes rapportent la grande fréquence de consommateurs de cannabis. Dans une revue de la littérature de Cerullo et Strakowski qui relèvent qu'au moins 40 % des patients diagnostiqués comme ayant un trouble bipolaire I souffrent d'un abus de substance, en majorité du cannabis (57). Les données provenant de la « Zurich Cohort Study », une étude prospective de 591 patients sur 20 ans, rapportent une forte comorbidité entre les troubles de l'humeur et l'usage du cannabis (58). C'est cette même étude qui associe la prise de cannabis (abus ou dépendance) plus au sexe masculin qu'au féminin, avec une corrélation aux symptômes maniaques et hypomaniaques dans le cadre d'un trouble bipolaire I, alors que le trouble bipolaire II était plus associé à un abus d'alcool et de benzodiazépines (59). En effet, l'usage du cannabis dans le trouble bipolaire est plus retrouvé à un âge jeune, et associé au sexe masculin (60).

Cette différence entre les sexes dans la consommation de cannabis est aussi retrouvée par Kawa et al. dans une étude réalisée chez 211 patients souffrant de trouble bipolaire (61).

c. Traits de personnalité, troubles de la personnalité

Certains traits de personnalité (faible estime de soi, difficultés à faire face aux événements, difficultés à résoudre des problèmes interpersonnels) ou de tempérament (recherche de sensations, faible évitement du danger) sont associés dans les études à un risque accru de survenue d'une consommation abusive ou d'une dépendance aux substances psychoactives, dont le cannabis.

La prévalence des troubles de la personnalité (borderline, antisociale) est plus importante chez les sujets abuseurs ou dépendants au cannabis qu'en population générale. Ces traits et ces troubles de la personnalité ne sont pas spécifiques à la consommation abusive de cannabis mais il est important d'y être attentif.

d. Schizophrénie

Le rôle du cannabis dans le déclenchement des troubles schizophréniques a été toujours discuté. Cette question retrouve une actualité devant l'accroissement de sa consommation, tant en population générale qu'en population clinique et particulièrement schizophrénique. La surreprésentation des sujets schizophrènes parmi les consommateurs de cannabis, les implications de cette substance sur le développement et la prise en charge de cette pathologie, les discussions étiopathogéniques et les conséquences thérapeutiques retrouvent une actualité au vu des travaux récents.

Sur le plan épidémiologique, l'étude Epidemiologic catchment area (ECA) montre, sur près de 20 000 sujets, que 47 % des schizophrènes ont un diagnostic de dépendance à l'alcool ou au cannabis et 6 % des sujets dépendants du cannabis présentent un trouble schizophrénique (62).

Dans une méta-analyse, la fréquence de l'abus et de la dépendance au cannabis en population schizophrénique est de 22 à 42 % sur la vie entière, de 12 à 22 % dans les six mois précédant l'enquête (63).

Ces chiffres sont à comparer avec ceux retrouvés en population générale au même âge, de l'ordre de 5 à 10 % (64).

V.- CLINIQUE

A.Phobie sociale :

1. Clinique de la phobie sociale

La trouble « phobie sociale » est rattaché au concept plus large d' « anxiété sociale » défini comme un « sentiment d'appréhension, de conscience de soi pénible, accompagné de manifestations physiologiques gênantes, survenant lors de situations sociales ou d'évaluation ».

Nous devons la première définition de la phobie sociale à MARKS et GELDER en 1966, cités par STEIN(65) : « la phobie sociale est une réaction anxieuse lors de situations sociales, caractérisée par la timidité ou la peur de rougir en public, ou de manger au restaurant, ou de rencontrer des hommes et des femmes, ou d'aller à des soirées, ou de trembler quand on est observé ».

Actuellement, la phobie sociale se définit comme une peur persistante d'une ou plusieurs situations dans lesquelles le sujet est exposé à l'attention et au regard d'autrui. Sous ce regard, il craint en permanence d'agir de façon humiliante ou embarrassante pour lui-même, mais aussi pour les autres. La peur principale est que ceux qui le regardent émettent ou simplement pensent à des critiques humiliantes. Les pensées supposées négatives d'autrui sont donc d'autant plus redoutées que les critiques sont réelles.

Le diagnostic de la phobie sociale repose sur quatre piliers symptomatiques.

a. Les cognitions

Elles sont centrées sur le souci de donner une image positive de soi aux autres, ce qui entraîne, par conséquent, la crainte d'une évaluation négative. Le sujet est envahi de pensées négatives : échec humiliation, incapacité...

Il est habituel de retrouver chez ces patients une hypersensibilité à la critique, à l'évaluation négative ou au rejet, une difficulté à manifester de l'assurance et une faible estime de soi ou des sentiments d'infériorité.

b. L'anxiété anticipatoire

L'anxiété d'anticipation survient avant la confrontation aux situations sociales. L'expérience déjà éprouvée d'échec réel ou perçu comme tel, dans une situation sociale ou l'échec imaginé en référence à une situation sociale anxiogène passée, va entraîner une exposition en pensée qui va déclencher l'angoisse d'anticipation d'une situation sociale à venir, c'est à dire en rapport avec la crainte d'être jugé anxieux, faible, inapte, voire stupide. Ces situations sont les mêmes que celles retrouvées dans l'angoisse situationnelle.

Elle se continue par l'angoisse situationnelle ou l'évitement de la situation redoutée.

Rapidement, une spirale anxiété anticipatoire - échec perçu – anxiété anticipatoire accrue - échec perçu plus grave... va s'installer.

c. L'angoisse situationnelle

Le sujet se trouve confronté à une double source d'angoisse :

- La première est liée à la crainte fondamentale de la phobie sociale, à savoir la peur d'être jugé par le regard d'autrui en raison de la certitude qu'a le sujet de la faiblesse de ses compétences sociales.

- La seconde est due au fait même d'éprouver une anxiété situationnelle avec son cortège de signes neuro-végétatifs : tachycardie, extrasystoles, tremblements, accélération de la respiration, sensation d'étouffement, douleurs thoraciques, aphonie, vertiges, voire dépersonnalisation – déréalisation. L'expression en elle-même de ces signes d'anxiété va entraîner une angoisse secondaire, elle aussi liée au

regard de l'autre : crainte de passer pour quelqu'un d'inapte à s'exprimer en public, crainte de se mettre à trembler au moment de devoir manger devant d'autres personnes, crainte de devenir aphone au cours d'une conversation ou d'un exposé...

d. L'évitement

C'est la conséquence de l'anxiété anticipatoire. Le sujet phobique social va tout d'abord tenter de lutter, de se contrôler, mais cette pression supplémentaire sur ses capacités sociales d'adaptation ne va faire qu'aggraver la spirale anxieuse. Ne reste alors qu'une solution : la fuite. On distingue :

➤ L'évitement total : Certaines situations relationnelles seront alors évitées en totalité, entraînant des préjudices sociaux, professionnels ou personnels parfois majeurs : ne pas aller dans tel lieu fréquenté, éviter tel entretien d'embauche ou tel concours de promotion, ne pas aborder la personne qui plaît... Tous les stratagèmes possibles sont alors mis en place : excuses, prétextes, mensonges, parfois même des scénarii complexes comme par exemple organiser un faux appel téléphonique pendant qu'on est en conversation avec autrui pour pouvoir se défilier.

➤ L'évitement partiel, c'est la participation du sujet mais avec une retenue protectrice : accélérer ou amputer son exposé pour réduire son temps de parole, ne pas s'engager au moment où la relation affective pourrait devenir véritablement intime, participer à une soirée en restant dans son coin...

➤ Les évitements subtils : Il s'agit des petits gestes de précaution qu'effectue le sujet, qui lui permettent de se confronter aux situations sociales en se persuadant qu'il n'y a pas d'évitement et pas d'angoisse, mais qui, en réalité, entretiennent la croyance du danger et qu'il faudra

donc bien identifier avec le patient afin de réaliser une thérapie d'exposition réussie : une mèche soigneusement installée devant le visage, une tenue rouge sensée atténuer le rougissement, des gestes de diversion, une attitude hautaine...



2. Formes cliniques de la phobie sociale

a. Les deux sous-types de la phobie sociale

On distingue deux formes de phobie sociale : la phobie sociale simple et la phobie sociale généralisée.

➤ La phobie sociale simple, ou non généralisée, est limitée à une ou deux situations d'interactions sociales anxiogènes, en général parler en public, prendre des repas avec des personnes qui ne sont pas familières. Il s'agit d'un groupe assez hétérogène, à la limite des formes frontières telles que l'anxiété de performance.

➤ La phobie sociale généralisée correspond à ce qu'on entend par phobie sociale lorsque l'on ne précise pas sa forme clinique. C'est cette forme clinique qui est le plus au centre des différentes études menées ces dernières années. Le diagnostic de phobie sociale généralisée peut être porté lorsque les peurs sont associées à la plupart des situations d'interactions sociales et de performance en public : initier ou soutenir des conversations, participer à de petits groupes, avoir des rendez-vous, parler à des figures d'autorité, se rendre à des soirées...

b. La forme de l'enfant :

Le trouble s'accompagne très souvent de pleurs, colères, réaction de figement, agrippement. L'enfant reste fréquemment proche des adultes familiers et participe peu aux activités de groupe. Ce sont des enfants « trop sages et

discrets ». L'enfant peut ne pas reconnaître le caractère irraisonné de sa peur, et de même n'a pas souvent la possibilité d'éviter la situation génératrice de crainte.

La phobie sociale reste un trouble discret de diagnostic difficile et le plus souvent découvert au stade de complications : dépression, alcoolisme, toxicomanie... Elle s'installe souvent tôt dans la vie des patients (14-24 ans), mais elle est diagnostiquée tardivement car les sujets ont honte de leur faiblesse et craignent l'incompréhension et l'impuissance des soignants. De plus, ce trouble, stable et chronique, diminue rarement avec le temps...

3. Outils diagnostiques

Les outils sont des échelles d'évaluation utilisées dans plusieurs domaines de psychiatrie. En effet, les troubles psychiatriques sont difficilement quantifiables à l'instar de la tension artérielle, la capacité respiratoire,... Les échelles apportent donc des données quantitatives très utiles aux praticiens, notamment pour aider au diagnostic et évaluer l'efficacité thérapeutique. Les plus fiables sont celles qui font le moins appel au sens du jugement ou de la déduction de l'évaluateur(66) et dont la validité a été prouvée par des études.

Il existe plusieurs échelles utilisées pour la phobie sociale, soit diagnostiques, soit d'évaluation selon différents critères.

a. Echelles diagnostiques

➤ Le C.I.D.I. ou Composite International Diagnostic Interview

Ce questionnaire diagnostique, développé par l'O.M.S. et l'administration de la santé mentale américaine, est une référence en la matière et a été validé par de nombreuses études internationales. Il repose sur les critères diagnostiques du D.S.M.-III-R et de la C.I.M.10, et aussi sur les

critères du D.S.M.IV pour les versions les plus récentes(67). Cependant, sa réalisation est très longue (en moyenne une heure et demi d'interview) et nécessite une concentration importante des patients.

➤ Questionnaire issu du module Phobie Sociale du M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (annexe III)

C'est un questionnaire très bref pour orienter rapidement et précisément le diagnostic.

Il a été conçu par un ensemble de psychiatres et autres cliniciens, américains et européens, en se basant sur le DSM IV et la CIM 10 (68) afin de proposer aux thérapeutes, spécialistes ou généralistes, un outil simple et rapide.

Il fait preuve d'une bonne sensibilité, spécificité et fidélité test-retest et sa validité est reconnue, notamment en comparaison au C.I.D.I. (69).

b. Echelles d'évaluation

➤ Le Questionnaire des peurs de MARKS et MATHEWS (1979) (annexe IV)

C'est une échelle brève d'auto-évaluation (24 items), adaptée aux troubles anxieux les plus fréquemment rencontrés (agoraphobie et phobie sociale), qui permet l'évaluation de l'anxiété d'une part, et la dépression associée au trouble d'autre part.

La version française de COTTRAUX est apparue comme un instrument valide, fiable et sensible aux changements thérapeutiques, notamment pour mesurer les phobies et surtout l'agoraphobie, mais avec une limite qui est la mauvaise discrimination entre phobiques sociaux et obsessionnels(70). A noter, les résultats sont identiques à la version anglaise.

➤ L'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (PPAG) (COTTRAUX J., 1993) (annexe V)

Elle évalue trois grands types d'anxiété (répondant aux critères du DSM IV), en auto ou hétéro-évaluation. Elle nécessite la définition de deux situations phobogènes principales par le patient, et la compréhension par l'examineur et le patient des trois types d'anxiété (intervention du sens du jugement de l'évaluateur...). La validité et la sensibilité de cette échelle ont été reconnues(71).

➤ L'échelle de phobie sociale de DAVIDSON ou Brief Social Phobia Scale (B.S.P.S., 1991, traduite en français par LEPINE et MUSA en 1993) (annexe VI)

Il s'agit d'une échelle brève, d'hétéro-évaluation, divisée en deux parties, mesurant d'une part la peur et l'évitement, et d'autre part, les manifestations physiologiques(72). Sa fidélité, sa sensibilité et sa validité ont été prouvées (version anglaise) (73).

➤ Le questionnaire F.N.E. ou Fear of Negative Evaluation de WATSON et FRIEND (1969, traduit en français par MUSA et TEHERANI, en 1998) (annexe VII)

Il explore, en auto-évaluation, la dimension cognitive de la phobie sociale, notamment la peur du jugement d'autrui(72).

➤ Le test comportemental d'évitement (MARKS I.M. et coll., traduction par COTTRAUX J., 1985) (annexe VIII)

C'est une appréciation de l'intensité de l'évitement de situation phobiques ou provoquant les rituels chez les obsessionnels, ainsi que l'intensité du malaise.

Le test repose sur le choix de quatre situations principales par le thérapeute et le patient, et sur une mise en situation du patient. Le problème de ce test est

donc la capacité de mise en situation, mais aussi de la possibilité d'études de validation, en raison de l'absence de données normatives(71).

➤ L'échelle d'appréciation de l'anxiété de HAMILTON (Hamilton rating scale Anxiety) (annexe IX)

Cette échelle évalue la sévérité de l'anxiété chez un patient pour qui le diagnostic est posé sans discrimination des troubles anxieux. Elle est fréquemment utilisée car très sensible au changement. Mais le problème est que certains items n'ont pas été suffisamment définis par HAMILTON (71).

➤ L'échelle d'affirmation de soi (Assertiveness schedule) (RATHUS S.A., 1973, traduction de COTTRAUX J. en 1979) (annexe X)

Elle détermine l'affirmation de soi. Sa fidélité test-retest, validité, sensibilité ainsi que sa validité discriminante ont été démontrées. Mais la nécessité de modification de la cotation du questionnaire pour des raisons de statistiques, a entraîné un problème de consensus pour la comparaison des études(71).

➤ Le questionnaire des conduites interpersonnelles ou QCI (Scale for interpersonal behavior) (ARRINDELL W.A., 1984) (annexe XI)

Il permet une détermination, chez le phobique social, de la performance sociale (probabilité du sujet à s'engager dans une réponse assertive), et du degré de gêne en situation. La fidélité test-retest et la validité sont correctes avec une bonne discrimination des phobiques sociaux des sujets normaux, et une échelle des gênes plus spécifique aux phobiques sociaux(71).

➤ Le TAPIS : test d'auto-évaluation des pensées en interaction sociale (social interaction self statement test) (GLASS C.R., 1982 ; traduction par COTTRAUX J.)(annexe XII)

Ce test apprécie la fréquence des pensées facilitatrices (pensées positives) ou inhibitrices (pensées négatives) dans le contexte des relations hétérosociales. L'échelle négative est un meilleur révélateur d'anxiété sociale. Elle est sensible au changement. Par contre, les résultats sont différents selon les conditions d'application (jeux de rôle, référence à des situations de la vie réelle,...). A noter l'existence d'une seconde traduction par BOISVERT J.M. (71).

➤ L'échelle d'anxiété de LIEBOWITZ (Liebowitz Social Anxiety Scale ou LSAS, 1987 ; traduction française par LEPINE J.P. et CARDOT H., 1990) (annexe XIII)

Cette échelle, brève aussi (24 items), d'auto-évaluation ou hétéro-évaluation permet d'évaluer de manière séparée l'anxiété et l'évitement dans des situations d'interaction sociale et de performance. Des études récentes ont démontré une bonne validité, fidélité test-retest et sensibilité aux changements thérapeutiques(74) (75) (76), et les études de validation de l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation retrouvent des résultats identiques(77) (78).

Il existe aussi une version de l'échelle de LIEBOWITZ adaptée aux enfants et adolescents dont la fidélité et la validité ont été reconnues(79).

➤ L'échelle de SHEEHAN (Sheehan Disability Scale ou SDS, 1983) (annexe XIV)

Cette échelle détermine de manière simple le handicap que la maladie psychiatrique peut engendrer dans la vie quotidienne (travail, loisirs, famille). Elle n'est pas spécifique des troubles anxieux. Elle a été évaluée en soins primaires et sa validité a été reconnue(80) (81) mais elle serait un peu moins sensible que certaines autres échelles d'invalidité (le Liebowitz Self-Rated Disability Scale (L.S.R.D.S.) et le clinician-rated Disability Profile (D.P.)) (81).

➤ Le S.P.I.N. (The Social Phobia Inventory)

C'est une échelle développée récemment par CONNOR et al. Pour évaluer trois types de symptômes de la phobie sociale : les symptômes cognitifs, comportementaux et physiques. C'est une échelle brève d'auto-évaluation constituée de 17 items. Sa validité, sa consistance interne, sa fidélité test-retest et sa sensibilité aux changements ont été prouvées. Simple d'utilisation, elle discrimine bien les patients phobiques sociaux des groupes contrôles, d'où ses avantages pour les futures études(82). Par contre, la version française n'a été réalisée qu'en 2004 par MUSA et BOUCHEZ-ARDABZADEH et est donc non encore évaluée.

4. Diagnostics différentiels

Certains éléments de la phobie sociale peuvent être partagés par plusieurs pathologies psychiatriques, d'où la nécessité d'en connaître les diagnostics différentiels

+Les premiers troubles à évoquer sont les troubles anxieux, dans lesquels se classe d'ailleurs la phobie sociale. On retrouve :

a. le trouble panique :

Il a pour point commun parfois avec la phobie sociale, l'évitement des situations sociales (quand celles-ci sont à l'origine du trouble), mais par peur d'être vu lors d'une attaque de panique. Cette pathologie peut être développée par un phobique social.

Il n'est typiquement pas limitée aux situations sociales et est caractérisée par l'apparition initiale d'attaques de panique inattendues.

b. l'agoraphobie :

Par son objet phobique même (peur des grands espaces, des lieux publics), elle s'apparente à la phobie sociale en entraînant de la même

manière, des conduites de retrait social, qui peuvent là aussi devenir invalidantes dans la vie quotidienne. Elle peut s'accompagner aussi de trouble panique. La différence se situe dans le fait que le sujet agoraphobe n'a pas forcément peur du regard d'autrui.

c. l'anxiété sociale :

Ce serait un stade précédant celui de la phobie sociale; la phobie sociale serait l'anxiété sociale à son maximum ou anxiété sociale pathologique.

d. l'anxiété de performance

Elle désigne les états émotionnels précédant la confrontation avec un public au cours de l'exécution d'une tâche donnée. Elle se manifeste avant et pendant la performance attendue, et peut même conduire à un évitement de la situation de performance. Cette anxiété porte sur la crainte de ne pas être à la hauteur de ce que les autres attendent du sujet. « Les autres » sont souvent représentés par un public puisque l'anxiété de performance est particulièrement rencontrée chez les musiciens, comédiens, sportifs...

Cette chronologie de l'anxiété par rapport à la situation anxiogène est très comparable à ce qu'on observe dans la phobie sociale, mais contrairement à cette dernière, on note un phénomène d'habituation au fur et à mesure de la répétition de la situation de performance redoutée.

On rapproche habituellement de l'anxiété de performance deux autres troubles : l'anxiété aux examens et la dysfonction érectile.

e. l'anxiété de séparation :

C'est un trouble ressenti par les enfants lorsqu'ils sont séparés de leurs proches conduisant à une angoisse lors de situations sociales loin de chez eux, où cela pourrait se produire. Par contre, ils n'éprouvent pas cette crainte à leur

domicile contrairement aux enfants phobiques sociaux, dès lors que la situation sociale y est reproduite.

f. l'anxiété généralisée :

C'est une anxiété permanente entraînant parfois une inhibition anxieuse, mais pas forcément liée à l'interaction d'autrui.

g. la dysmorphophobie :

La crainte est centrée sur sa propre image de son corps plutôt que sur le jugement d'autrui.

h. le trac :

C'est une sensation d'anxiété intense mais passagère, limitée à une situation et à un moment donné.

D'un point de vue étymologique, il semble que le mot *trac* ait la même origine que le verbe *traquer*, « poursuivre sans laisser d'issue ». Les premières utilisations du mot *trac* semblent avoir été faites, au début du XIX^{ème} siècle, au sujet des comédiens et des étudiants pour désigner leur appréhension face au jugement d'un public ou d'un jury(83).

Contrairement au phobique social dont l'anxiété se manifeste pendant toute la durée de l'exposition au regard de l'autre, le « traqueur » est angoissé avant l'exposition mais son angoisse diminue et même disparaît au fur et à mesure de l'exposition jusqu'à être de niveau équivalent à celui des sujets normaux(83).

Tableau V : Comparaison trac – phobie sociale

(tiré de ANDRE et LEGERON 83).

Trac	Phobie sociale
Anxiété forte peu avant la situation	Anxiété forte avant, pendant et après la situation
Diminution rapide de l'anxiété dès le début de l'exposition	Pas de diminution voire augmentation de l'anxiété au cours de l'exposition
Performance sociale possible même si l'anxiété est forte	Anxiété pouvant aboutir à une attaque de panique voire à la fuite
Soulagement après la prestation sociale	Honte après la prestation sociale
Récupération rapide après la prestation	Epuisement et rumination ensuite
Phénomène d'habituation lors de la répétition dans les mêmes circonstances	Sensibilisation lors de la répétition dans les mêmes circonstances, ou évitement

i. la timidité

« C'est un type particulier d'anxiété sociale, décrivant une manière d'être durable et habituelle, marquée par une tendance prononcée, lors des situations nouvelles, à se tenir en retrait et à éviter de prendre l'initiative, malgré un désir relatif d'échange avec l'entourage »(83). Elle décrit l'existence simultanée d'un malaise intérieur et d'une maladresse extérieure en présence d'autrui. Il faut cependant noter que les capacités à s'adapter aux situations d'interaction sociale sont plus développées que dans les formes pathologiques d'anxiété sociale. En effet, si le timide redoute les situations sociales et cherchent à les éviter, c'est surtout les « premières fois » qui sont angoissantes, son anxiété diminuant au fur et à mesure de la répétition d'une situation ou d'une rencontre, alors que le phobique social aura tendance à mettre en place un renforcement négatif

irrationnel lors de la répétition, à partir de la rumination d'un échec virtuel qu'il aura imaginé.

Le tableau VI compare timidité et phobie sociale.

Tableau VI : Comparaison timidité – phobie sociale (tiré de ANDRE et LEGERON 66).

Timidité	Phobie sociale
Peur d'être ignoré	Peur d'être humilié ou agressé
Désir d'être accepté	Désir d'être oublié
Inhibition les premières fois, puis relative aisance au fur et à mesure des nouveaux contacts	La répétition des contacts ne met pas toujours plus à l'aise, au contraire, à cause de la peur d'être démasqué au fur et à mesure que l'intimité s'accroît
Gêne en situation sociale	Véritable panique en situation sociale
Sentiment de déception après les prestations sociales jugées insatisfaisantes	Sentiment de honte après les prestations sociales jugées insatisfaisantes
Le désir de contact est supérieur à la crainte de l'échec	La crainte de l'humiliation est supérieure au désir de contact
En cas de gêne sociale, conduites d'inhibition, et observation des autres	En cas de gêne sociale, conduites de dissimulation de son malaise et auto-observation
Les attitudes sociales amicales et accueillantes rassurent (« je n'ai pas à faire le premier pas »)	Les attitudes sociales amicales et accueillantes peuvent embarrasser ou angoisser (« est-ce sincère ? », « que faire ? »)

+ Les seconds troubles à évoquer sont les troubles de la personnalité.

j. le trouble de la personnalité évitante :

Le trouble personnalité évitante représente le degré de gravité le plus élevé de l'anxiété sociale. Il se caractérise par une inhibition sociale, un sentiment d'incompétence sociale et une hypersensibilité au jugement d'autrui.

De plus, le sujet évitant cherche à rationaliser son comportement et ses pensées en toute circonstance, s'éloignant du véritable problème qui finit par être oublié, rejetant les raisons de son mal-être sur autrui. Ce qui fait que ces patients n'ont pas conscience de leur anxiété sociale et ne sont pas demandeurs de soins.

Tableau VII : Comparaison personnalité évitante – phobie sociale (tiré d'ANDRE et LEGERON) (83).

Personnalité évitante	Phobie sociale
Evitements rationalisés : « j'évite car je n'ai pas envie, ça ne vaut pas la peine, je suis trop fatigué... »	Evitements culpabilisés : « j'évite et je ne devrais pas, mais je ne me sens pas capable, je ne suis pas assez fort, j'ai honte... »
Attribution de responsabilité externe : « c'est la faute des autres, ils ne sont pas assez accueillants, ouverts, indulgents... »	Attribution de responsabilité interne : « c'est de ma faute, je ne fais pas assez d'efforts, je suis trop émotif, je m'écoute trop... »
Peu demandeur d'aide pour son anxiété sociale	S'il est informé, demandeur d'aide pour son anxiété sociale
Conscience floue de son anxiété sociale	Conscience claire de la souffrance due à son anxiété sociale
Anxiété sociale égo-syntonique : « je suis comme ça »	Anxiété sociale égo-dystonique : « j'aimerais ne pas être comme ça »

Tableau VIII : Critères diagnostiques de la personnalité évitante Selon le D.S.M.IV-R (2000)

Critères du DSM-IV-R pour la personnalité évitante:

Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hyper sensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, 4 manifestations parmi 7

(1)Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté

(2)Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé

(3)Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule

(4)Craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales

(5)Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur

(6)Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres

(7)Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras

k. la personnalité schizoïde

Par sa fuite des contacts sociaux mais cela par manque d'intérêt à communiquer avec autrui, contrairement aux phobiques sociaux.

+ Enfin, un autre diagnostic différentiel important à envisager : la dépression, qui entraîne souvent un retrait social. Ce trouble se développe au cours de la maladie mentale, mais n'existe pas auparavant tandis que la phobie

sociale est une pathologie qui évolue de manière durable et chronique. A noter que la dépression est un trouble comorbide fréquent de la phobie sociale généralisée à cause des conséquences socioprofessionnelles qu'elle entraîne.

B. L'Addiction au cannabis

1. Troubles liés au cannabis

Il est classique de différencier trois grandes modalités de consommation de substances : l'usage, l'abus et la dépendance.

L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages. Les seules complications de l'usage simple de substances illicites sont d'ordre pénal ou social. L'abus et la dépendance sont reconnus comme des entités morbides, répertoriées en tant que « troubles liés à l'utilisation d'une substance » dans les classifications internationales.

À ces catégories, le DSM-IV-TR, en individualisant 11 groupes de substances (licites et illicites), ajoute la catégorie « troubles induits par une substance » dont certains comme l'intoxication, le trouble amnésique, les troubles psychotiques peuvent être liés à une prise unique. Ces regroupements nosographiques recoupent, souvent imparfaitement, les catégories de consommation individualisées dans les études épidémiologiques qui distinguent les non-consommateurs, les expérimentateurs, les consommateurs occasionnels et les consommateurs réguliers.

a. Abus ou utilisation nocive pour la santé (usage nocif)

L'abus de substance selon le DSM-IV-TR ou l'usage nocif selon la CIM 10 sont définis comme il suit (tableau IX).

Tableau IX : Critères du DSM-IV-TR pour l'abus de substance

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.

(1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)

(2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine, alors que l'on est sous l'influence d'une substance).

(3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)

(4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Cette définition permet d'affirmer que cette modalité de consommation représente un trouble entraînant des dommages multiples et devrait être considérée comme pathologique.

b. Dépendance

Même si les mécanismes physiologiques de la dépendance n'ont pas encore été complètement élucidés, on accepte, du point de vue du diagnostic clinique, l'existence d'une dépendance à cette substance (84).

Une revue de la littérature sur la dépendance au cannabis montre que des études réalisées les dix dernières années en recherche et en clinique ont mis en évidence le fait que le cannabis produit une dépendance et que cet état est fréquemment associé à une dégradation du contexte psychosocial de l'individu (85).

Chez les consommateurs vulnérables, cette dépendance va s'installer rapidement, entre 12 et 28 mois selon les études (86).

La catégorie diagnostique de l'American Psychiatric Association, DSM IV TR tient compte de ces aspects psychosociaux et comportementaux, cliniquement observables, et propose certains critères pour établir un diagnostic de dépendance aux substances psychoactives, y compris le cannabis (tableau X).

Tableau X : criteres de DSM-IV-R pour la dépendance à une substance

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent 3 (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

(1)Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des maladies suivantes:

(a)Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir

une intoxication ou l'effet désiré.

(b) Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de la substance

(2) Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

(a) Syndrome de sevrage caractéristique de la substance

(b) La même substance (ou une substance apparentée) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

(3) La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.

(4) Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.

(5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p.ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), ou à utiliser le produit (p.ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets

(6) Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

(7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Spécifier si :

Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage

Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage

Spécifications de l'évolution :

Codification de l'évolution de la Dépendance au 5^e caractère

0 Rémission précoce complète

0 Rémission précoce partielle

0 Rémission prolongée complète

0 Rémission prolongée partielle

2 Traitement par agoniste

1 En environnement protégé

4 Légère/moyenne/grave

c.Syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage au cannabis est assez bien défini. Les symptômes débutent environ 24 heures après l'arrêt de la consommation, sont à leur maximum au bout de 72 heures et se résorbent ensuite en 7 à 10 jours. Les principales manifestations sont une irritabilité, une anxiété, une tension physique importante ainsi qu'une baisse de l'humeur et de l'appétit. D'autres signes accompagnent le tableau : impatience, tremblements, sueurs, insomnie et sommeil agité (87).

2. Troubles induits par le cannabis (88)

Les effets immédiats de cannabis apparaissent en général 15 à 20 minutes après inhalation et entre 4 à 6 heures en cas de prise orale. Chez les consommateurs réguliers, ces effets apparaissent de façon plus retardée.

a. Intoxication « ivresse cannabique »

La 1ère description de l'ivresse cannabique revient à Moreau de Tours en 1845. Celle-ci répond aux critères suivants : sensation de bonheur, excitation et dissociation de la pensée, erreurs d'appréciation du temps et de l'espace, idées fixes et convictions délirantes, lésions des affections, impulsions irrésistibles, illusions et hallucination (89).

Selon le DSM-IV-TR, les critères diagnostiques (somatiques et psychiques) de l'intoxication au cannabis sont les suivants :(tableau XI).

Tableau XI :critères du DSM-IV-TR pour l'intoxication cannabique

A. Utilisation récente de cannabis.

B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptées, cliniquement significatives, (par exemple: altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, méfiance, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développées pendant ou peu après l'utilisation du cannabis.

C. Au moins deux des signes suivants, se développant dans les deux heures qui suivent 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 : D avec perturbations des perceptions.

Cette spécification peut être notée quand le sujet présente des hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles en l'absence d'un délirium.

Une appréciation intacte de la réalité signifie que la personne sait que les hallucinations sont induites par la substance et ne représentent pas la réalité extérieure. Quand des hallucinations se produisent en l'absence d'une appréciation intacte de la réalité, un diagnostic de trouble psychotique induit par une substance, avec hallucinations, doit être envisagé.

b. Les troubles anxieux

Les manifestations anxieuses sont les troubles les plus fréquents. Elles sont souvent à l'origine de l'arrêt de l'intoxication. Elles réapparaissent lors de nouvelles prises.

➤ Attaque de panique

Elle est de survenue brutale. Elle peut se révéler par :

- Des manifestations psychiques : sentiment de perte de contrôle, une sensation de mort imminente, une dépersonnalisation ou de déréalisation.
- Des manifestations physiques : palpitations, tachycardie, hyperventilation, dyspnée, nausées.
- Des manifestations comportementales : raptus anxieux, sidération

Elle régresse spontanément en quelques heures ou sous traitement anxiolytique. Cette expérience est habituellement liée à l'anxiété du sujet lors de la prise, à un contexte insécurisant ou à l'importance de la quantité consommée.

➤ **Syndrome de dépersonnalisation**

Il survient au cours ou au décours immédiat d'une prise de cannabis. Il peut durer plusieurs semaines voire plusieurs mois. A cette angoisse chronique de dépersonnalisation s'associe alors une asthénie, une insomnie, des sentiments d'étrangeté, de déjà-vu, une humeur dépressive, des perturbations cognitives.

c. Effets sur la mémoire

La prise aigue de cannabis altère immédiatement la mémoire à court terme, la mémoire de travail, l'apprentissage, et les performances arithmétiques simples. 15 à 30 minutes après la consommation les capacités attentionnelles sont aussi touchées. Ces troubles peuvent persister jusqu'à plusieurs semaines après l'arrêt de l'intoxication. Cependant, ces atteintes de la mémoire semblent réversibles à l'arrêt de l'intoxication y compris en cas de forte consommation.

d. Effets sur la fonction motrice :

Majoration de l'activité motrice dans un premier temps puis ataxie, incoordination, allongement du temps de réaction.

e. Syndrome amotivationnel

L'usage régulier et prolongé de cannabis retentit sur les performances comportementales, sociales, scolaires et professionnelles et pourrait induire ce syndrome amotivationnel.

Ce syndrome associe :

- Une passivité, un manque d'intérêt, une humeur dépressive ;
- Une pauvreté idéatoire avec des pensées floues imprécises ;
- Une indifférence affective, avec diminution, voire suppression de toute vie relationnelle ;
- Un arrêt de tout sport et de tout loisir ;
- Une fatigabilité anormale.

L'ensemble de ces symptômes entraîne une marginalisation, une non-insertion sociale voire une désinsertion.

Lors du sevrage, tous ces symptômes régressent spontanément sans traitement particulier, ce qui différencie ce syndrome d'une schizophrénie débutante.

Macleod et al en 2004 (90), dans leur revue bibliographique portant sur plus de 200 publications sur le devenir psychosocial des usagers de cannabis âgés de moins de 25 ans, remettent en cause l'existence d'un syndrome amotivationnel autonome induit par le cannabis. Selon les auteurs, des explications concernant le comportement amotivationnel doivent davantage être recherchées dans le contexte social dans lequel le cannabis est consommé. Les adolescents consommateurs de cannabis adoptent plus rapidement un style de vie non conventionnel, appartiennent le plus souvent à des groupes contestataires ou délinquants de consommateurs comme eux (groupes de pairs), adoptent plus précocement des comportements adultes et quittent aussi plus tôt l'école et la maison familiale. Selon ces auteurs, l'état des données parlerait plutôt d'une causalité inverse. Les problèmes psychosociaux seraient, d'après eux, plus fréquemment à l'origine de la consommation de cannabis que l'inverse.

f. Troubles cognitifs :

Ils sont très importants chez les fumeurs chroniques :

- Altération de la mémoire avec amnésie antérograde à court et à long terme ;
- Altération de la mémoire avec amnésie rétrograde, oubli de choses apprises avant la consommation de cannabis ;
- Diminution de la capacité attentionnelle et de la concentration ;
- Diminution de la poursuite visuelle et du seuil d'alerte

Ces effets sont dose-dépendants et pourraient persister plusieurs semaines après le sevrage(7).

g. Troubles dépressifs

Le risque de développer une dépression est 5 fois plus élevé en cas de consommation de cannabis chez l'adolescent, risque d'autant plus important que la consommation est précoce. Les preuves d'un rôle dépressogène du cannabis sont plus discutables que pour la psychose. De même, l'apparition de troubles dépressifs lors de l'adolescence ne présage pas de la survenue de problèmes liés à la consommation de cannabis dans le futur.

L'automédication est probablement l'un des nombreux facteurs impliqués dans la comorbidité addiction - troubles dépressif. Mais les différentes études réalisées ont rejeté l'hypothèse selon laquelle la dépression exposerait à l'abus de cannabis (91).

h. Cannabis et suicide :

Il existe un lien entre les conduites suicidaires et le cannabis, même si celui-ci s'avère être moins important qu'avec d'autres substances comme l'alcool. Une étude longitudinale norvégienne pendant dix ans chez les

adolescents âgés de 14 à 16 ans a montré une augmentation significative des tentatives de suicide chez les consommateurs du cannabis versus les non-consommateurs (OR = 2,9) (92).

i. Trouble des conduites alimentaires

Le cannabis a un effet orexigène mais le tabac qui lui est souvent associé est anorexigène. Il serait trop simpliste de penser que l'effet d'une substance annule celui de l'autre. Les études montrent que les sujets boulimiques cannabino-philes ont un trouble plus sévère, ont plus recours aux laxatifs, font plus de tentatives de suicide avec plus d'hospitalisations.

j. Troubles psychotiques :

➤ Aigu :

Psychose induite

Le début est brutal, en quelques jours, elle est caractérisée par :

- troubles du comportement, auto- ou hétéroagressivité,
- hallucinations auditives ou visuelles, délire à thèmes polymorphes,
- désinhibition psychomotrice

L'hospitalisation habituellement s'impose avec une résolution rapide sous antipsychotiques ; les risques de récurrences lors des réintoxications sont majeurs.

Selon les critères internationaux, ces symptômes peuvent durer un mois après la consommation.

Ces épisodes ne doivent pas être banalisés, car ils révèlent une vulnérabilité qui pourra s'exprimer ultérieurement sous la forme d'un trouble chronique.

➤ Chronique

Plusieurs études de cohorte (Suède, Pays-Bas, Allemagne, NZ) ont montré que l'usage de cannabis augmente le risque de survenue d'un trouble psychotique, et d'une schizophrénie en particulier, chez des sujets initialement indemnes de ces troubles. Le risque paraît aussi plus important si l'usage débute à l'adolescence plutôt qu'à l'âge adulte. La consommation de cannabis est donc un facteur de risque pour la survenue d'un trouble psychotique. L'usage important et précoce du cannabis jouerait un rôle causal dans l'émergence d'une schizophrénie chez des individus vulnérables. C'est la rencontre d'un certain type d'usage (important et précoce) et d'un certain type de population (adolescents vulnérables) qui constitue une population à risque. L'usage de cannabis n'est une cause ni nécessaire, ni suffisante au développement d'une psychose, mais il peut faire partie d'un des facteurs.

VI. -LIEN ENTRE LA PHOBIE SOCIALE ET L'ADDICTION AU CANNABIS

Afin de comprendre la relation entre la phobie sociale et l'addiction au cannabis, nous nous appuyons sur des études épidémiologiques et des enquêtes diverses.

A. Epidémiologie

Selon NCS (National Comorbidity Survey), 29 % des personnes ayant une dépendance au cannabis avaient une phobie sociale, tandis que les taux des autres troubles anxieux varient entre 6,9 % et 18,5 %. En outre, les adolescents

phobiques sociaux sont sept fois plus susceptibles de développer une dépendance au cannabis que les jeunes adultes.

Les personnes ayant une dépendance au cannabis sont cinq fois plus susceptibles d'avoir un trouble anxieux, dont 73,1 % des adultes présentent les caractéristiques d'un trouble anxieux primaire. La phobie sociale apparaît particulièrement liée à l'addiction au cannabis. (93)

L'addiction au cannabis est hautement co-morbide avec la phobie sociale, celle-ci peut être un facteur de risque de dépendance au cannabis. Une étude menée par Julia al. en 2012 aux États-Unis (93) a exploré ces relations de plusieurs façons. Tout d'abord, on a examiné si la phobie sociale a été plus susceptible d'être liée à la dépendance au cannabis qu'à son abus. Deuxièmement, on a examiné les relations temporelles de cette comorbidité. Troisièmement, on a examiné si la phobie sociale a été liée à la vitesse de transition de l'âge de la première consommation de cannabis, vers l'apparition de l'addiction, par rapport à d'autres troubles anxieux. Quatrièmement, on a testé si le fait d'avoir les deux troubles a été associé à une plus grande détérioration et comorbidité psychiatrique.

L'échantillon était constitué d'adultes, 2957 d'entre eux avaient l'addiction au cannabis et ne souffraient pas de phobie sociale, 1643 souffraient de la phobie sociale mais n'avaient pas d'addiction au cannabis, et 340 avaient une comorbidité des deux troubles.

Des hypothèses sont posées et les résultats étaient les suivants :

***Hypothèse 1 : La phobie sociale serait plus fortement liée à la dépendance au cannabis**

Le tableau IX présente les relations entre l'abus de cannabis, la dépendance et les troubles d'anxiété, ainsi que d'autres troubles psychiatriques. La phobie sociale a été significativement plus susceptible d'être liée à la dépendance au cannabis.

En fait, tous les troubles, à l'exception des troubles de conduite et le jeu pathologique étaient significativement liés à la dépendance au cannabis. Aussi comme prévu, la phobie sociale a été liée à la dépendance au cannabis au-delà de la variance partagée expliquée par le sexe, la race, et d'autres troubles psychiatriques (tableau X).

***Hypothèse 2: La majorité des personnes rapportent que la phobie sociale est apparue avant l'addiction au cannabis.**

La majorité des sondés souffrant des deux troubles (81,5%) ont indiqué que la phobie sociale est apparue avant l'addiction au cannabis. Cependant, une importante minorité (15,0%) avait déclaré que l'apparition de cette addiction a eu lieu avant celle de la phobie sociale. Une faible proportion (3,5%) a indiqué que ces deux troubles sont apparus dans la même année.

***Hypothèse 3: la phobie sociale serait liée à une transition plus rapide entre la consommation du cannabis et l'apparition de l'addiction**

Les hommes souffrant de phobie sociale ont effectué la transition entre la première consommation et l'addiction au cannabis avec environ huit mois d'avance. Alors que pour les femmes, celle ayant une phobie sociale ne diffèrent

pas significativement de celles présentant d'autres troubles anxieux, sur la vitesse de la transition de la consommation à l'addiction.

***Hypothèse 4: les personnes souffrant des deux troubles seraient différentes de celles qui ne présentent pas cette comorbidité par rapports aux caractéristiques démographiques et la toxicomanie. (Tableau XII)**

Parmi les personnes souffrant d'addiction au cannabis, la possibilité de comorbidité avec la phobie sociale étaient largement moindre pour les hommes, et beaucoup plus élevée pour ceux qui n'ont pas eu un diplôme d'études secondaires, des revenus individuels de moins de \$ 35,000, un revenu familial inférieur à \$ 20,000, et ceux qui reçoivent une aide financière. Les personnes atteintes de cette comorbidité étaient moins susceptibles de déclarer que leur santé était excellente, très bonne ou bonne en comparaison avec celles ayant seulement l'addiction au cannabis sans phobie sociale. Cette comorbidité a également été liée à une plus grande consommation à d'autres substances illicites.

Parmi ceux qui ont la phobie sociale, les chances de co-morbidité avec l'addiction au cannabis étaient significativement plus élevées pour les hommes, les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, et celle qui reçoivent une aide financière. La co-morbidité avec des TCC était moins probable chez les personnes de moins de 45 ans, de race asiatique, ayant obtenu un diplôme de l'école secondaire, et celles qui étaient mariées. En revanche, Ceux qui présentent les deux troubles (20,15%, SE = 3,58) étaient plus susceptibles de consommer de l'alcool pour réduire les craintes sociales par rapport à ceux qui ont la phobie sociale seulement (3,45%, SE = 0,80), OR = 7,07 (IC à 95% = 3,72 à 13,44).

***Hypothèse 5: L'impact de la comorbidité de la phobie sociale avec l'addiction au cannabis sur les autres troubles psychiatriques. (Tableau XIII)**

Presque toutes ces personnes souffrant de cette comorbidité (99,21%) ont connu au moins un autre trouble psychiatrique, dont 98,99% connaissant au moins un autre trouble de l'Axe I et 73,71% connaissant au moins un trouble de l'axe II. Les troubles les plus communs de l'axe I étaient des troubles de consommation d'autres substances, suivies par des troubles de l'humeur (respectivement : trouble dépressif majeur, troubles bipolaires I, dysthymie, et troubles bipolaires II) et enfin, d'autres troubles anxieux (phobie spécifique, trouble de panique, et les troubles d'anxiété généralisée). Le trouble le plus commun de l'axe II est le trouble obsessionnel compulsif, suivi par la paranoïa, les troubles de la personnalité évitante, antisociale et schizoïde.

Une grande proportion des personnes avec une addiction au cannabis sans phobie sociale (94,5%) étaient plus susceptibles d'éprouver au moins un autre trouble de l'Axe I (93,9%) plutôt qu'un trouble de l'axe II (31,47%). La majorité des personnes (87,4%) ayant une phobie sociale sans addiction au cannabis étaient plus susceptibles d'éprouver au moins un autre trouble de l'Axe I (82,5%) plutôt que des troubles de l'axe II (51,5%).

Il est intéressant de constater que, bien que l'addiction au cannabis ait été liée à n'importe quel trouble de l'humeur, il ne semble pas être lié aux troubles dépressifs majeurs, aux troubles bipolaires II, ou à la dysthymie.

TABLEAU IX : Association entre l'abus de cannabis et la dépendance au cannabis avec les autres troubles psychiatriques

Autres troubles psychiatriques	Abus du cannabis N= 2767 %=84,67		Dépendance de cannabis N=530 %=15,33				
	%	SE	%	SE	OR	95%CI	Fréquence (échantillon total)
Phobie sociale	8.52	0.69	21.31	2 .34	2.91	2.1 4.03	4.97
Autres troubles de l'anxiété	23.90	1.03	43.27	2.67	2.43	1.88 3.14	14.87
TAG*	6.95	0.57	20.76	2.59	3.51	2.46 5.00	4.14
Trouble de panique	9.68	0.75	22.44	2.31	2.7	1.97 3.7	5.07
Phobie spécifique	14.58	0.90	27.18	2.86	2.19	1.58 3.04	9.39
Dépendance à la nicotine	48.25	1.23	69.64	2.58	2.46	1.92 3.15	17.92
Addiction à l'alcool	80.34	0.97	87.99	1.78	1.79	1.26 2.55	30.28
Addiction à d'autres drogues	37.17	1.19	56.80	2.55	2.22	1.77 2.78	5.27
Troubles de l'humeur	33.22	1.16	56.95	2.85	2.66	2.06 3.43	18.33
Troubles psychotiques	2.23	0.38	4.98	1.41	2.3	1.13 4.68	0.78
Troubles de la personnalité	1.26	1.14	61.52	2.63	3.52	2.77 4.47	14.80
Trouble de conduite	2.00	0.33	2.74	0.90	1.39	0.65 2.95	1.05
Dépendance aux jeux pathologique	1.38	0.28	1.99	0.62	1.45	0.66 3.19	0.42

Note : l'abus de cannabis était le groupe de référence, les prédicateurs ont été simultanément rajoutés afin d'identifier un prédicateur unique.

*les autres troubles de l'anxiété incluent le trouble de l'anxiété généralisée (TAG), le trouble panique et les phobies spécifiques.

*Les troubles liés à la consommation des autres drogues incluent les sédatifs, les tranquillisants, les opioïdes, amphétamine, cocaïne, hallucinogènes, inhalant/solvants, héroïne et d'autres drogues (à l'exception du cannabis, de l'alcool et de la nicotine)

OR : odds ratio : rapports des chances

95%CI : confidence intervals:intervalles de confiance

SE : standards error : erreur-type

TABEAU X : Modèle de régression logistique hiérarchique de la relation entre la phobie sociale et l'abus de cannabis et la dépendance au cannabis après contrôle des variables démographiques et psychiatriques.

	Abus de cannabis N=2767		Dépendance au cannabis N=530			
	%	SE	%	SE	OR	95% CI
Etape 1						
Sexe (% d'hommes)	67.16	1.08	64.55	2.52	1.03	0.80 1.32
Race (% blanc)	78.29	1.23	73.78	2.12	0.77	0.59 1.00
Etape 2						
Dépendance à la nicotine	48.25	1.23	69.64	2.58	1.81	1.39 2.35
Consommation d'alcool trouble	80.34	0.97	87.99	1.78	1.33	0.90 1.97
Autres drogues trouble	37.17	1.19	56.80	2.55	1.65	1.29 2.10
Tout trouble de l'humeur	33.22	1.16	56.95	2.85	1.54	1.14 2.09

Trouble psychotique	2.23	0.38	4.98	1.41	0.90	0.41	1.96
Tout trouble de la personnalité	31.26	1.14	61.52	2.63	2.19	1.67	2.86
Autres Anxiété *	23.90	1.03	43.27	2.67	1.37	1.00	1.86
Trouble des conduites	2.00	0.33	2.74	0.90	1.82	0.73	4.49
Jeu pathologique	1.38	0.28	1.99	0.62	0.85	0.38	1.87
Etape 3							
Trouble d'anxiété sociale	8.52	0.69	21.31	2.34	1.58	1.06	2.34

L'abus de cannabis a servi de groupe de référence dans ces analyses.

OR, 95%CI, SE en caractères gras montrent des relations significatives

OR : odds ratio : rapports des chances

95%CI : confidence intervals:intervalles de confiance

SE : standards error : erreur-type

*Autre trouble d'anxiété comprend TAG, trouble panique et phobie spécifique.

Tableau XI : les années à compter de la première utilisation de la marijuana jusqu' à l'apparition de l'addiction au cannabis

Phobie sociale_par rapport aux autres troubles de l'anxiété_*						
	phobie sociale (réf)		autres troubles anxieux*		F	P
	M	SE	M	SE		
Exemple entier	2.22	0.23	2.66	0.20	2.39	0.1268
FEMMES SEULEMENT	2.00	0.33	2.18	0.27	0.20	0.6599
HOMMES SEULEMENT	2.38	0.30	3.06	0.27	2.90	0.0934

*Comprend TAG, le trouble panique, phobie spécifique et (sans phobie sociale).

SE : standards error : erreur-type

TABLEAU XII : Caractéristiques des personnes ayant l'addiction au cannabis (AC) et la phobie sociale (PS), avec et sans comorbidité AC-PS

	AD-PS N=340(7.1%)		PS sans AD N=164(332.6%)				AD sans PS N=2957(60.4%)			
	%	SE	%	SE	OR	95%CI	%	SE	OR	95%CI
Sexe (homme)	58.8	3.4	36.5	1.4	2.5	1.8 3.4	67.7	1.1	0.7	0.5 0.9
Tranche d'âge										
18-29 ans	30.0	3.2	20.3	1.2	1	1 1	31.6	1.1	1	1 1
30-44 ans	40.6	3.4	31.7	1.5	0.9	0.6 1.3	42.7	1.1	1	0.7 1.4
45-64 ans	29.3	3.1	36.3	1.4	0.6	0.4 0.8	25.3	1	1.2	0.8 1.8
+65	0.1	0.1	11.8	0.8	0	0 0.1	0.4	0.1	0.3	0 2.7
Race/ethnie										
Blanc	77.9	2.7	78.4	1.6	1	1 1	77.6	1.2	1	1 1
Blanc	8.9	1.6	7.4	0.8	1.2	0.8 1.9	9.7	0.7	0.9	0.6 1.4
Amérindienne	4.8	1.6	3.4	0.6	1.4	0.7 3	3.8	0.5	1.3	0.6 2.6
Asiatique	0.7	0.4	3.4	0.9	0.2	0.1 0.8	1.5	0.3	0.5	0.1 1.8
Hispanique	7.8	1.7	7.4	0.8	1.1	0.6 1.8	7.4	0.8	1	0.7 1.7
Résidence urbaine	75.7	3.8	74.3	2.2	1.1	0.8 1.5	80.9	1.8	0.7	0.5 1.1
Education										
<école secondaire	21.2	2.6	13.6	1.1	1.5	1.1 2.2	12.3	0.8	1.9	1.3 2.6
Ecole secondaire	24.4	2.6	36.2	1.6	0.7	0.5 1	28.9	1.1	0.9	0.7 1.3
≥Université	54.4	3	53.1	1.7	1	1 1	58.9	1.2	1	1 1
Revenu individuel										
\$0–\$19,999	52.4	3.2	52.6	1.7	1.1	0.6 2.1	42.3	1.3	2.5	1.3 4.7
\$20,000– \$34,999	26.9	2.8	22.7	1.3	1.3	0.7 2.6	23.7	1	2.3	1.1 4.4
\$35,000– \$69,999	15.8	2.3	19.3	1.4	0.9	0.5 1.8	24.4	1	1.3	0.6 2.6
≥ \$70,000	4.8	1.4	5.3	0.7	1	1 1	9.6	0.8	1	1 1
Le revenu familial										
\$0–\$19,999	31.4	3.5	25.6	1.3	1.2	0.8 1.8	21.4	0.9	1.8	1.2 2.7

\$20,000– \$34,999	20.4	2.6	19.2	1.2	1	0.7 1.6	19.4	0.9	1.3	0.8 2
\$35,000– \$69,999	26.6	3.1	34.3	1.5	0.8	0.5 1.2	33.1	1	1	0.6 1.5
≥ \$70,000	21.6	2.9	20.8	1.3	1	1 1	26.2	1.3	1	1 1
Etat civil										
Marié	51.3	3.4	61.9	1.4	0.6	0.4 0.9	54.5	1.1	1	0.7 1.4
Divorcé/veuf	20.6	2.5	17.3	1	0.9	0.6 1.3	15.3	0.8	1.5	1 2.1
Jamais mariée	28 .1	3.2	20.7	1.3	1	1 1	30.2	0.9	1	1 1
Employé	71.6	3.2	61.7	1.5	1.6	1.1 2.2	77.9	0.9	0.7	0.5 1
Aide financière	21.2	2.6	12.5	0.9	1.9	1.3 2.7	10.5	0.7	2.3	1.7 3.2
Etat de santé perçu										
Excellent	21.2	3	20.3	1.3	0.8	0.4 1.4	25.6	1	0.3	0.2 0.6
Très bon	31.4	3.3	30	1.4	0.8	0.4 1.4	34.9	1.1	0.4	0.2 0.7
Bon	25.6	2.6	27.3	1.4	0.7	0.4 1.2	26.5	1	0.4	0.2 0.7
Juste	12.6	2.1	15.5	1.1	0.6	0.3 1.2	9.3	0.7	0.5	0.3 1.1
Pauvre	9.2	1	6.9	0.7	1	1 1	3.7	0.4	1	1 1
	N	% (SE)	N	%(SE)	OR	95%CI	N	%(SE)	OR	95%CI
Non-consommation de cannabis *										
Alcool	337	98.8 (0.7)	1424	86.6 (1.1)	12.8	3.9 41.6	2905	98.5 (0.3)	1.3	0.4 4.3
Nicotine	272	82.4 (2.6)	787	47.9 (1.5)	5.1	3.4 7.6	2293	79.8(1)	1.2	0.8 1.7
Médicament sans cannabis*	256	74.3 (2.9)	257	16.2 (1.2)	10.4	21.6	1936	66.8 (1.2)	1.4	1.1 2

Remarque. PS sans AD et AD sans PS étaient des groupes de référence (par rapport à la TCC-TAS).

*Médicament sans-cannabis comprend sédatif, tranquillisant, opiacés, amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, inhalant / solvant, l'héroïne et d'autres drogues (hors cannabis)

OR, 95%CI, SE en caractères gras montrent des relations significatives

OR : odds ratio : rapports des chances

95%CI : confidence intervals:intervalles de confiance

SE : standards error : erreur-type

TABLEAU XIII : taux de personnes ayant une addiction au cannabis (AC)
et la phobie sociale(PS), avec et sans comorbidité AC-PS, qui ont manifesté les
critères d'autres troubles psychiatriques

Troubles comorbides	AC-PS N= 340(7.07%)		PS sans AC N=1634(32.6%)				AC sans PS N=2957(60.37%)			
	%	SE	%	SE	OR*	95%CI	%	SE	OR*	95%CI
N'importe quel trouble psychiatrique	99.21	0.55	87.36	1.06	18.09	4.27 76.6	94.52	0.5	7.24	1.83 28.7
N'importe quel trouble de l'axe I	98.99	0.59	82.48	1.18	20.83	6.19 70.11	93.86	0.51	6.42	2.03 20.31
Toxicomanie	92.52	1.86	49.61	1.60	12.57	7.1 22.23	90.76	0.63	1.26	0.72 2.19
Dépendance à la nicotine	62.94	3.25	26.48	1.34	4.71	3.39 6.55	50.19	1.21	1.69	1.27 2.24
Troubles de consommation de l'alcool	86.1	2.48	40.02	1.51	9.29	5.98 14.43	80.97	0.92	1.46	0.95 2.23
L'abus d'alcool	28.78	3.10	19.18	1.16	1.7	1.24 2.33	32.91	1.05	0.82	0.6 1.13
dépendance à l'alcool	57.32	3.7	20.83	1.26	5.1	3.65 7.13	48.06	1.12	1.45	1.05 2.01
Troubles de consommation d'autres drogues**	43.62	3.2	5.43	0.68	13.48	9.29 19.58	39.78	1.18	1.17	0.89 1.54
Abus d'autres drogues**	34.85	3.16	3.72	0.57	13.84	9.11 21.02	33.56	1.12	1.06	0.79 1.42
Dépendance d'autres drogues**	25.01	3.10	2.42	0.44	13.46	8.24 21.98	12.09	0.79	2.43	1.68 3.5
Troubles d'humeur	66.77	3.64	52.2	1.5	1.84	1.31 2.58	33.36	1.06	4.01	2.86 5.64
Trouble dépressif majeur	30.95	2.92	34.81	1.42	0.84	0.63 1.12	19.57	0.88	1.82	1.36 2.44
Trouble bipolaire I	29.56	3.52	12.79	1	2.86	2 4.09	9.74	0.7	3.89	2.65 5.76
Trouble bipolaire II	5.12	1.59	3.41	0.47	1.53	0.77 3.02	2.66	0.31	1.98	0.96 4.07
Dysthymie	10.14	1.87	11.81	0.92	0.84	0.55 1.30	5.95	0.51	1.78	1.16 2.76

Tout trouble d'anxiété	65.49	3.33	51.62	1.55	1.78	1.3 2.44	22.34	0.93	6.6	4.79 9.09
Trouble de panique	33.21	3.37	19.61	1.13	2.04	1.45 2.87	9.11	0.68	4.96	3.53 6.97
Phobie spécifique	47.37	3.4	36.13	1.40	1.59	1.18 2.15	12.9	0.8	6.08	4.51 8.19
Trouble d'anxiété généralisé	31.65	3.16	21.47	1.30	1.69	1.22 2.34	6.42	0.56	6.74	4.86 9.36
Troubles de conduite	2.3	1.07	1.87	0.36	1.23	0.44 3.48	2.09	0.31	1.1	0.41 2.95
Jeux pathologiques	0.36	0.19	1.02	0.3	0.35	0.1 1.2	1.61	0.28	0.22	0.07 0.69
Trouble psychotique	7.36	2.01	2.63	0.39	3.05	1.54 6.03	2.08	0.36	3.89	1.94 7.78
Tout trouble de la personnalité	73.71	3	51.48	1.48	2.64	1.9 3.68	31.47	1.13	6.11	4.37 8.54
Évitante	31.83	3.29	21.41	1.17	1.71	1.22 2.41	2.94	0.45	15.44	9.95 23.96
Dépendante	8.86	2.34	3.57	0.61	2.62	1.28 5.40	0.69	0.17	13.89	7.20 26.79
Obsessionnel-compulsif	44.29	3.39	29.79	1.32	1.87	1.39 2.52	11.94	0.7	5.86	4.36 7.88
Paranoïaque	37.03	3.38	20.32	1.32	2.31	1.67 3.18	7.92	0.58	6.84	4.92 9.50
Schizoïde	23.81	2.84	16.17	1.02	1.62	1.14 2.30	5.47	0.53	5.4	3.73 7.82
Histrionique	16.13	2.54	6.28	0.72	2.87	1.84 4.48	4.7	0.44	3.9	2.6 5.86
Antisociale	30.68	3.26	7.04	0.71	5.84	3.94 8.68	17.48	0.91	2.09	1.51 2.9

OR : odds ratio : rapports des chances

95%CI : confidence intervals:intervalles de confiance

SE : standards error : erreur-type

*Par rapport à un groupe PS-AC

**Autres médicaments comprend sédatif, tranquillisant, opiacés, amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, inhalant / solvant, l'héroïne et d'autres drogues (hors cannabis).

En conclusion, la phobie sociale est liée à l'addiction au cannabis, elle a une plus forte association avec la dépendance au cannabis qu'avec son abus. Elle apparaît avant l'addiction au cannabis pour la majorité des personnes ayant une co-morbidité de ces deux troubles. La co-occurrence de ces deux troubles semble se traduire par une plus grande faiblesse et détérioration de la santé et une angoisse plus grande que ce qui peut être causé par chacun des troubles seul.

B. Effets du cannabis sur l'anxiété

Le Cannabidiol (CBD), la principale composante non-psychotomimétique de la plante *Cannabis sativa*, exerce des effets thérapeutiques prometteurs sur la santé mentale humaine tels que l'inhibition de la psychose, anxiété et dépression. L'administration répétée de la CBD (30 mg/kg, 2 h après chaque facteur de stress quotidien) a augmenté la prolifération des progéniteurs hippocampique et la neurogenèse chez les souris de type sauvage et par conséquent, a empêché l'effet anxiogène du stress chronique imprévisible induit. Cet effet anxiolytique de la CBD a impliqué la participation du récepteur cannabinoïde CB1. En conclusion, cette découverte suggère avant tout que le système des cannabinoïdes endogènes peut être pris pour cible thérapeutique dans le traitement d'affections associées à une mémorisation exagérée des mauvais souvenirs ou à une réponse inadéquate aux situations d'aversion telles que les désordres du stress post-traumatique, les phobies et certaines formes de douleurs chroniques. (94)

Toutefois, la consommation régulière du cannabis influence la qualité de vie de la santé mentale chez les personnes souffrant de troubles anxieux ; une étude menée en 2012 au Canada par Shaul et al. (95) dans le but d'évaluer la qualité de vie mentale parmi les individus atteints de troubles de l'anxiété, avec

et sans consommation régulière du cannabis, en se basant sur un large échantillon de l'Amérique du nord. La qualité de vie mentale a été évaluée, en utilisant le SF-12(annexe XIV), chez les consommateurs réguliers de cannabis (N=144), chez les consommateurs occasionnels de cannabis (N=181), et chez les non consommateurs (N= 4427). Parmi les individus atteints de troubles de l'anxiété, la plupart des scores du SF-12 étaient particulièrement bas, indiquant une faible qualité de vie chez les consommateurs réguliers de cannabis et non pas chez les consommateurs occasionnels. En prenant en compte les variables sociodémographiques et les troubles d'humeur co-morbides, la consommation régulière du cannabis a été associée avec un bas niveau de santé mentale et des scores sous échelle.

Comparativement aux non-consommateurs, les consommateurs réguliers du cannabis (homme et femme) ont signalé beaucoup plus souvent que leurs besoins émotionnels ou problèmes somatiques interféraient avec les activités sociales ; par conséquent ils accomplissent moins soigneusement leurs activités. Ils avaient tendance à se sentir plus souvent déprimé et découragé. Toutefois, peu de différences ont été trouvées entre les consommateurs occasionnels et les non consommateurs soumis au score SF 12.

Les résultats obtenus démontrent l'importance de prendre en compte aussi bien les manifestations fonctionnelles et émotionnelles directes, que la fréquence de consommation du cannabis, quand on évalue l'impact de la consommation du cannabis sur les individus atteints de troubles de l'anxiété.

C. L'impact des troubles de consommation de cannabis sur la phobie sociale

Des recherches antérieures ont examiné la relation entre la phobie sociale (PS) et la toxicomanie. L'addiction au cannabis (AC) est de plus en plus problématique dans la population des personnes souffrant de PS, mais la nature de cette co-morbidité reste peu étudiée. Une étude effectuée par Elizabeth et al. en 2012, faisant partie du projet Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services (MIDAS) (96), avait pour but de déterminer les différences entre des patients en consultation externe présentant une phobie sociale avec ou sans comorbidité avec l'addiction au cannabis. L'étude comprenait 873 patients en consultation externe avec un diagnostic actuel de PS. Les patients atteints de PS et d'AC des ($n = 173$) ont ensuite été comparés à ceux avec une PS sans AC ($n = 700$) en se basant sur des caractéristiques démographiques et cliniques. Les patients ayant la co-morbidité PS et AC étaient plus susceptibles d'avoir un diagnostic de troubles de stress post-traumatique TSPT, des phobies spécifiques et d'autres addictions (y compris l'alcool). Ces patients étaient également plus susceptibles d'avoir une meilleure santé physique, et moins de limitations liées à leur santé physique. Ces analyses sont restées pertinentes après ajustement du facteur genre, on détectait toujours la présence d'autres troubles de toxicomanie, troubles de l'humeur, et d'autres troubles anxieux.

Les résultats de cette étude suggèrent qu'il peut y avoir une relation unique entre la PS et l'AC qui peut avoir une incidence sur la présentation clinique des personnes souffrant de TAS.

D. Le retentissement de la phobie sociale sur la dépendance du cannabis

La phobie sociale présente une forte co-morbidité avec la dépendance à l'alcool et au cannabis. Cependant, le séquençage temporel de ces troubles n'a pas été étudié pour déterminer si la PS est un facteur de risque particulier pour la toxicomanie. Une étude menée par Julia et al. en 2008 en Oregon aux Etats-Unis, a examiné ces relations (97) en prenant en compte des variables théoriquement pertinentes (comme par exemple, le sexe, l'existence d'autres pathologies de l'axe I) dans une cohorte longitudinale sur environ 14 ans. L'échantillon a été choisi parmi les participants à l'Oregon Adolescent Depression Project. Après l'exclusion de ceux avec des problèmes de toxicomanie au départ, la PS a été associée à 6,5 plus de risque de dépendance au cannabis et 4,5 plus de risque de dépendance à l'alcool, lors du suivi après contrôle des variables pertinentes (par exemple, le sexe, la dépression, le trouble des conduites). La relation entre la PS et la dépendance à l'alcool et au cannabis s'est maintenue même après vérification pour d'autres troubles anxieux. Les autres troubles anxieux et les troubles de l'humeur n'ont pas été associés à un grand taux de dépendance au cannabis ou de l'alcool, après contrôle des variables pertinentes. Parmi les troubles d'intériorisation(internalezing disorders) , la PS semble constituer un facteur de risque unique pour l'apparition ultérieure de la dépendance au cannabis et à l'alcool.

VI-APPROCHE THERAPEUTIQUE

A.Traitement de la phobie sociale :

La phobie sociale est considérés dans la catégorie des troubles anxieux les plus fréquents .Deux traitements ont fait la preuve de leur efficacité au cours

d'études contrôlées. Il s'agit des thérapies cognitivo-comportementales et des antidépresseurs notamment les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

1. -Traitement médicamenteux de la phobie sociale

Les traitements médicamenteux ne sont utilisés que lorsque les symptômes anxieux sont importants et interfèrent avec le fonctionnement quotidien normal. Le clinicien doit rester particulièrement vigilant par rapport aux individus à risque de développer une dépendance psychologique ou physique à certains traitements anxiolytiques tels que les benzodiazépines.

Dès les années cinquante, les auteurs se sont intéressés au traitement médicamenteux des troubles anxieux. Les premières molécules à avoir été étudiées dans la prise en charge de patients présentant des troubles anxio-phobiques, qui correspondraient actuellement au diagnostic de phobie sociale ou d'agoraphobie, sont les IMAO (Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase), dans les années soixante-dix mais leur maniement délicat(régime pauvre en tyramine) et leurs effets secondaires parfois sévères (risque hypo ou hypertensif non négligeable) ont contribué à leur faire préférer des traitements au rapport bénéfice/risque plus favorable comme les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Puis, avec l'intérêt croissant pour ce trouble, différentes classes médicamenteuses ont été évaluées : les bêtabloquants, les benzodiazépines puis plus récemment, les antidépresseurs.

Actuellement, en France, trois molécules ont reçu l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour le traitement de la phobie sociale, il s'agit de la paroxétine (DEROXAT[®]), la venlafaxine à libération prolongée (EFFEXOR LP[®]) et l'escitalopram (SEROPLEX[®]).

La plupart des études réalisées pour évaluer l'efficacité d'une thérapeutique médicamenteuse, en observant l'évolution de la pathologie sous traitement, utilise l'échelle Liebowitz Social Anxiety Scale.

a. Les bêtabloquants

Les bêtabloquants n'ont pas d'efficacité significative sur la phobie sociale. En effet, ils traitent essentiellement certains symptômes dus à l'anxiété : la tachycardie, les tremblements,...

Ils ont donc leur indication plutôt dans l'anxiété de performance, le trac, donc éventuellement, chez des phobiques sociaux focalisés : une à deux heures avant la situation anxiogène, le patient prend un bêtabloquant qui permet de diminuer le stress.

A noter que le recours à ce type de molécule diminuerait progressivement avec le temps comme si les patients apprenaient à faire face aux situations, en s'exposant plus régulièrement, sans les craindre(98).

On a remarqué aussi que les bêtabloquants sont beaucoup plus utilisés par les pays anglo-saxons, voire même en automédication. En France, seul l'AVLOCARDYL à l'A.M.M. (98).

Les bêtabloquants non cardio sélectifs (avlocardyl) sont parfois utilisés ponctuellement dans des formes de phobies sociales limitées à des situations spécifiques et bien circonscrites (oral, concert, examen...), en proposant une prise unique de 20 à 40 mg environ 45 min avant la situation anxiogène.il faut systématiquement éliminer les contre-indications (insuffisance cardiaque, asthme, syndrome de Raynaud) et tester la tolérance avant l'utilisation en situation. (99)

Une étude menée par Stein MB en 2001 sur 14 patients atteints de phobie sociale(100) dans le but de vérifier l'efficacité du pindolol comme un traitement d'appoint pour stimuler la réponse aux inhibiteurs sélectifs du recapture de la sérotonine (ISRS) chez les patients ayant une phobie sociale .Pour cela ;ils ont comparés l'ajout de 5mg de pindolol contre un placebo à une dose constante de paroxétine pendant 4 semaines.

L'étude confirme que l'effet Pindolol n'a pas été significativement supérieur au placebo pour augmenter les effets de paroxétine sur les symptômes de l'anxiété sociale. Aucun des 14 sujets n'a été jugé répondeur au pindolol.

En conclusion, le Pindolol n'était pas plus efficace qu'un placebo pour augmenter les effets du traitement des ISRS sur la phobie sociale.

b. Les benzodiazépines

Ils ne sont pas indiqués dans la phobie sociale qu'elles ont plutôt tendance, tout comme l'alcool, à renforcer. Le patient associe en effet systématiquement l'exposition sociale anxiogène à la nécessité d'une prise de tranquillisants, ce qui a pour effet non seulement d'augmenter progressivement l'anxiété anticipatoire mais aussi de diminuer les performances cognitives (99) .toutefois, la durée maximale de prescription est de 12 semaines et cette durée inclut le temps de sevrage qui doit être très progressif du au risque de dépendance.

c. Les antidépresseurs

L'efficacité des antidépresseurs, par leur action spécifique sur la phobie et pas seulement pour leur activité « antidépressive » (ils peuvent être prescrits à

un phobique non dépressif), est rapidement reconnue. Seule une classe a été montrée inopérante : les tricycliques.

Cependant, une nouvelle génération d'antidépresseurs va faire sa place dans le traitement de la phobie sociale : les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Mieux tolérés, avec moins d'effets secondaires, ils sont reconnus par de nombreuses études comme plus efficaces.

➤ Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

Les inhibiteurs classiques de la monoamine oxydase (IMAO) bloquent soit l'activité des 2 types de MAO (IMAO non sélectifs), soit spécifiquement la forme A (IMAO A sélectifs) ou B (IMAO B sélectifs). Les IMAO irréversibles ont une durée d'action est très longue, de l'ordre de 2 semaines, contrairement aux IMAO réversibles dont la durée d'action beaucoup plus courte, de l'ordre de quelques heures.

• IMAO non sélectifs, irréversibles

Les nombreux effets secondaires de ces agents (dysfonction sexuelle, hypotension orthostatique, nausées...), les précautions d'emploi, et notamment les précautions et restrictions alimentaires qu'ils imposent pour éviter la survenue de toute crise hypertensive, en ont considérablement restreint l'utilisation.

• IMAO A sélectifs, réversibles

La mise au point depuis quelques années d'IMAO A sélectifs et réversibles laisse entrevoir la possibilité de recourir à ces traitements dans de meilleures conditions de sécurité et de confort pour les patients. Les effets de deux nouveaux IMAO A sélectifs et réversibles que sont le moclobémide et la brofaromine ont été évalués dans le domaine du traitement de la phobie sociale.

Les résultats initiaux plutôt encourageants, montrant une efficacité du moclobémide bien supérieure à celle du placebo (50 % des cas traités par moclobémide contre seulement 30 % pour le placebo) après 8 à 12 semaines de traitement à une dose moyenne de 600 mg/j, n'ont pas été confirmés dans les études plus récentes ne retrouvant aucune différence entre le moclobémide et le placebo. Quant à la brofaromine, son développement a été interrompu pour des raisons indépendantes de la tolérance et de l'efficacité plutôt satisfaisantes de ce médicament, montrant des résultats positifs chez 50 à 80 % des patients phobiques sociaux après 10 à 12 semaines de traitement à une posologie de l'ordre de 100-150 mg/j.

➤ Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

La mise à disposition des antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) a permis, il y a maintenant près de 15 ans, de transformer la prise en charge des états dépressifs majeurs mais aussi des troubles anxieux. Leur tolérance, leur souplesse d'utilisation, le faible risque létal en cas de surdosage et leur efficacité globalement comparable à celle des antidépresseurs tricycliques les positionnent largement en première ligne dans la prise en charge. Leur mode d'action semble spécifiquement lié à l'activation de la voie sérotoninergique et c'est cette spécificité qui rend compte de leur bonne tolérance.

- L'escitalopram :(102)

L'efficacité et la tolérance de l'escitalopram dans la phobie sociale à court terme et long terme ont été explorées dans trois études contrôlées réalisées sur de grands effectifs.

La première étude(103), ayant inclus 839 patients souffrant de phobie sociale généralisée selon les critères du DSM-IV, a comparé l'efficacité et la tolérance de trois doses d'escitalopram (5, 10,20mg/j) au placebo et à la paroxétine (20mg/j) sur 24 semaines au total. L'analyse effectuée à la douzième semaine en fonction de l'amélioration des scores de l'échelle de Leibowitz a montré l'efficacité de l'escitalopram à court terme et l'analyse réalisée en fin d'essai à la vingt-quatrième semaine a confirmé l'efficacité des trois doses d'escitalopram par rapport au placebo.les taux de réponse obtenus se situent aux alentours de 70% à la douzième semaine et proches ou supérieures à 80% à la vingt-quatrième semaine, avec une réduction du score de l'échelle de Liebowitz entre 30 et 60 points selon les posologies et les temps d'évaluation.la différence par rapport au placebo apparaît à partir de la deuxième ou de la quatrième semaine selon la posologie. Cette étude a par ailleurs montré une supériorité de l'escitalopram 20mg/j par rapport à la paroxétine 20mg/j à la vingt-quatrième semaine, en ce qui concerne l'amélioration des scores de l'échelle de Liebowitz.

L'étude de kasper et al. (104) a confirmé, sur un effectif total de 358 patients, la supériorité de l'escitalopram par rapport au placebo lors d'un traitement de 12 semaines.les doses utilisées dans cette étude étaient initialement de 10mg/j et pouvaient être augmentées par l'investigateur à 20mg/j en fonction des effets cliniques à partir de la quatrième semaine. Les taux de répondeurs observés à la douzième semaine étaient de 54% dans le groupe escitalopram et de 39% dans le groupe placebo.les analyses secondaires montrent l'efficacité du traitement sur les mesures de retentissement professionnel et social de l'échelle de gêne de Sheehan. Par ailleurs, les effets indésirables signalés sous escitalopram sont dans l'ensemble proches de ceux signalés sous placebo, avec

des fréquences un peu plus élevées concernant les nausées (22% versus 12%) et la fatigue (14% versus 9%).

L'efficacité à long terme de l'escitalopram dans la phobie sociale généralisée a, quant à elle, été confirmée dans l'étude de prévention des rechutes menée par Montgomery et al.(105). Après une première phase de traitement de 12 semaines par escitalopram 10 ou 20 mg/j, 371(72%) patients répondeurs ont été répartis au hasard en deux groupes recevant, en double insu, l'escitalopram ou un placebo pendant 24 semaines supplémentaires. Les taux de rechutes du trouble anxiété sociale au cours de ces 24 semaines ont été clairement différents dans les deux groupes, avec une supériorité pour l'escitalopram dans l'analyse de survie concernant la fréquence et le délai des rechutes. Les taux de rechutes étaient de 22% dans le groupe traité par escitalopram contre 50% dans le groupe placebo. Les délais médians de rechutes étaient de 144 jours dans le groupe escitalopram contre 407 jours dans le groupe placebo. Comme dans les autres études portant sur le trouble anxiété sociale, la tolérance de l'escitalopram dans cette étude s'est révélée très bonne, avec seulement 2,6% d'arrêt de traitement pour cause d'effet secondaire. Les symptômes liés à l'arrêt de l'escitalopram lors de la randomisation ou lors de la fin de l'étude, mesurés par l'échelle Discontinuation Emergent Signs and Symptoms(DESS) étaient modérés et transitoires.

Au total, ces trois études contrôlées démontrent l'efficacité et la tolérance de l'escitalopram, à des doses de 10 à 20 mg/j, dans la phobie sociale généralisée, à court terme mais aussi clairement à long terme, avec une très nette démonstration de l'intérêt clinique d'un maintien du traitement pendant au moins neuf mois au total. Une analyse globale des études d'efficacité à court terme, sur 1197 patients au total, a permis de montrer que l'efficacité de

l'escitalopram était similaire chez les hommes et les femmes, les sujets âgés ou jeunes, chez ceux présentant des symptômes dépressifs ou non et quelles que soient la sévérité, la nature et la chronicité de la phobie sociale (106).

- La paroxétine :

Une étude menée par LIEBOWITZ(107) en 2002, sur 12 semaines chez 287 patients (95 sous paroxétine à 20 mg/j, 97 sous paroxétine à 40 mg/j et 97 sous placebo). Une amélioration non significative est notée chez les patients sous faible posologie de paroxétine par rapport aux sujets sous placebo. L'amélioration sous 40 mg de paroxétine est par contre significative.

➤ Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine noradrénergiques (IRSNa)

Le seul IRSNA à avoir reçu l'AMM pour le « trouble anxiété sociale (phobie sociale) » est la venlafaxine LP (EFFEXOR LP®) en 2004. Nous avons retrouvé 4 études comparant la venlafaxine LP au placebo dans cette indication. Ces études ont été réalisées dans le cadre de l'obtention de l'AMM.

L'étude 387-US/CA(108), en 2002 est menée sur 12 semaines sur 271 patients : 133 sous venlafaxine LP (75 à 225 mg/j), 131 sous placebo. Une différence significative entre l'IRSNa et le placebo apparaît à la 6^{ème} semaine.

L'étude 393-US(109) évalue la venlafaxine LP aux mêmes posologies par rapport au placebo sur 12 semaines chez 261 sujets (126 sous IRSNa, 131 sous placebo). L'amélioration est significative à la 4^{ème} semaine.

L'étude 388-EU(110) compare la venlafaxine LP au placebo et à la paroxétine chez 391 sujets (129 sous IRSNa, 132 sous placebo et 128 sous paroxétine). La supériorité de la venlafaxine LP sur le placebo est significative dès la 3^{ème} semaine. On note une supériorité significative de l'IRSNa sur l'ISRS

à la 3^{ème} semaine, mais il n'existe pas de différence d'efficacité entre les deux molécules actives à la 12^{ème} semaine.

La dernière étude, 392-US(111), compare les mêmes molécules chez 413 sujets (133 sous venlafaxine LP, 144 sous placebo et 136 sous paroxétine). La supériorité de l'IRSNa sur le placebo est très précoce, dès la 1^{ère} semaine. La comparaison de l'efficacité de la venlafaxine à celle de la paroxétine aboutit aux mêmes conclusions que dans l'étude précédente.

Ces études comparent également la tolérance de la venlafaxine LP et de la paroxétine. Les effets secondaires les plus fréquemment retrouvés sont similaires avec les deux molécules : insomnie, somnolence, nausées, vertiges, impuissance, asthénie.

d. -La buspirone

Composé non benzodiazépinique , la buspirone est un agoniste des récepteurs sérotoninergiques 5-HT la présynaptiques et agoniste partiel des 5-HT la post-synaptiques, dont l'efficacité dans le trouble anxiété généralisée a été montrée pour des doses comprises entre 15 et 20 mg/jour . Cette alternative thérapeutique aux benzodiazépines, qui n'induit pas de phénomènes de tolérance, de dépendance ou d'amnésie, a cependant montré ses limites en pratique clinique du fait notamment d'un délai d'action relativement long (2 à 4 semaines) et de la relative fréquence des effets secondaires (sensations vertigineuses, céphalées). (99).

En conclusion de ces études sur l'efficacité des chimiothérapies dans la phobie sociale, nous pouvons avancer que les bêtabloquants n'ont pas prouvé leur efficacité dans la phobie sociale, ils peuvent être utilisés de façon épisodique dans le trac ou l'anxiété de performance.

Les benzodiazépines ne sont pas indiquées et sont même à éviter dans cette indication. Les IMAO de première génération sont probablement les molécules les plus efficaces mais la dangerosité de leurs effets secondaires systémiques les amène à n'être indiqués que dans les phobies sociales très invalidantes résistantes aux autres traitements.

Les IMAO-A ont des effets secondaires moins graves et ils gardent une bonne efficacité, même si celle-ci n'est qu'à 60-70 % de celle des IMAO irréversibles.

Les ISRS sont plus efficaces, mieux tolérés, avec moins d'effets secondaires. La paroxétine et l'escitalopram ont reçu l'AMM dans cette indication.

Dans le groupe des IRSNa, seule la venlafaxine LP a reçu l'AMM pour le traitement de la phobie sociale. Son efficacité est comparable à celle des ISRS.

2. Les thérapies cognitives et comportementales

À côté des prescriptions médicamenteuses qui peuvent être utiles dans les formes les plus sévères, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) constituent les solutions les plus efficaces pour la plupart des patients. Elles permettent de réaliser, en accord avec le patient, un travail dont le but est d'aider le sujet à pouvoir affronter et maintenir des interactions sociales.

a. Les thérapies classiques

Les TCC sont utilisées depuis les années 1970 pour le traitement des phobies sociales, avec des résultats démontrés par des études contrôlées et des méta-analyses (112). On peut regrouper les méthodes utilisées en trois catégories:

L'entraînement aux compétences sociales, l'exposition in vivo, et la restructuration cognitive(113).

➤ **Entraînement aux compétences sociales**

En situation anxiogène, les personnes souffrant de phobie sociale adoptent en général un comportement inhibé et passif, tenant trop compte des besoins des autres et pas assez des leurs. Elles peuvent parfois, à l'inverse, adopter un comportement relationnel agressif, qui ne tient pas compte de l'autre, dans une conduite de fuite en avant et de perte de contrôle.

Les techniques d'entraînement aux compétences sociales visent donc à favoriser des comportements affirmés, permettant au patient d'exprimer clairement ses besoins, ses émotions ou ses positions, sans agressivité et en tenant compte des besoins d'autrui. Il s'agit en général de jeux de rôle et d'exercices pratiques, où l'on s'entraîne notamment à engager une conversation, à demander un service, à exprimer un refus ou un mécontentement.

Schéma d'un groupe d'affirmation de soi (114).

1ère séance

– Présentation par paire : chacun après une brève discussion avec un autre membre du groupe présente ce dernier au reste du groupe.

– Énoncé des buts de chaque participant.

– Présentation par les deux animateurs des buts et de la méthode d'affirmation de soi, en y incluant ses aspects éthiques : l'accent est mis sur la personne et son respect.

– Jeux de rôle par les deux animateurs montrant la différenciation des quatre comportements : agressif, passif, passif-agressif, assertif.

2ème séance

Les « comportements-problèmes » sont définis par une série de jeux de rôle. Le niveau minimum de réponse efficace est étudié. Chaque sujet s'attribue lui-même une tâche à réaliser : cette attribution se fait avec les animateurs et le reste du groupe.

Les autres séances (3-20)

- Evaluation en groupe des tâches et de leur réalisation.
- Relaxation et sensibilisation interne (affirmation de soi « couverte »).
- Travail en groupe ou en paire sur les situations-problèmes apportées par chaque participant sur sa demande. Le travail par paire permet un travail plus intensif. La technique principale est le jeu de rôle avec répétition, feed-back et modèles. Après le travail, un tour du groupe est réalisé pour que chaque sujet s'attribue une tâche avec l'aide des autres et des animateurs

➤ Exposition in vivo

L'exposition est la méthode clé du traitement comportemental de toutes les phobies. Elle repose sur le principe de l'habituation, qui fait que toute peur injustifiée s'éteint progressivement lorsque le sujet est confronté, par étapes mais durablement, à une situation qu'il redoute. On parle d'exposition in vivo lorsque la confrontation a lieu dans la réalité, à la différence de l'exposition en imagination. Pour la PS, le principe d'exposition et de désensibilisation est le même que pour les autres phobies, même si les situations cibles sont multiples et les mécanismes en jeu parfois complexes.

Il s'agit en effet de réhabituer le patient à supporter le regard des autres dans des situations variées de la vie de tous les jours ou plus exceptionnelles : aborder un inconnu, faire face à un groupe ou à une foule dans les transports ou dans la rue, affronter le mécontentement d'un commerçant ou d'un client, parler en public, passer un examen oral. . . Chaque patient ayant sa propre « hiérarchie

» de la gêne et de la peur, il faut établir une progressivité personnelle dans les situations travaillées, en commençant par les plus supportables et en augmentant progressivement le niveau de difficulté. Il s'agit initialement de jeux de rôle avec le thérapeute, permettant de reproduire les situations virtuellement, mais ensuite l'exposition doit avoir lieu dans la « vraie vie », avec une feuille de route précise entre chaque consultation. Les thérapies en groupe sont naturellement les plus adaptées pour reproduire les situations sociales redoutées, d'abord dans un milieu protégé. L'utilisation d'un feedback en vidéo du comportement du patient est aussi souvent très bénéfique.

En plus du regard de l'autre, il est important aussi d'habituer le patient à supporter les « scénarios catastrophes » qu'il redoute. Il s'agit de leurs défaillances potentielles, selon leurs critères propres (rougir, bafouiller, ne rien dire. . .), ou même d'éventuels jugements critiques des interlocuteurs (moqueries, remarques sur les signes visibles d'émotivité. . .). Il faut donc simuler ce type de situation, en expliquant au patient que ses peurs s'atténueront progressivement s'il ne met pas en œuvre des « parades » pour réduire son angoisse de manière artificielle, comme chercher à dissimuler ses réactions physiologiques ou surtout éviter de regarder les autres dans les yeux. Et il est fondamental de répéter les exercices un grand nombre de fois, afin que l'anxiété diminue puis disparaisse durablement.

➤ Restructuration cognitive

Les réactions phobiques sont des peurs conditionnées, réflexes, mais elles sont aussi entretenues par des croyances profondes sur soi-même et sur les autres : « je ne suis pas à la hauteur », « les autres savent beaucoup plus de choses que moi », « si je ne suis pas brillant lors de mon exposé, je vais être la risée de la classe ». Ces postulats plus ou moins conscients sont à l'origine de

pensées automatiques négatives et très déstabilisantes, mais aussi de distorsions dans l'interprétation des faits. Un échange banal avec un ami ou un voisin, une discussion en groupe lors d'une soirée, ou une prestation plus formelle devant un auditoire sont considérés par les phobiques comme des situations à risque, où ils peuvent être jugés et déconsidérés en cas de mauvaise « prestation ». Et, du fait du niveau élevé de leurs exigences et d'une tendance permanente à la sous-évaluation, ils portent eux-mêmes un jugement très négatif sur leurs interventions, avec en retour un renforcement des croyances négatives. Ces processus cognitifs font l'objet d'un travail d'analyse très minutieux au cours des séances thérapeutiques, et également dans la vie courante. Cela afin que le patient puisse en prendre conscience, les observer de manière objective, en comprendre les excès et les effets délétères, et les modifier progressivement.

Les changements possibles dans ce domaine sont intimement liés aux efforts d'exposition décrits plus haut, car seules les actions effectivement réalisées permettent de travailler sur les modes de pensée sous-jacents.

b. Les approches récentes

Certaines évolutions récentes des TCC des phobies sociales portent sur des sous-types particuliers du trouble. Par exemple, certaines adaptations ont été faites pour la prise en charge spécifique de l'éreutophobie (peur obsédante de rougir en public) (115), qui mettent les techniques de déplacement attentionnel au premier plan. Ces approches permettent en effet de lutter contre l'hyperconscience de soi et la focalisation sur soi, en apprenant aux patients à décentrer leur attention d'eux-mêmes vers les autres et vers le contenu de l'échange (116). Le même principe est à la base des techniques de réentraînement attentionnel qui consistent, à l'aide de programmes informatisés,

à supprimer les biais automatiques de focalisation sur les informations négatives, avec de bons résultats d'après les études contrôlées (117).

L'intégration d'autres méthodes issues des TCC est souvent utile aussi en complément des techniques de base, comme le recours à l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) dans les formes associées à des souvenirs sociaux traumatisants, ou à la méditation en pleine conscience pour la phase de consolidation et de prévention en fin de thérapie.

Même si ces approches sont encore peu répandues en France, plusieurs études ont montré l'intérêt de thérapies à distance sur Internet, pour des raisons pratiques et économiques, qu'elles soient complètement automatisées (guides d'exercices et suivi personnalisé), ou seulement assistées avec un thérapeute conseillant le patient via le support web (118). De même, des programmes utilisant la réalité virtuelle sont en cours de développement. Il s'agit par exemple d'entraîner les patients à parler en public, grâce à un environnement visuel en trois dimensions reproduisant un amphithéâtre ou une salle de réunion, au sein desquels des personnages virtuels (avatars) adoptent des attitudes contrôlées par le thérapeute (119).

Enfin, certaines recherches portent sur des médicaments susceptibles de potentialiser les effets des TCC. Il ne s'agit pas des traitements classiques, comme les antidépresseurs qui sont des stratégies complémentaires mais qui ne font que se surajouter à la thérapie, mais de mécanismes véritablement synergiques des effets de l'exposition notamment. Des résultats intéressants ont été obtenus avec la d-cyclosérine (120), agent glutamatergique favorisant l'apprentissage, et d'autres sont en cours avec l'ocytocine (121) dont on connaît l'intérêt pour la facilitation des contacts sociaux.

➤ Thérapie par réalité virtuelle dans la phobie sociale

L'exposition progressive aux situations sociales redoutées apparaît être l'un des éléments thérapeutiques fondamentaux. L'utilisation de la réalité virtuelle semble une alternative intéressante aux stratégies classiques d'exposition.

Une étude a été effectuée en 2003 dont le but d'évaluer l'efficacité d'une thérapie par réalité virtuelle (TRV) (122), comparée à une thérapie cognitivo-comportementale de groupe (TCC).

La population étudiée est constituée de patients présentant une phobie sociale selon les critères diagnostiques DSM IV (hommes et femmes, âgés de 18 ans au moins et de 65 ans au plus dont la phobie sociale persiste depuis 2 ans au moins et 25 ans au plus). Les patients présentant un trouble mental autre qu'un trouble anxieux ont été exclus, y compris les patients présentant un épisode dépressif majeur actuel.

Trente-six patients (17 hommes et 19 femmes) ont été inclus dans cette étude ouverte, 18 dans le groupe TRV et 18 dans le groupe TCC. La thérapie par réalité virtuelle a consisté en 12 séances hebdomadaires en individuel, de 45 minutes. La thérapie cognitivo-comportementale de groupe a consisté en 12 séances hebdomadaires de 2 heures. Les patients ont été évalués avant et après traitement : intensité de la phobie sociale (Liebowitz Social Anxiety Scale), anxiété et dépression, contextes sociaux anxiogènes, affirmation de soi, handicap, améliorations cliniques.

Les 2 groupes de traitement connaissent une amélioration clinique importante. Sur le critère principal d'évaluation (l'Echelle de Liebowitz), les patients du groupe TRV, pourtant au départ plus anxieux socialement, ont même montré une plus importante diminution de leur score d'anxiété sociale que les

patients du groupe TCC .L'amélioration apparaît aussi cliniquement comparable pour les deux groupes en ce qui concerne les autres critères d'évaluation.

➤ Vague émotionnelle :

La troisième vague des TCC, dite vague émotionnelle, offre de nouvelles possibilités de prises en charge tout à fait intéressantes et pertinentes. C'est pourquoi cette étude exploratrice menée par SAL et al. en 2012(123) vise à analyser et comparer l'impact de ces techniques, utilisées dans un groupe de vécu et régulation émotionnels versus un groupe d'affirmation de soi utilisant des techniques cognitivo-comportementales. Les résultats obtenus auprès de neuf patients phobiques sociaux montrent, pour la plupart d'entre eux, une diminution de leur symptomatologie et une amélioration du fonctionnement cognitif, comportemental et émotionnel.

B. Prise en charge de l'addiction au cannabis :

La prise en charge de l'addiction au cannabis dépend de ce que souhaite le patient, de la sévérité des problèmes liés au cannabis et de l'importance des facteurs psychologiques et sociaux sous jacents.

1. Prise en charge ambulatoire

a. Abord du fumeur

La première rencontre avec le soignant est décisive dans la suite des soins. Le rôle du soignant est de permettre au sujet de prendre du recul face à ses propres consommations.il pourra faire par lui -même le constat des dommages et s'approprier les rênes des soins. Le thérapeute aura un rôle d'accompagnant dans l'évaluation des consommations, des dommages, la qualité des relations avec les tiers et des désirs de changement.

b. Consultation en ambulatoire

Les premières consultations serviront à évaluer la situation environnementale, psychopathologique et l'usage de cannabis dans ce contexte. Après cette étape, il est indispensable de connaître la motivation du patient pour lui proposer un projet adapté : l'abstinence ou une consommation contrôlée, avec une prise en charge en ambulatoire (dans tous les cas) associée à une prise en charge hospitalière si nécessaire.

Les patients en demande de sevrage modifient aussi leur vie sociale. Ils sortent moins souvent et changent leur groupe d'amis. Plus ce groupe est susceptible d'exercer un contrôle sur ses membres, plus les chances de cesser la consommation sont grandes.

2. Prévention : Approche spécifique des addictions au cannabis

Les aspects spécifiques de la prise en charge des adolescents présentant une addiction au cannabis ont largement été développés par les équipes nord-américaines. Ils ont été regroupés sous le programme CYT (« Cannabis Youth Treatment ») et ont été évalués à l'échelon national. Deux approches semblent être particulièrement intéressantes : une approche familiale et multidimensionnelle et une approche centrée sur des entretiens motivationnels couplés à des thérapies cognitivo-comportementales (124, 125).

a. Thérapie cognitivo-comportementale

Les techniques cognitives enseignent aux patients à changer certains processus de pensées qui sous-tendent l'usage. Les thérapies comportementales, quant à elles, consistent à demander au patient un auto monitoring de sa

consommation, de ses états de « craving » et à développer des activités alternatives.

Les techniques de l'entretien motivationnel font partie de l'arsenal des psychothérapeutes(126).

L'entretien motivationnel est une méthode qui vise à faire réfléchir le patient sur ses ambivalences et ses résistances par rapport aux changements. On peut matérialiser cette stratégie thérapeutique par l'acronyme OUVER pour :

- Questions Ouvertes : éviter les questions par lesquelles on ne répond que par oui ou par non, afin de pousser le patient à développer ses idées.
- Valorisation : encourager le patient, mettre en évidence ses forces et ses ressources en lui rappelant des expériences antérieures. Le patient peut ainsi prendre confiance en ses capacités à évoluer et à modifier ses comportements.
- Écoute Réflective : consiste à reformuler certaines idées du patient afin de vérifier la concordance avec ce qu'il pense et de creuser cette réflexion.
- Résumés : synthétiser les pensées énoncées par le patient durant une ou plusieurs séances.

Pour mettre en place cette technique, le thérapeute doit aussi trouver la bonne distance thérapeutique qu'on formalise sous le terme d' « empathie », c.-à-d. la «compréhension sans adhésion ni jugement des émotions et du point de vue de l'interlocuteur ». Le patient se sent ainsi écouté et compris.

b. Thérapie familiale

Des approches structurées ont été développées dans le cadre d'une conception familiale multidimensionnelle (MultiDimensional Family Therapy).

L'approche MDFT est un protocole de soins fondé sur un certain nombre de principes. En particulier l'hypothèse selon laquelle la prise de drogue chez l'adolescent est un phénomène multidimensionnel. Il inclut un certain nombre de variables comme la personnalité de l'adolescent, la famille, l'environnement ainsi que l'interaction entre celles-ci.

L'objectif est de rétablir un processus normal de développement en intervenant sur le plan personnel, familial et extrafamilial. Le thérapeute repère les attitudes dysfonctionnelles intrafamiliales et tente de renforcer la communication (127). Les parents sont souvent désemparés face aux bouleversements dans le comportement de leur enfant. Ce travail leur permet de trouver des pistes pour exprimer leurs sentiments, tenter de résoudre les conflits, exprimer des limites claires mais également reconnaître les efforts de l'adolescent et pouvoir le soutenir dans ses démarches (128).

c. Thérapie bifocale

La thérapie bifocale fait intervenir deux thérapeutes, chacun dans un temps et un lieu différents. L'un prends en compte la « réalité externe » (médicale, scolaire, sociale) du patient sur laquelle il d'autorise à intervenir activement, l'autre se centre sur « la réalité interne » du patient(129).

3. Pharmacothérapies : les pistes de recherche

La prescription médicamenteuse en cas de sevrage du cannabis n'est pas systématique. Elle dépend des comorbidités psychiatriques. Les autres temps du traitement sont le sevrage et le maintien de l'abstinence.

a. Traitement du syndrome de sevrage

Un sujet dépendant présente à l'arrêt du cannabis des signes de sevrage, qu'il faut prévenir ou traiter par un anxiolytique de type hydroxyzine (50 à 300 mg/jr) et/ou un hypnotique de courte durée. Parfois, un neuroleptique sédatif sera administré en cas d'interruption de fortes consommations. On peut associer des patches nicotiques afin de prévenir le sevrage à la nicotine.

b. Prévention des rechutes et maintien de l'abstinence

Aucune molécule n'a pour l'instant d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication (130). Les travaux dans le domaine sont des études préliminaires conduites sur de courtes périodes et peu de patients. Les cibles thérapeutiques sont :

- L'envie de drogue ;
- La prolongation des périodes d'abstinence ;
- La diminution globale des consommations.
- pour les doubles diagnostics ou comorbidités.

4. Sevrage hospitalier

Les indications d'une hospitalisation pour sevrage :

- Echec d'un ou de plusieurs sevrages ambulatoires
- Patient demandeur d'une extraction de son milieu pour le sevrage

- Polyconsommations
- Maladie somatique ou psychiatrique grave
- Nécessité d'une évaluation psychiatrique

C.-Prévention et prise en charge thérapeutique de la comorbidité entre la phobie sociale et l'addiction au cannabis

Si on attache autant d'importance au diagnostic de phobie sociale, c'est pour éviter les complications qu'elle induit fréquemment, comme les troubles liées à la consommation du cannabis. Le meilleur traitement est la prévention, et surtout chez les jeunes. Cette maladie débute de manière précoce dans la vie, et le moindre signe en faveur de celle-ci doit nous tenir en alerte, surtout quand il s'associe à une consommation anormale de cannabis. A noter, les polyconsommateurs de substances doivent retenir notre attention en raison d'une possible phobie sociale sous-jacente chez ce type de patients. Si dépister est important, il est nécessaire de savoir ce qu'il faut faire avec ce diagnostic par la suite. Les psychothérapies restent essentielles, elles peuvent être menées au cabinet, tel que le soutien psychothérapique. Celui-ci a une place importante car souvent il représente la seule psychothérapie acceptée par le patient. Mais les psychothérapies peuvent aussi suivre des schémas plus formels : les psychothérapies de soutien, analytiques, psychothérapies de groupe dans le cadre d'un suivi en alcoologie par exemple, mais surtout, les psychothérapies cognitivo-comportementales. Ces dernières ont prouvé, que ce soit dans la phobie sociale ou en addiction au cannabis, leur bénéfice pour la durabilité de la rémission de ces deux pathologies. Cependant, les psychothérapies cognitivo-comportementales restent peu pratiquées. Tous ces éléments permettent donc

d'apporter au médecin traitant des éléments de stratégie thérapeutique face à la phobie sociale.

CONCLUSION

Le premier intérêt de ce travail est de mettre en alerte sur la comorbidité entre l'addiction au cannabis et la phobie sociale. Rappelons que le cannabis représente un fléau médical et socioéconomique non négligeable dans notre société. Le taux de prévalence de la dépendance dans la population générale varie selon les études entre 17% et 35% parmi les consommateurs. L'idéal est de pouvoir éviter aux patients d'entrer dans l'engrenage infernal qu'il provoque : déchéance physique, psychique, professionnelle, socio familial. L'étude de la phobie sociale a permis de déterminer son rôle dans l'addiction au cannabis. Apparaissant souvent à un âge jeune, la phobie sociale est représentée par un déficit majeur en affirmation de soi. Elle provoque un état d'anxiété intolérable lors des interactions sociales conduisant à des attitudes d'évitement. Elle touche 13.3% de la population générale selon NCS, elle représente le trouble anxieux le plus fréquent et vient au 3ème rang des troubles psychiatriques .Certains sujets utilisent alors le cannabis pour ses vertus apaisantes afin de lutter contre cette anxiété. Mais à long terme, il aggrave les troubles phobiques, et inversement, la phobie sociale aggrave l'addiction au cannabis... Il est donc nécessaire de dépister ce trouble avant ces complications. Selon NCS (National Comorbidity Survey), 29 % des personnes ayant une dépendance au cannabis avaient une phobie sociale.

De nombreux travaux sont menés récemment afin de comprendre le lien entre la phobie sociale et l'addiction au cannabis. Plusieurs points sont confirmés par notre recherche. En premier lieu, les troubles phobiques sont majoritairement antérieurs à la dépendance au cannabis. En deuxième lieu, La phobie sociale serait plus fortement liée à la dépendance au cannabis qu'à son abus .En troisième lieu , les hommes souffrant de phobie sociale ont effectué la transition entre la première consommation et l'addiction au cannabis sur une

durée plus courte ,de plus , la consommation régulière du cannabis a été associée avec un bas niveau de santé mentale chez les personnes anxieux. En dernier lieu, la phobie sociale semble constituer un facteur de risque majeur pour l'apparition ultérieure de la dépendance au cannabis.

La population jeune est principalement suivie par les médecins généralistes, et en second lieu, par les psychiatres. Ceci témoigne de la nécessité du dépistage par le médecin généraliste du trouble phobie sociale chez cette population jeune et du travail en lien avec le psychiatre. Pour cela, il faut une meilleure connaissance de l'existence de ce diagnostic et des éléments permettant de faciliter ce dernier. La présentation du questionnaire appelé M.I.N.I a donc pour but de proposer un test diagnostique validé, mais surtout simple d'utilisation et compatible avec la pratique en cabinet médical.

Par ailleurs, en parallèle à une aide au diagnostic, il semblait utile de proposer des orientations thérapeutiques. Deux éléments thérapeutiques principaux ressortent de cette étude : le traitement par antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les thérapies cognitivo-comportementales. Ces derniers sont reconnus efficaces et surtout sont communs aux deux pathologies. Il est dommage que les thérapies cognitivo-comportementales se pratiquent peu mais nous assistons actuellement à une reconnaissance de leur efficacité et au développement des formations.

Résumé

Titre : Phobie sociale et addiction au cannabis

Auteur : Loubna ACHOUR

Mots clés : phobie sociale, addiction au cannabis, comorbidité

L'étude de la phobie sociale a permis de déterminer son rôle dans l'addiction au cannabis.

Apparaissant souvent à un âge jeune, la phobie sociale est représentée par un déficit majeur en affirmation de soi qui se manifeste par une peur persistante de situations d'interaction sociale.

Certains sujets utilisent alors le cannabis pour ses vertus apaisantes afin de lutter contre cette anxiété. Mais à long terme, il aggrave les troubles phobiques, et inversement, la phobie sociale aggrave l'addiction au cannabis.

Pour cela, il faut une meilleure connaissance de l'existence de ce diagnostic et des éléments permettant de faciliter ce dernier. La présentation du questionnaire appelé M.I.N.I a donc pour but de proposer un test diagnostique validé, mais surtout simple d'utilisation et compatible avec la pratique en cabinet médical.

Selon NCS (National Comorbidity Survey), 29 % des personnes ayant une dépendance au cannabis avaient une phobie sociale.

L'intérêt de notre travail est de mettre en alerte sur la comorbidité entre l'addiction au cannabis et la phobie sociale. En effet, les troubles phobiques sont majoritairement antérieurs à la dépendance au cannabis. De plus, la consommation régulière du cannabis a été associée avec un bas niveau de santé mentale chez les personnes anxieuses. Finalement, la phobie sociale constitue un facteur de risque majeur pour l'apparition ultérieure de la dépendance au cannabis.

Deux éléments thérapeutiques principaux ressortent de cette étude : le traitement par antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les thérapies cognitivo-comportementales.

ملخص

العنوان: الخوف الاجتماعي والإدمان على القنب

الكاتبة : لبنى عاشور

الكلمات الأساسية: قنب - الاعتلال المشترك - الخوف الاجتماعي - الإدمان على القنب

لقد حددت الدراسة دور الخوف الاجتماعي في الإدمان على الحشيش يظهر الخوف الاجتماعي عادة في سن مبكرة ويتمثل في عجز كبير في تأكيد الذات الذي يتجلى في خوف مستمر من حالات التفاعل الاجتماعي.

يستعمل بعض الأشخاص الحشيش كمكافحة هذا القلق. ولكن على المدى الطويل، فإنه يؤدي إلى تفاقم الاضطرابات الرهابية، والعكس الخوف الاجتماعي يؤدي إلى تفاقم إدمان على القنب. لهذا، نحن بحاجة إلى تشخيص هذا المرض. لذا تم اقتراح اختبار تشخيصي عن طريق الاستبيان يسمى MINI و هو سهل الاستخدام.

وفقاً لـ NCS (مسح الاعتلال المشترك الوطني)، 29٪ من الأشخاص مدمنين على القنب يعانون من الخوف الاجتماعي.

الهدف من هذه الدراسة هو تنبيه الاعتلال المشترك بين إدمان الحشيش والخوف الاجتماعي. في الواقع اضطرابات الرهابية تسبق غالباً الإدمان على الحشيش. بالإضافة إلى ذلك، هناك ارتباط بين الاستعمال المنتظم القنب وانخفاض مستوى الصحة النفسية عند الأفراد القلقين. أخيراً، الخوف الاجتماعي هو عامل أساسي في ظهور الإدمان على القنب.

في هذه الدراسة هناك عنصرين أساسيين في العلاج: مضادات الاكتئاب والعلاج المعرفي السلوكي.

Abstract

Title: Social phobia and cannabis addiction

Author: Loubna ACHOUR

Key words: Social phobia, Cannabis addiction, comorbidity.

The study of social phobia has identified its role in addiction to cannabis.

Often appearing at a young age, social phobia is represented by a major deficit assertiveness manifested by a persistent fear of situations of social interaction.

Some subjects then use cannabis for its soothing to fight against this anxiety. But long term, it exacerbates phobic disorders, and vice versa, social phobia worsens cannabis addiction.

For this, we need a better knowledge of the existence of this diagnosis and elements to facilitate the latter.

The format of the questionnaire called MINI is therefore to propose a validated diagnostic test, but especially easy to use and consistent with the practice in medical practice.

According to NCS (National Comorbidity Survey), 29% of people with cannabis dependence had a social phobia.

The interest of our work is to alert the comorbidity between cannabis addiction and social phobia. Indeed, phobic disorders are mostly anterior to cannabis dependence. In addition, regular use of cannabis was associated with a low level of mental health in people with anxiety. Finally, social phobia is a major risk factor for the later appearance of cannabis dependence.

Two main therapeutic elements emerge from this study: Treatment with selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and cognitive-behavioral therapies.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) CASPER J.L. (1902) - Biographie d'une idée fixe. Présentée par PITRES A. et REGIS E. Traduction de LALANNE G. Archives de neurologie, 1 ; 270-287.
- (2) CLAPAREDE E. (1902) - L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreutophobie. Archives de psychologie de la suisse romande, avril : 307-334.
- (3) HARTENBERGER P. (1921) – Les timides et la timidité. Alcan, Paris.
- (4) PELISSOLO A. – Historique du concept de phobie sociale. Neuro-psy. N°spécial déc. 2001, 5-10.
- (5) MARKS I.M. – The classification of phobic disorders. Br. J. Psychiatry, 1970, 116; 377-386.
- (6) D.S.M.IV-T.R. – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. 4^{ème} édition. Masson, Paris, 2003.
- (7) P.Jaury, Cannabis, traité de Médecine Akos, 2013
- (8) ANDRE C. – La peur des autres : trac, timidité et phobie sociale. 3^{ème} édition entièrement revue et corrigée. O. Jacob. 2000.
- (9) B. AOUIZERATE, C. MARTIN-GUEHL, J. TIGNOL, Neurobiologie et pharmacothérapie de la phobie sociale, L'Encéphale, 2004 ; XXX : 301-13
- (10) [Faravelli C](#), [Zucchi T](#), [Viviani B](#), [Salmoria R](#), [Perone A](#), [Paionni A](#), [Scarpato A](#), [Vigliaturo D](#), [Rosi S](#), [D'adamo D](#), [Bartolozzi D](#), [Cecchi C](#), [Abrardi L](#), Epidemiology of social phobia: a clinical approach., [Eur Psychiatry](#). 2000 Feb; 15(1):17-24.
- (11) PELISSOLO A, HURON C, FANGET F, SERVANT D, STITI S, RICHARD-BERTHE C, BOYER P., Les phobies sociales en psychiatrie:caractéristiques cliniques et modalités de prise en charge (étude Phoenix). L'encéphale 2006 ; 32 : 106-12.

- (12) GOHIER B, CHOCARD AS, GOEB JL, RANNOU-DUBAS K, MALKA J, DUVERGER P, GARRE JB. Phobie sociale et crise suicidaire : le non-dit comme dénominateur commun. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2003 ; 7 (65) : 47-50.
- (13) WITTCHEN HU, FUETSCH M, SONNTAG H, MULLER N, LIEBOWITZ M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 46-58.
- (14) LEPINE J.P., PELISSOLO A. – Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *Journal of Affective Disorders*. 1998; 50; 523-528.
- (15) ADES J., LEJOYEUX M. - Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Masson. Collection Médecine et Psychiatrie. 1997.
- (16) Lagrue G, Mautrait C, Béhar C, Cormier S, Pélissolo S. Phobie sociale et dépendance tabagique. *Courrier de addictions*. 2004; 3: 110-1.
- (17) Sonntag H, Wittchen HU, Hofler M, Kessler RC, Stein MB. Are social fears and DSM IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults. *Eur Psy*. 2000; 1: 67-74.
- (18) Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R. Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. *Encéphale*. 2002; 28: 374-7.
- (19) Julia D. Buckner a, Michael J. Zvolensky, Norman B. Schmidt, Cannabis-related impairment and social anxiety: The roles of gender and cannabis use motives, *Addictive Behaviors* 37 (2012) 1294–1297; 2012 Elsevier Ltd.
- (20) United Nations Office of Drug Control. World Drug Report. U.N. Publications UNODC 2008:282).
- (21) Choquet, M. (2004). Epidémiologie de la consommation de cannabis parmi les adolescents en France. In P. Huerre, & F. Marty (Eds), *Cannabis et Adolescence. Les liaisons dangereuses* (pp. 17-27). Paris: Albin Michel.

- (22) Hall, W. (2006). Is cannabis use psychotogenic ? The Lancet, 367(21), 193-195.
- (23) Coffey, C., Carlin, J., Degenhardt, L., Lynskey, M., Sanci, L., & Patton, G. (2002). Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. Addiction, 97, 187-194.
- (24) ISPA (2006). Chiffres & données "drogues illégales – chapitre consommation de cannabis". Récupéré le 9 septembre 2007 de http://www.sfaispa.ch/DocUpload/g_d05.
- (25) Teeson, M., Lynskey, M. T., Manor, B., & Baillie, A. (2002). The structure of cannabis dependence in the community. Drug and Alcohol Dependence, 68,255-262.
- (26)BECK F, GUIGNARD R, RICHARD J-B, TOVAR M-L, SPILKA S, Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Baromètre santé 2010. Tendances n° 76 - Juin 2011.
- (27) Observatoire Européen des drogues et toxicomanies, Rapport annuel 2009, état du phénomène de la drogue en Europe, chapitre 3 : cannabis.
- (28) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Summary of Findings from the 2006 National Household Survey on Drug Abuse. Rockville, MD: Office of Applied Studies 2007, table 1.12B.
- (29) Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) Statistics on Drug Use in Australia. Canberra: AIHW, 2006.
- (30) JOHNS A., Psychiatric effects of cannabis, British Journal of Psychiatry, 2001 Feb; 178: 116-22. Review
- (31) Behrendt S, Wittchen HU, Hofler M, et al. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? Drug Alcohol Depend 2008.

- (32) Kandel DB, Huang FY, Davies M. Comorbidity between patterns of substance abuse use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol Depend* 2001; 64:233–41.
- (33) Chen K, Kandel DB, Davies M. Relationships between frequency and quantity of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug Alcohol Depend* 1997;46:53–67.
- (34) Toufiq et El Omari, Chapitre Cannabis au Maroc. Cannabis: Approches Thérapeutiques Contemporaines. Carrefour des psychothérapies. De Boeck Supérieur, 2008.
- (35) F. Manoudi, S. Boutabia, F. Asri, I. Tazi, Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech, *Annales Médico-Psychologiques* 168 (2010) 698–701.
- (36) S. Kjiri, F. Boulayoun, I. Rammouz, I. Cherkaoui et J.E. Ktiouet, La toxicomanie féminine en milieu Universitaire, *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, Vol. 11, No 3, 2005.
- (37) Jablensky A, McGrath J, Herrman H, Castle D, Gureje O, Evans M, Carr V, Morgan V, Korten A, Harvey C. Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study of Low Prevalence Disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000; 34:221-236.
- (38) Patton GC, Coffey C, Carlin JB, et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *Bmj* 2002; 325:1195–8.
- (39) Barnes, T. R. E., Mutsatsa, S.H., Hutton, S. B., et al. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2006; 188, 237–242.
- (40) Mauri, M.C., Volonteri, L. S., De Gaspari, I. F., et al Substance abuse in first episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; 2006, 2, 4–11.

- (41) Van Mastrigt, S., Addington, J. & Addington, D. Substance misuse at presentation to an early psychosis program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 2004, 39, 69-72.
- (42) Ashton, H. Cannabis or health? *Current Opinion in Psychiatry*, (2002). 15(3), 247-253.
- (43) Lynskey, M. T., Grant, J. D., Nelson, E. C., Bucholz, K. K., Madden, P., Statham, D.J., et al. (2006). Duration of cannabis use, a novel phenotype? *Addictive Behaviors*, 31, 984-994.
- (44) Young, S. E., Corley, R. P., Stallings, M. C., Rhee, T. J., & Crowley-Hewitt, J.K. Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*; (2002), 68, 309-322.
- (45) Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., Sonntag, H., & Wittchen, H. U. The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: A longitudinal study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*; (2001), 64, 347-61.
- (46) Lacroix S., *Drogues licites et illicites : descriptions, usages, et risques*, Arto mai 200.
- (47) Hall W., Adverse health effects of non-medical cannabis use, *Lancet* 2009 374: 1383-9.
- (48) Benyamina A., *Tabac et cannabis, dans Addiction au cannabis*, Flammarion 2009, chapitre 12 p. 80-85.
- (49) Bolognini, Plancherel, Chinet, Rossier, Cascone, & Bernard, 2002.
- (50) Kesler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004; 56(10): 730- 737.

- (51) Zvolensky MJ, Bernstein A, Sachs-Ericsson N, et al. Lifetime associations between cannabis, use, abuse, and dependence and panic attacks in a representative sample. *J Psychiatr Res* 2006;40:477–86.
- (52) Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, et al. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiatr Res* 2008; 42:230–9.
- (53) Patton GC, Coffey C, Carlin JB, et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *Bmj* 2002; 325:1195–8.
- (54) Merikangas KR, Herrell R, Swendsen J, et al. Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders: results from the Zurich cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:47–52.
- (55) Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, et al. Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:1026–32.
- (56) Pedersen W. Does cannabis use lead to depression and suicidal behaviours? A population-based longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:395–403.
- (57)- Cerullo MA, Strakowski SM. The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007; 2:29.
- (58)- Angst J. Comorbidity of mood disorders: a longitudinal prospective study. *Br J Psychiatry Suppl* 1996; 30:31–7.
- (59) Merikangas KR, Herrell R, Swendsen J, et al. Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders: results from the Zurich cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:47–52.

- (60)- Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:48–55.
- (61)- Kawa I, Carter JD, Joyce PR, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005; 7:119–25.
- (62)- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Result from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264:2511–8.
- (63)- Duaux E, Dervaux A. Toxicomanie et schizophrénie. *Semin Psychiatr Biol* 2000;30:93–112.
- (64)- Reynaud M. Réalité de la dépendance au cannabis. In: *Traité d'addictologie*. Paris: Flammarion; 2006. p. 477–82.
- (65) STEIN et al., cités par ADES J, LEJOYEUX M. Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Masson, Paris, 1997.
- (66) KAPLAN H.I., SADOCK B.J. – Synopsis de psychiatrie. Science du comportement. Psychiatrie clinique. (Traduction française coordonnée par VOUVILLE P.) Editions Pradel.
- (67) SERVANT D., PARQUET Ph.J. – Les phobies sociales. Médecine et psychothérapie. Masson, Paris, 1997.
- (68) SHEEHAN D.V., LECRUBIER Y., SHEEHAN K.H., AMORIN P., JANAVS J., WEILLER E., HERGUETA T., BAKER R., DUNBAR G.C. – The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM IV and ICD 10. *J. Clin. Psychiatry*. 1998; 59 suppl.20: 22-33; quiz 34-57.
- (69) LECRUBIER Y., SHEEHAN D.V., WEILLER E., AMORIM P., BONORA I., HARNETT SHEEHAN K., JANAVS J., DUNBAR G.C. – The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic

structured interview: reliability and validity according to the C.I.D.I. Eur. Psychiatry, 1997; 12: 224-231.

(70) COTTRAUX J., BOUVARD M. et MESSY P. – Validation et analyse factorielle d'une échelle de phobies : la version française du questionnaire des peurs de Marks et Mathews. L'Encéphale. 1987, 13, 23-29.

(71) BOUVARD M., COTTRAUX J. – Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Collection Pratique en psychologie. Masson, 2^{ème} édition , 2000.

(72) SERVANT D. – Soigner les phobies sociales. Pratiques en psychothérapie. Masson, Paris, 2002.

(73) DAVIDSON J.R., MINER C.M., DE VEAUGH-GEISS J., TUPLER L.A., COLKET J.T., POTTS N.L. – The brief social phobia scale: a psychometric evaluation. Psychol. Med. 1997. Jan; 27 (1) : 161-6.

(74) YAO S.N., NOTE Y., FANGET F., ALBUISSON E., BOUVARD M., COTTRAUX J. – L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux : validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française). L'Encéphale. Sept-oct. 1999, 25, 5, 429-435.

(75) YAO S.N., NOTE Y., FANGET F., ALBUISSON E., BOUVARD M., COTTRAUX J. – L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux : validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française). L'Encéphale. Sept-oct. 1999, 25, 5, 429-435.

(76) HEIMBERG R.G., HORNER K.J., JUSTER H.R., SAFREN S.A., BROWN E.J., SCHNEIER F.R., LIEBOWITZ M.R. – Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. Psychol. Med. 1999 janv.;29(1): 199-212.

(77) FRESCO D.M., COLES M.E., HEIMBERG R.G., LIEBOWITZ M.R., HAMI S., STEIN M.B., GOETZ D. – The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. Psychol. Med. 2001 Aug.; 31(6) :1025-35.

(78) BAKER S.L., HEINRICHS N., KIM H.J., HOFMANN S.G. – The Liebowitz Social Anxiety Scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behav. Res. Ther.* 2002 Jun; 40(6): 701-15.

(79) MASIA-WARNER C., STORCH E.A., PINCUS D.B., KLEIN R.G., HEIMBERG R.G., LIEBOWITZ M.R. – The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 42(9): 1076-1084, sept. 2003.

(80) LEON A.C., OLFSON M., PORTERA L., FARBER L., SHEEHAN D.V. – Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int. J. Psychiatry Med.* 1997; 27(2): 93-105.

(81) HAMBRICK J.P., TURK C.L., HEIMBERG R.G., SCHNEIER F.R., LIEBOWITZ M.R. – Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 2004;18(6): 825-839.

(82) CONNOR K.M., DAVIDSON J.R.T., CHURCHILL E., SHERWOOD A., WEISLER R.H. – Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry.* 2000; 176: 379-386.

(83) ANDRE C, LEGERON P. La peur des autres. Odile Jacob, Paris, 2003, 332 p.

(84) Nizelof, S., Corcos, M., Venisse, J., Halfon, O., Bizouard, P., & Jeammet, Ph. (2003).

Consommation de substances psychoactives et conduites de dépendance. Définitions et enjeux. In M. Corcos, M. Flament, & Ph. Jeammet. *Les conduites de dépendance. Dimensions psychologiques communes.* Paris: Masson.

(85) Budney, A. J., & Moore, B. A. (2002). Development and Consequences of Cannabis Dependence. *Journal of Clinical Pharmacology*, 42, 28-33.

- (86) Ridenour TA, Lanza ST, Donny EC, Clark DB. Different lengths of times for progressions in adolescent substance involvement. *Addict Behav* 2006;31:962–83.
- (87) Budney AJ, Novy PL, Hughes JR. Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction* 1999;94:1311–22.
- (88) Laqueille X. Troubles psychiatriques liés, induits ou associés au cannabis. *Rev Prat* 2005 ; 55 : 30-34.
- (89) Moreau de Tours J. Du hachisch et de l'aliénation mentale. *Études psychologiques*. Paris : De Fortin, Masson et Cie ; 1845.
- (90) Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 2004; 363: 1579-1588.
- (91) DEGENHARDT L., HALL W., LYNSKEY M., Exploring the association between cannabis use and depression, *Addiction*. 2003 Nov; 98(11):1493-504.
- (92) Pedersen W. Does cannabis use lead to depression and suicidal behaviours? A. population-based longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:395–403.
- (93) Julia D. Buckner, Richard G. Heimberg, Franklin R. Schneier, Shang-Min Liu, Shuai Wang, and Carlos Blanco, The Relationship between Cannabis Use Disorders and Social Anxiety Disorder in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC), Published in final edited form as: *Drug Alcohol Depend*. 2012 July 1.
- (94) [Campos AC](#), [Ortega Z](#), [Palazuelos J](#), [Fogaça MV](#), [Aguilar DC](#), [Díaz-Alonso J](#), [Ortega-Gutiérrez S](#), [Vázquez-Villa H](#), [Moreira FA](#), [Guzmán M](#), [Galve-Roperh I](#), [Guimarães FS](#)., The anxiolytic effect of cannabidiol on chronically stressed mice depends on hippocampal neurogenesis: involvement of the endocannabinoid system., [Int J Neuropsychopharmacol](#). 2013 Jul;16(6).

95- Shaul Lev-Rana, Bernard Le Foll, Kwame McKenzie, Jürgen Rehme, Cannabis use and mental health-related quality of life among individuals with anxiety disorders, *Journal of Anxiety Disorders* 26 (2012) 799– 810, Received 25 April 2012, Received in revised form 29 June 2012, Accepted 9 July 2012

(96)- Elizabeth Tepe , Kristy Dalrymple , Mark Zimmerman , The impact of comorbid cannabis use disorders on the clinical presentation of social anxiety disorder, *Journal of Psychiatric Research* 46 (2012) 50-56

(97)- Julia D. Buckner , Norman B. Schmidt, Alan R. Lang, Jason W. Small, Robert C. Schlauch, Peter M. Lewinsohn, Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence, *Journal of Psychiatric Research* 42 (2008) 230–239

(98) ANDRE C. – La peur des autres : trac, timidité et phobie sociale. 3^{ème} édition entièrement revue et corrigée. O. Jacob. 2000.

(99) D. Gourion service hospitalo-universitaire de psychiatrie, hôpital Sainte-Anne, 7, rue Cabanis, 75014 Paris, France, les traitements médicamenteux des troubles anxieux, *Annales Médico Psychologiques* 161(2003)255-259, 2003 Editions scientifiques et médicales

(100) [Stein MB](#), [Sareen J](#), [Hami S](#), [Chao J.](#), Pindolol potentiation of paroxetine for generalized social phobia: a double-blind, placebo-controlled, crossover study, *Am J Psychiatry*. 2001 Oct;158(10):1725-7.

(101) B. AOUIZERATE, C. MARTIN-GUEHL, J. TIGNOL, Neurobiologie et pharmacothérapie de la phobie sociale, *L'Encéphale*, 2004 ; XXX : 301-13

(102)- A. Pelissolo ; Efficacité et tolérance de l'escitalopram dans les troubles anxieux : revue de la littérature ; reçu le 6 février 2008 ; accepté le 1^{er} avril 2008 ; disponible sur internet le 15 août 2008, *l'Encephale*, Paris, 2008

(103) Lader M, Stender K, Burger V, et al. Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24- week treatment of social anxiety 2004;19 :241- 8

- (104) Kasper S, Stein DJ, Loft H, et al .Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, flexible-dosage study. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 222- 6
- (105) Montgomery SA, Nil R, Durr-Pal N, et al . A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram for the prevention of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1270- 8
- (106) Stein DJ, Kasper S, Andersen EW, et al. Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: analysis of efficacy for different clinical subgroups and symptom dimensions. *Depress Anxiety* 2004; 20:175-81.
- (107) LIEBOWITZ MR et al. a randomized, double-blind, fixed-dose comparison of paroxetine and placebo in social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2002 ; 63 : 66-74.
- (108) ETUDE 387-US/CA, citée par CAPDEVIELLE D et BOULENGER JP. Traitements médicamenteux de la phobie sociale (trouble anxiété sociale). In : phobie sociale (trouble anxiété sociale). *Canal Psy* 2004 ; 9 : 18-25.
- (109)ETUDE 393-US. Ibid.
- (110) ETUDE 388-EU. Ibid.
- (111) ETUDE 392-US. Ibid.
- (112) Hofmann SG, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2008;69:621–32.
- (113) Antoine Pelissolo ;Service de psychiatrie adulte, CNRS USR 3246, hôpital Pitié-Salpêtrière (AP–HP), UPMC, 47, boulevard de l’Hôpital, 75013 Paris, France ; Thérapies comportementales et cognitives des phobies sociales : programmes classiques et nouvelles approches ; *Annales Médico-Psychologiques* 170 (2012) 289–292 .

(114) JEAN COTTRAUX J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, Paris 2004 ; 152 p.

(115) Pelissolo A, Moukheiber A, Lobjoie C, Valla J, Lambrey S. Is there a place for fear of blushing in social anxiety spectrum? *Depress Anxiety* 2012;29:62–70.

(116) Pelissolo A. Résultats d'une thérapie comportementale et cognitive de groupe spécifique de l'éreutrophobie. *Encephale* 2012, doi:10.1016/j.encep.2012.01.011 (sous presse).

(117) Heeren A, Reese HE, McNally RJ, Philippot P. Attention training toward and away from threat in social phobia: Effects on subjective, behavioral and physiological measures of anxiety. *Behav Res Ther* 2012;50:30–9.

(118) Hedman E, Andersson G, Ljótsson B, Andersson E, Rück C, Mörtberg E, et al. Internet based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled noninferiority trial. *PLoS One* 2011;6:e18001.

(119) Safir MP, Wallach HS, Bar-Zvi M. Virtual reality cognitive-behavior therapy for public speaking anxiety: one-year follow-up. *Behav Modif* 2012;36:235–46.

(120) Guastella AJ, Richardson R, Lovibond PF, Rapee RM, Gaston JE, Mitchell P, et al. A randomized controlled trial of D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 2008;630:544–9.

(121) Guastella AJ, Howard AL, Dadds MR, Mitchell P, Carson DS. A randomized controlled trial of intranasal oxytocin as an adjunct to exposure therapy for social anxiety disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34:917–23.

(122) P.LEGERON, S.ROY, E.KLINGER, I.CHEMIN, F.LAUER, C.ANDRE, P.NUGUES ; thérapie par réalité virtuelle dans la phobie sociale : étude préliminaire auprès de 36 patients, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2003, 13, 3 ,113- 127.

(123) L.Sala, L.saintecatherine,Affirmation de soi, régulation émotionnelle et phobie sociale : étude pilote,Annales Médico-Psychologiques 170(2012)43-47

(124)- Diamond G, Godley SH, Liddle HA, Sampl S, Wedd C, Tims FM, et al. Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the cannabis youth treatment intervention. Addiction 2002;97(suppl1): 70–83.105.

(125)- Dennis M, Titus JC, Diamond G, Donaldson J, Godley SH, Tims FM, et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. Addiction 2002;97(suppl1):16–34.

(126)- Phan O., Lascaux M., L’entretien motivationnel chez l’adolescent présentant des conduites addictives, Annales médico-psychologiques (2009)167: 523- 528).

(127)- Phan O., La prise en charge des consommations de cannabis à l’adolescence,Psychotrope 2005 ; 11 (3-4) :53-64).

(128)- Blecha L., Benyamina A., Reynaud M., Le cannabis chez l’adolescent : prise en charge par les familles. Archives de pédiatrie 2010 volume 17, numéro 2 : 191.

(129)- Phan O, Corcos M, Girardon N, Nezelof S, Jeammet P, Abus et dépendance au cannabis à l’adolescence, EMC-Psychiatrie 2 2005 207–224.

(130) ADDICTOLOGIE, M.Lejoyeux, Ed. MASSON, novembre 2008,pp 178-183 .

ANNEXES

(I)-le SF36

Il s'agit d'une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. Le SF-36 évalue 8 dimensions de la santé : l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique et la santé psychique.

Questionnaire : SF-36

Consigne : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces

informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente

Très bonne

Bonne

Médiocre

Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

Bien meilleur que l'an dernier

Plutôt meilleur

A peu près pareil

Plutôt moins bon

Beaucoup moins bon

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel.

entourer la réponse de votre choix

Liste d'activités	Oui, beaucoup gêné(e)	Oui, un peu gêné(e)	Non, pas du tout gêné(e)
a- Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b- Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c- Soulever et porter les courses	1	2	3
d- Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e- Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f- Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g- Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
h- Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i- Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j- Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

	Oui	Non
--	-----	-----

<i>a- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>b- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>c- Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>d- Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité</i>	<i>1</i>	<i>2</i>

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) -entourer la réponse de votre choix, une par ligne-

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>a- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>b- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>c- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention</i>	<i>1</i>	<i>2</i>

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé,

physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille,

vos amis, vos connaissances ?

Pas du tout

Un petit peu

Moyennement

Beaucoup

Enormément

Au cours de ces 4 dernières semaines,

7. Quelle a été l'importance de vos douleurs (physiques)?

Nulle

Très faible

Faible

Moyenne

Grande

Très grande

8. Est-ce que des douleurs vous ont gêné(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout

Un petit peu

Moyennement

Beaucoup

Enormément

9. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où

	en permanence	très souvent	souvent	qq fois	rarement	jamais
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique	1	2	3	4	5	6
b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h. Vous vous êtes senti(e) bien dans votre peau ?	1	2	3	4	5	6
i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Tout le temps

Une bonne partie du temps

De temps en temps

Rarement

Jamais

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas : -entourer la réponse de votre choix, une par ligne

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en bonne santé	1	2	3	4	5

(II) work productivity and impairment questionnaire(WPAI)

Les questions suivantes portent sur les conséquences de problèmes de santé sur votre capacité à travailler et à effectuer vos activités habituelles. Par problème de santé, nous entendons tout problème physique ou émotionnel, ou symptôme. Veuillez, suivant les questions, encrer le nombre qui convient ou compléter les espaces appropriés comme indiqué.

1) Occupez-vous un emploi (travail rémunéré) en ce moment ?

____ NON ____ OUI

Si vous répondez NON, cochez « NON » et passez directement à la question 6.

Les questions qui suivent portent sur les **sept derniers jours**, sans compter aujourd'hui.

2) Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de travail, au total, avez-vous manquées à cause de problèmes de santé ? Comptez les heures d'absence pour congé de maladie, les retards et départs précoces du travail, etc. dus à des problèmes de santé. Ne comptez pas les moments où vous avez manqué pour participer à cette étude.

_____ HEURES

3) Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de travail avez-vous manquées pour toute autre raison telle qu'un congé, des vacances ou la participation à cette étude ?

_____ HEURES

4) Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de travail au total avez-vous effectuées ?

_____ HEURES (Si votre réponse est « 0 », passez directement à la question 6.)

5) Au cours des sept derniers jours, dans quelle mesure vos problèmes de santé ont-ils diminué votre productivité pendant que vous étiez en train de travailler ? Tenez compte des jours pendant lesquels vous avez été limité(e) dans la quantité ou le type de travail que vous auriez pu accomplir, vous en

avez fait moins que vous l'auriez souhaité ou vous ne pouviez pas travailler aussi soigneusement que d'habitude. Si les problèmes de santé n'ont eu qu'une faible incidence sur votre travail, choisissez une note peu élevée. Choisissez une note plus élevée si les problèmes de santé ont beaucoup perturbé votre travail.

6) Au cours des sept derniers jours, dans quelle mesure vos problèmes de santé ont-ils diminué votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles en dehors de votre lieu de travail ? Par activités habituelles, nous entendons les activités que vous effectuez régulièrement, telles que les travaux ménagers, les courses, l'exercice, s'occuper des enfants, étudier, etc. Tenez compte des moments où vous avez été limité(e) dans la quantité ou le type d'activités que vous auriez pu accomplir et de ceux où vous en avez fait moins que vous l'auriez souhaité. Si les problèmes de santé n'ont eu qu'une faible incidence sur vos activités, choisissez une note peu élevée. Choisissez une note plus élevée si les problèmes de santé ont beaucoup perturbé vos activités.

(III)- Le M.I.N.I.

Nom du patient :

Date :

1. Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné(e) d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public,

ou bien encore écrire lorsqu'on vous regardait ?
_____NON... OUI...

Si la question 1 est cotée « NON »→pas de phobie sociale→arrêt de l'évaluation

Si la question 1 est cotée « OUI »→passer à la question 2

2. Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ? _____NON... OUI...

Si la question 2 est cotée « NON »→pas de phobie sociale→arrêt de l'évaluation

Si la question 2 est cotée « OUI »→passer à la question 3

3. Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ? _____NON... OUI...

Si la question 3 est cotée « NON »→pas de phobie sociale →arrêt de l'évaluation

Si la question 3 est cotée « OUI »→passer à la question 4

4. Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle de manière significative dans votre travail ou vos relations avec les autres ? _____NON... OUI...

Si la question 4 est cotée « NON »→ pas de phobie sociale

Si la question 4 est cotée « OUI »→PHOBIE SOCIALE ACTUELLE

(IV)- Le questionnaire des peurs de MARKS et MATHEWS

Nom : Âge : Sexe : Date :

1) Veuillez choisir un chiffre dans l'échelle ci-dessous : il permet de chiffrer à quel point vous évitez par peur (ou du fait de sensations ou sentiments

désagréables) chacune des situations énumérées ci-dessous. Ensuite, veuillez écrire le nombre choisi dans la case correspondant à chaque situation.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

n'évite évite évite évite évite

pas un peu souvent très souvent toujours

1. Principale phobie que vous voulez traiter (décrivez-la à votre façon, puis cotez la de 0 à 8).....				
2. Injections et interventions chirurgicales minimales				
3. Manger et boire avec les autres				
4. Aller dans les hôpitaux				
5. Faire seul(e) des trajets en bus ou en car				
6. Se promener seul(e) dans des rues où il y a foule				
7. Être regardé(e) ou dévisagé(e)				
8. Aller dans des magasins remplis de monde				
9. Parler à des supérieurs hiérarchiques ou à toute personne exerçant une autorité				
10. Voir du sang				

.....				
11. Être critiqué(e)				
12. Partir seul(e) loin de chez vous				
13. Penser que vous pouvez être blessé(e) ou malade				
14. Parler ou agir en public				
15. Les grands espaces vides				
16. Aller chez le dentiste				
17. Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez (décrivez-la puis cotez de 0 à 8)				

--	--	--	--

Ne pas remplir AG

SA-B SOC TOTAL

2) Maintenant veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous un chiffre qui montrera à quel degré vous souffrez de chacun des problèmes énumérés ci-dessous, puis inscrivez ce chiffre dans la case correspondante.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

ne souffre souffre souffre souffre souffre

pas du un peu vraiment beaucoup extrêmement

18. Sentiment d'être malheureux ou déprimé	
--	--

.....	
19. Sentiment d'être irritable ou en colère	
20. Se sentir tendu ou paniqué	
21. Avoir l'esprit tourmenté de pensées inquiétantes	
22. Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) sont irréels ou étranges	
23. Autres sentiments pénibles (décrivez-les) :	

Total

3) A combien évaluez-vous actuellement la gêne que représente dans votre vie votre

comportement phobique ? Veuillez entourer un chiffre dans l'échelle ci-dessous et le reporter dans cette case :

0 1 2 3 4 5 6 7 8

pas de légèrement nettement très extrêmement

phobies gênant gênant gênant

(V)- L'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée

Nom : Prénom :

Âge : Sexe :

Date :

PHOBIES

Définir avec le sujet les deux principales situations phobogènes. Leur guérison changerait considérablement la vie du sujet.

Phobie I :

Phobie II :

Evaluer l'intensité de votre angoisse et votre degré d'évitement pour la phobie I et la phobie II en cochant la case correspondante. Utiliser l'échelle centrale qui va de 0 à 8. Ne cocher qu'un seul barreau de l'échelle pour chacune des deux phobies

Phobie I		Phobie II
	0. Pas de malaise dans cette situation	
	1.	
	2. Je me sens mal à l'aise mais n'évite pas la situation	
	3.	
	4. J'ai nettement peur et tendance à éviter la situation	
	5.	
	6. J'ai une peur intense de la situation et je l'évite autant que possible	
	7.	
	8. J'ai extrêmement peur de la situation et je l'évite toujours	

ATTAQUES DE PANIQUE SPONTANÉES

1) Avez-vous ressenti la semaine passée des attaques de paniques spontanées dans lesquelles vous vous sentiez soudain terrorisé sans raison apparente. Ces attaques surviennent en dehors des situations que vous évitez habituellement. Elles sont de courte durée : une minute à deux heures au maximum. Le maximum d'intensité est atteint en moins de dix minutes.

Cocher ci-dessous :

0. Jamais	
1.	
2. Au moins une fois	
3.	
4. Quelquefois	
5.	
6. Une fois par jour	
7.	
8. Plusieurs fois par jour	

2) *Au cours des attaques de panique, avez-vous ressenti les phénomènes suivants :*

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>1. souffle coupé, étouffement</i>		
<i>2. Etourdissement, instabilité, évanouissement</i>		
<i>3. Palpitations, coeur accéléré</i>		
<i>4. Tremblements ou secousses musculaires</i>		
<i>5. Transpiration</i>		
<i>6. Sensation d'être étranglé(e)</i>		
<i>7. Nausée ou gêne abdominale</i>		
<i>8. Etrangeté, irréalité de vous même ou du monde extérieur</i>		
<i>9. Engourdissement, picotements</i>		
<i>10. Chaleur, frissons, chaud, froid</i>		
<i>11. Douleur, gêne thoracique</i>		
<i>12. Peur de mourir</i>		
<i>13. Peur de devenir fou ou de commettre un acte incontrôlé</i>		

Total oui :

--

3) Avez-vous ressenti de telles attaques de panique spontanées au moins quatre fois durant les quatre dernières semaines ? Cocher la case choisie :

OUI	NON

4) Une au moins de ces attaques a été suivie par une période d'au moins un mois de la peur persistante d'avoir une autre attaque. Cocher la case choisie :

OUI	NON

ANXIETE GENERALISEE

A quel point avez-vous ressenti constamment une angoisse, une tension, une insomnie, un manque de concentration, ou de l'agitation au cours de la semaine dernière ? Ne pas coter ici les phobies, les rituels, les paniques, mais l'anxiété constamment présente : le bruit de fond de l'anxiété.

Cocher ci-dessous :

0. Pas de problème	
1.	
2. Léger problème	
3.	

4. <i>Problème modéré</i>	
5.	
6. <i>Problème sévère</i>	
7.	
8. <i>Handicap sévère</i>	

(VI)- Echelle brève de phobie sociale de DAVIDSON

Instructions :

Le clinicien doit évaluer la période de temps qui couvre la semaine précédente. Si un patient n'a pas été exposé à la situation redoutée durant le semaine précédente, le clinicien doit coter la peur, l'évitement et les symptômes physiologiques en fonction de la manière dont le patient se sentirait s'il devait faire face à chacune de ces situations.

Seuils cliniques de cotation :

<i>Peurs :</i>	<i>Evitement :</i>
<i>0. Absente</i>	<i>0. Jamais (0%)</i>
<i>1. Légère : peu fréquente et/ou perturbante</i>	<i>1. Rarement (1-33%)</i>
<i>2. Moyenne : fréquente et/ou peu perturbante</i>	<i>2. Parfois (34-46%)</i>
<i>3. Sévère : constante, dominant la vie quotidienne du sujet et/ou nettement perturbante</i>	<i>3. Fréquemment (67-99%)</i>
<i>4. Extrême : invalidante et/ou très douloureuse ou perturbante</i>	<i>4. Toujours (100%)</i>

<i>Situation</i>	<i>Peur</i>	<i>Evitement</i>
<i>1. Parler en public ou en face d'autrui</i>		
<i>2. Parler à des gens qui détiennent une autorité</i>		
<i>3. Parler à des inconnus</i>		
<i>4 Etre embarrassé ou humilié</i>		

5. Etre critiqué		
6. Les réunions sociales		
7. Faire quelque chose en étant observé (cela n'inclut pas le fait de parler)		

Symptômes physiologiques :

Quand vous êtes dans une situations qui implique un contact avec les autres ou lorsque vous pensez à une telle situation, ressentez-vous les symptômes suivants ? Noter dans chaque case ci-dessous le score correspondants aux seuils cliniques ci-contre :

<i>Seuils cliniques de cotation</i>	<i>Situation</i>
1. Léger : peu fréquent et/ou non perturbant	1. Rougir :.....
2. Moyen : fréquent et/ou perturbant	2. Palpitations :
3.Sévère : constant, dominant la vie quotidienne du sujet et/ou nettement perturbant	3. Tremblements ou secousses musculaires :
4. Extrême : invalidant et/ou très douloureux ou perturbant	4. Transpiration :

Scores totaux

1^{ère} partie : Peur, items 1-7. Total : (P)

Evitement, items 1-7. Total: (E)

2ème partie: Physiologique, items 1-4. Total : (Phy)

$(P + E + Phy) = TOTAL$

(VII)- Questionnaire de Watson et Friend

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase puis marquez d'une croix {X}, si c'est vrai ou faux pour vous.

		F
1. Je m'inquiète rarement de paraître ridicule.		
2. Je m'inquiète de l'opinion des autres même quand je sais que cela n'a aucune importance.		
3. Je deviens tendu(e) et agité(e) si je sais que quelqu'un est en train de me juger.		
4. Je suis imperturbable même si je sais qu'on est en train de se faire une opinion défavorable sur moi.		
5. Je suis bouleversé(e) quand je commets une erreur en société.		
6. Les opinions que les gens importants ont de moi ne me soucient guère.		
7. J'ai souvent peur de paraître ridicule ou de me comporter d'une façon absurde.		
8. Je réagis très peu quand les gens me désapprouvent.		
9. J'ai souvent peur que les gens s'aperçoivent de mes		

défauts. 10. La désapprobation des autres a peu d'effets sur moi. 11. Si quelqu'un est en train de m'évaluer, je m'attends au pire. 12. Je m'inquiète rarement de l'impression que je donne aux autres. 13. J'ai peur d'être désapprouvé(e). 14. J'ai peur que les autres me trouvent des défauts. 15. Ce que les autres pensent de moi m'est égal. 16. Je ne suis pas peiné(e) si je ne plais pas à quelqu'un. 17. Lorsque je suis en train de parler à quelqu'un, je m'inquiète de ce qu'il est en train de penser de moi. 18. Je pense que parfois on ne peut pas éviter de faire des erreurs en société, alors je ne m'inquiète pas. 19. Je m'inquiète de l'impression que je donne aux autres 20. Je m'inquiète beaucoup de l'impression que je donne à mes supérieurs. 21. Si je sais que quelqu'un est en train de me juger, cela ne me perturbe pas. 22. Je m'inquiète en imaginant que les autres pensent que je ne vauds rien. 23. Je m'inquiète très peu de ce que les autres vont penser de moi. 24. Parfois je pense que je m'inquiète trop de ce que les autres vont penser de moi.		
---	--	--

25. Je m'inquiète souvent en imaginant que je vais faire ou dire ce qu'il ne faut pas.		
26. Je suis souvent indifférent(e) à ce que les autres pensent de moi.		
27. En général, je suis confiant(e) de l'impression favorable que je donne aux autres.		
28. Je m'inquiète souvent en m'imaginant que les gens que je considère importants ne pensent pas grand-chose de moi.		
29. Je me pose souvent des questions sur les opinions de mes amis à mon sujet.		
30. Je deviens tendu(e) et agité(e) si je sais que je suis en train d'être jugé(e) par mes supérieurs.		

(VIII)- Le test comportemental d'évitement

Nom :

Date :

Semaine :

Pour évaluer ce que vous pouvez faire en ce moment, voulez-vous essayer de réaliser les tâches suivantes ? Si vous ne pouvez y arriver du tout, cocher la case NON. Si vous pouvez y arriver, la case OUI. Marquez ensuite dans la case situé en-dessous de la case NON, un chiffre entre 0 et 8 correspondant à votre niveau de malaise vis-à-vis de cette tâche. Utilisez l'échelle ci-dessous :

Tâche 1 :

Activité.....

Pouvez-vous le faire ?

OUI		0
-----	--	---

NON		1
-----	--	---

Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)

Tâche 2 :

Activité.....

Pouvez-vous le faire ?

OUI		0
NO		1
N		

Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)

Tâche 3 :

Activité.....

Pouvez-vous le faire ?

OUI		0
NO		1
N		

Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)

Tâche 4 :

Activité.....

Pouvez-vous le faire ?

OUI		0
NO		1
N		

Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)

Ne rien écrire ici Total :

Evitement (0-4) :..... Malaise (0-32) :.....

(IX)- L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton

Nom : Date :

Cotation :

0 :absent 1 :léger 2 :moyen 3 :fort 4 :maximal

1. Humeur anxieuse :

Inquiétude- Attente du pire- Appréhension (anticipation avec peur)-
Irritabilité

2. Tension :

Sensations de tension- Fatigabilité- Impossibilité de se détendre- Réaction
de sursaut- Pleurs faciles- Tremblements- Sensation d'être incapable de rester
en place.

3. Peurs :

Du noir- Des gens qu'on ne connaît pas- D'être abandonné seul- Des gros
animaux- De la circulation- De la foule

4. Insomnie :

Difficultés d'endormissement- Sommeil interrompu- Sommeil non
satisfaisant avec fatigue au réveil- Rêves pénibles- Cauchemars- Terreurs
nocturnes.

5. Fonctions intellectuelles (cognitives) :

Difficultés de concentration- Mauvaise mémoire

6. *Humeur dépressive :*

Perte d'intérêts- Ne prend plus plaisir à ses passe-temps- Dépression- Insomnie du matin- Variations de l'humeur dans la journée

7. *Symptômes somatiques généraux (musculaires) :.....*

Douleurs et courbatures dans les muscles- Raideurs musculaires- Sursauts musculaires- Secousses cloniques- Grincements des dents- Voix mal assurée

8. *Symptômes somatiques généraux (sensoriels) :.....*

Tintements d'oreilles- Vision brouillée- Bouffées de chaleur ou de froid- Sensations de faiblesse- Sensations de picotements

9. *Symptômes cardio-vasculaires :.....*

Tachycardie- Palpitations- Douleurs dans la poitrine- Battement des vaisseaux- Sensations syncopales- Extra-systoles

10. *Symptômes respiratoires :*

Poids sur la poitrine ou sensation de constriction- Soupirs- Sensations d'étouffement- Dyspnée

11. *Symptômes gastro-intestinaux :*

Dyspepsie : douleur avant ou après le repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac

Difficultés pour avaler- Vents- « Coliques » abdominales- Borborygmes- Diarrhée- Perte de poids- Constipation

12. *Symptômes génito-urinaires :*

Mictions fréquentes- Urgence de la miction- Aménorrhée- Ménorragies- Apparition d'une frigidity- Ejaculation précoce- Absence d'érection- Impuissance

13. *Symptômes du système nerveux autonome :*

Bouche sèche- Accès de rougeur- Pâleur- Vertiges- Tendance à la sudation- Céphalée de tension- Horripilation

14. Comportement lors de l'entretien :

Général :

Tendu non à son aise- Agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir- Instabilité va-et-vient- Tremblement des mains- Front plissé- Faciès tendu- Augmentation du tonus musculaire- Respiration haletante- Pâleur faciale

Physiologique :

Avale sa salive- Eructations- Tachycardie au repos- Rythme respiratoire à plus de 20/min- Reflexes tendineux vifs- Tremblements- Dilatation pupillaire- Exophtalmie- Sudation- Battements des paupières

Total général :

(X)- L'échelle d'affirmation de soi

Nom :

Date :

Indiquer à quel degré les affirmations suivantes sont caractéristiques ou descriptives de votre comportements. Veuillez utiliser la cotation ci-après et mettre une note à chaque affirmation :

- 1. très caractéristique*
- 2. plutôt caractéristique*
- 3. un peu caractéristique*
- 4. un peu non caractéristique*
- 5. plutôt non caractéristique*
- 6. vraiment non caractéristique*

1. La plupart des gens me semblent plus agressifs et défendre mieux leurs droits que moi.

2. Il m'est arrivé d'hésiter par timidité au moment de donner ou d'accepter un rendez-vous.

3. Quand la nourriture dans un restaurant ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur ou à la serveuse.

4. Je fais attention à ne pas heurter les sentiments des autres, même lorsque je sens que l'on m'a blessé(e).

5. Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal à me montrer une marchandise qui ne me convient pas parfaitement, j'ai un moment difficile lorsque je dois dire non.

6. Lorsqu'on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en savoir la raison.

7. Il y a des moments où je cherche une bonne et vigoureuse discussion.

8. Je me bats pour arriver aussi bien que les autres dans ma profession.

9. A vrai dire, les gens tirent souvent profit de moi.

10. J'ai du plaisir à entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances
ou des étrangers.

11. Souvent je ne sais rien dire à des personnes séduisantes du sexe opposé.

12. J'hésiterais à téléphoner à un grand établissement de commerce ou à une administration.

13. Je préférerais poser ma candidature pour un autre travail par lettre plutôt que par
un entretien personnel.

14. Je trouve embarrassant de renvoyer une marchandise.

15. Si un parent proche et respecté est en train de m'ennuyer, j'étoufferais mes
sentiments plutôt que d'exprimer cette gêne.

16. Il m'est arrivé d'éviter de poser des questions, par peur de paraître stupide.

17. Pendant une discussion serrée, j'ai souvent peur d'être bouleversé(e) au point de trembler de tout mon corps.

18. Si un conférencier réputé et respecté dit quelque chose que je pense inexact,

j'aimerais que le public entende aussi mon point de vue.

19. J'évite de discuter les prix avec les représentants et les vendeurs.

20. Lorsque j'ai fait quelque chose d'important et de valable, je m'arrange pour
le faire savoir aux autres.

21. Je suis ouvert et franc au sujet de mes sentiments.

22. Si quelqu'un a répandu des histoires fausses ou de mauvais goût à mon sujet, je
le vois aussi vite que possible pour une explication.

23. J'ai souvent un moment difficile lorsque je dois dire non.

24. J'ai tendance à contenir des émotions plutôt que de faire une scène.

25. Je me plains lorsque le service est mal fait, dans un restaurant ou ailleurs.

26. Souvent je ne sais pas quoi dire lorsqu'on me fait un compliment.

27. *Au cinéma, au théâtre, ou lors d'une conférence, si un couple près de moi est en train de parler à voix haute, je lui demande de se taire ou d'aller autre part.*

28. *Quiconque cherche à passer devant une queue, risque une bonne explication.*

29. *Je suis rapide dans l'expression de mes opinions.*

30. *Il y a des moments où je ne sais pas quoi dire.*

Score total : _____

(XI)- Le questionnaire des conduites interpersonnelles

Nom : Date :

Indiquer à quel degré les propositions suivantes sont caractéristiques ou descriptives de votre comportement en inscrivant un chiffre dans la colonne de gauche et dans celle de droite pour chaque proposition.

ETES-VOUS TENDU(E)?

LE FAITES-VOUS ?

1. pas du tout
2. un peu
3. moyennement
4. beaucoup
5. énormément

1. jamais
2. rarement
3. parfois
4. d'habitude
5. toujours

_____ 1. Commencer une conversation avec un(e) étranger(ère)

_____ 2. Dire à quelqu'un qui vous interrompt que vous trouvez

cela désagréable.

_____ 3. Parler à un groupe de personnes d'une expérience que

vous avez vécue.

_____ 4. Demander à quelqu'un de vous expliquer quelque chose

que vous n'avez pas compris.

_____ 5. Donner une opinion différente de celle de la personne

avec qui vous parlez.

_____ 6. Recevoir un compliment sur votre apparence _____
personnelle.

_____ 7. Dire à un(e) ami(e) ou à une connaissance qu'il (elle)

a fait quelque chose qui vous ennuie.

_____ 8. Dire à quelqu'un que vous l'aimez. _____

_____ 9. Dire non à une demande d'un supérieur hiérarchique.

_____ 10. Demander à des gens de tenir compte du fait que vous

_____ avez peur de quelque chose.

_____ 11. Maintenir votre opinion devant un(e) ami(e) qui n'est

_____ pas d'accord avec vous.

_____ 12. Admettre que vous avez tort. _____

_____ 13. Regarder la personne avec qui vous parlez. _____

_____ 14. Inviter une connaissance à vous accompagner à un _____
événement social (par exemple : une soirée, un apéritif).

_____ 15. Dire à quelqu'un que vous pensez qu'il (elle) a été _____
injuste envers vous.

_____ 16. Dire à quelqu'un que vous l'appréciez _____

_____ 17. Refusez une consommation, en particulier si on vous

_____ l'offre à plusieurs reprises.

_____ 18. Dire à une personne qui vous a fait une critique vraie

_____ qu'elle a raison.

_____ 19. Accepter un compliment à propos de quelque chose _____
que vous avez fait.

_____ 20. Accepter l'invitation de quelqu'un à l'accompagner _____
à un événement social.

_____21. Commencer une conversation avec un homme ou une

femme que vous trouvez attrayant(e).

_____22. Dire non à une demande d'une personne que vous aimez.

_____23. Discuter une critique de quelqu'un à propos de _____

quelque chose que vous avez fait.

_____24. Dire que vous êtes heureux(se) de vous être fait dire

qu'on vous aime.

_____25. Demander à une connaissance de vous aider dans un

travail.

_____26. Exprimer votre opinion au cours d'une conversation

avec des étrangers(ères).

_____27. Vous joindre à la conversation d'un groupe de personnes.

_____28. Demander à des gens de vous remettre ce qu'ils vous

ont emprunté.

_____29. Inviter une connaissance à aller prendre un verre. _____

_____30. Accepter l'offre de quelqu'un qui veut vous aider _____

_____31. Refuser de donner de l'argent à quelqu'un qui fait _____

une collecte.

32. Maintenir votre opinion face à une personne qui a une _____

opinion très ferme.

_____33.Demander à une personne d'arrêter de faire une chose

_____ qui vous dérange (par exemple dans un restaurant ou un cinéma).

_____34.Protester quand quelqu'un passe devant vous dans une

_____ file d'attente.

_____35.Donner votre opinion à quelqu'un qui en connaît plus

_____ que vous sur le sujet.

_____36.Demander à quelqu'un si vous l'avez blessé _____

_____37.Dire que vous aimez que des gens expriment qu'ils vous

_____ apprécient.

_____38Donner votre opinion à un supérieur hiérarchique. _____

_____39.Refuser des marchandises ou des services insatisfaisants

_____ (par exemple, dans un magasin ou un restaurant).

_____40.Dire à une personne à quel point vous êtes heureux(se)

_____ de ce qu'elle fait pour vous.

_____41.Discuter avec des gens de votre impression qu'ils _____

_____ essaient de vous éviter.

_____42.Dire que vous êtes désolé(e) alors que vous avez fait

une erreur.

_____ 43. Dire à quelqu'un que vous êtes très satisfait(e) de _____
quelque chose que vous avez fait.

_____ 44. Expliquer votre philosophie de la vie. _____

_____ 45. Vous présenter à quelqu'un pour faire connaissance.

_____ 46. Demander à quelqu'un de vous indiquer la bonne _____
direction.

_____ 47. Demander à quelqu'un de critiquer quelque chose que

vous avez fait.

_____ 48. Refuser de prêter quelque chose à un proche. _____

_____ 49. Admettre que vous connaissez peu de choses sur un _____
sujet en particulier.

_____ 50. Insister pour que quelqu'un fasse sa part dans un _____
travail commun.

(XII)- Le test d'auto-évaluation des pensées en interaction sociale

Nom : Prénom : Date :

Instructions :

Il est évident que les gens pensent de manière variée quand ils rencontrent différentes personnes. Vous trouverez ci-dessous une liste de pensées que vous avez eu personnellement, à certains moments, avant, pendant ou après une rencontre sociale. Lisez attentivement chaque question et veuillez évaluer avec quelle fréquence vous avez des pensées identiques à celles de la liste avant, pendant et après une rencontre sociale. Utilisez l'échelle suivante pour évaluer la fréquence de ces pensées :

1) *Presque jamais* ; 2) *Rarement* ; 3) *Parfois* ; 4) *Souvent* ; 5) *Très souvent*. Cochez le chiffre choisi dans la case correspondante :

	<i>Presque jamais 1</i>	<i>Rare- ment 2</i>	<i>Parfois 3</i>	<i>Souvent 4</i>	<i>Très souvent 5</i>
1. Quand je ne trouve rien à dire, je sens que je deviens anxieux(se).					
2. Je n'ai aucune difficulté à parler aux personnes du sexe opposé.					
3. J'espère ne pas me ridiculiser.					
4. Je commence à me sentir à l'aise.					
5. J'ai réellement peur de ce que peuvent penser de moi les personnes du sexe opposé.					
6. Pas de soucis, pas de peur, pas d'anxiété.					
7. Je meurs de peur.					
8. Il ou elle ne va pas s'intéresser à moi.					
9. Peut-être que je peux le (ou la) mettre à l'aise en faisant les premiers pas.					
10. Au lieu de me faire du souci, je peux imaginer le meilleur moyen de le (ou la) connaître.					
11. Je ne me sens pas à l'aise pour rencontrer les personnes du sexe opposé, et de ce fait les choses risquent de mal tourner.					

12. Et alors ? Le pire qui puisse arriver est que je ne lui plaise pas.					
13. Il (ou elle) veut autant parler me parler que je veux lui parler.					
14. Ce sera une bonne occasion.					
15. Si je foire cette conversation, je vais réellement perdre toute confiance en moi					
16. Ce que je vais dire va paraître probablement stupide.					
17. Qu'est-ce que j'ai à perdre ? Cela vaut la peine d'essayer.					
18. La situation n'est pas facile mais je peux la prendre bien en main.					
19. Oh... Je ne veux pas faire cela !					
20. Je serai blessé(e) si il (ou elle) ne me répond pas.					
21. Je dois absolument lui faire bonne impression ou bien je vais me sentir très mal.					
22. Je suis un(e) idiot(e) plein(e) d'inhibitions.					
23. De toute façon je vais probablement échouer lamentablement.					
24. Je ne peux rien avoir bien en main.					
25. Même si les choses ne vont pas bien ce n'est pas une					

<i>catastrophe.</i>					
<i>26. Je me sens maladroit et stupide ; il ou elle va sûrement le remarquer.</i>					
<i>27. Nous avons probablement beaucoup de choses en commun.</i>					
<i>28. Peut-être que l'on va très bien s'entendre.</i>					
<i>29. J'espère que je pourrais partir et éviter toute la situation.</i>					
<i>30. Ah ! Envoie promener la prudence !</i>					

(XI)- L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Nom du patient :

Date :

Pour chacune des situations ci-contre, coter le niveau de peur ou d'anxiété et le niveau d'évitement sur une échelle de 0 à 3.

<i>Peur ou anxiété</i>		<i>Evitement</i>	
	<i>Aucune</i>	<i>0</i>	<i>Jamais</i>
	<i>Légère</i>	<i>1</i>	<i>Occasionnel(0-33%)</i>
	<i>Moyenne</i>	<i>2</i>	<i>Fréquent(33-66%)</i>
	<i>Sévère</i>	<i>3</i>	<i>Habituel(67-100%)</i>

	<i>Peur ou anxiété</i>	<i>Evitemnent</i>
<i>1. Téléphoner en public</i>		
<i>2. Participer au sein d'un petit groupe</i>		
<i>3. Manger dans un lieu public</i>		
<i>4. Boire en compagnie dans un lieu public</i>		
<i>5. Parler à des gens qui détiennent une autorité</i>		
<i>6. Jouer, donner une représentation ou une conférence devant un public</i>		
<i>7. Aller à une soirée</i>		
<i>8. Travailler en étant observé</i>		
<i>9. Ecrire en étant observé</i>		
<i>10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien</i>		
<i>11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien</i>		
<i>12. Rencontrer des inconnus</i>		
<i>13. Uriner dans les toilettes publiques</i>		
<i>14. Entrer dans une pièce alors que tous le monde est déjà assis</i>		
<i>15. Etre le centre d'attention</i>		

16. Prendre la parole à une réunion		
17. Passer un examen		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien		
20. Faire un compte rendu à un groupe		
21. Essayer de « draguer » quelqu'un		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin		
23. Donner une soirée		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant		
TOTAL		

(XIII)- L'échelle de Sheehan

Nom du patient :

Date :

Sur une échelle de 0 à 10, suivant le diagramme ci-dessous, indiquez le nombre qui décrit le mieux votre degré de gêne ou d'incapacité aujourd'hui dans chacun des domaines suivants : Travail, Vie Sociale et Activités de loisir, Vie Familiale et Responsabilités Domestiques.

Travail :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre travail est-il perturbé ? _____ (0-10)

Vie Sociale et Loisirs :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre vie sociale et vos loisirs sont-ils perturbés ? _____ (0-10)

Vie de famille et responsabilités domestiques :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre vie familiale et vos responsabilités domestiques sont-elles perturbées ? _____ (0-10)

(XIV) Le SF12(version française)

C'est une échelle qui a été construite à partir de l'échelle SF36, Le SF12 permet de calculer deux scores: un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente

Très bonne

Bonne

Médiocre

Mauvaise

2. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel. –Entourer la réponse de votre choix, une par ligne-

Liste d'activités	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, pas du tout
b- Efforts physiques modérés tels que déplacer une	1	2	3

table, passer l'aspirateur, jouer aux boules			
d- Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

Entourer la réponse de votre choix, une par ligne

	En permanence	très souvent	souvent	quelques fois	rarement	jamais
b- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité	1	2	3	4	5	6
c- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention	1	2	3	4	5	6

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) Entourer la réponse de votre choix, une par ligne

	en permanence	très souvent	souvent	quelques fois	rarement	Jamais
b- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité	1	2	3	4	5	6
c- Avez-vous eu des	1	2	3	4	5	6

difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention						
--	--	--	--	--	--	--

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout

Un petit peu

Moyennement

Beaucoup

Enormement

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé,

physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Tout le temps

Une grande partie du temps

De temps en temps

Rarement

Jamais

7. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question merci d'indiquer la

réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
d. Vous vous êtes senti calme et détendu?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti triste et abattu ?	1	2	3	4	5	6

Serment d'Hippocrate

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- * Je traiterai mes maitres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.**
- * Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité, la santé de mes malades sera mon premier but.**
- * Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.**
- * Je maintiendrai, par tous les moyens en mon pouvoir, honneur et les mobiles traditions de la profession médicale.**
- * Les médecins seront mes frères.**
- * Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'imposera entre mon devoir et mon patient.**
- * Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.**
- * Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances, médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.**
- * Je m'y engage librement et sur mon honneur.**

Déclaration de Genève,

1948

قسم ابقرراط

بسم الله الرحمن الرحيم
أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:
بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية؛
وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه؛
وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريض
هدفي الأول؛
وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي؛
وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة
الطب؛
وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي؛
وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو
عرقي أو سياسي أو اجتماعي؛
وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها؛
وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما
لاقيت من تهديد؛
بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسم بشرفي.

والله على ما أقول شهيد.

جامعة محمد الخامس - السويسي
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 27

سنة : 2014

الخوف الاجتماعي والإدمان على القنب

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الآنسة : لبنى عاشور

المزودة في : 17 شتنبر 1988 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الاعتلال المشترك - الخوف الاجتماعي - الإدمان على القنب.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة:

رئيس

السيد: عبد الرزاق وناس

أستاذ في الطب النفسي

مشرف

السيد: جمال محساني

أستاذ مبرز في الطب النفسي

السيد: محمد زكرياء بشرا

أستاذ في الطب النفسي

أعضاء

السيد: حسن كسرى

أستاذ في الطب النفسي