Énoncé de position de l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP) présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières sur le *Projet de Loi no 2, Loi resserrant l'encadrement du cannabis*

Présenté le 13 février 2019 par :

- **Dre Amal Abdel-Baki, médecin psychiatre et présidente de l'AQPPEP, professeure titulaire du département de psychiatrie de l'Université de Montréal, Chef du service santé mentale jeunesse du CHUM, Chercheur investigateur au CRCHUM, Membre du comité directeur du Consortium canadien d'intervention précoce pour la psychose – amal.abdel-baki@umontreal.ca**
- **Dr Marc-André Roy, médecin psychiatre et membre du comité exécutif de l'AQPPEP, Professeur agrégé et Président du comité de la recherche, Département de Psychiatrie et Neurosciences, Université Laval, chercheur, Centre de recherche CERVO, Vice-président du Consortium canadien d'intervention précoce pour la psychose - marc-andre.roy@fmed.ulaval.ca**

L'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (www.AQPPEP.ca) est un organisme regroupant des professionnels de cliniques œuvrant auprès de personnes souffrant d'un premier épisode psychotique (PEP). Elle représente toutes les cliniques PEP du Québec.

Elle a pour mandat :

- de participer à la sensibilisation du grand public en vue de diminuer la stigmatisation des personnes souffrant d'un PEP ;
- d'améliorer l'identification et la référence de ces personnes vers des services appropriés ;
- de sensibiliser les administrateurs du réseau de la santé, les autorités politiques et la population à l'importance des enjeux reliés aux PEP.

Dans le contexte du projet de loi, nous tenons à souligner l'importance que:

- la population soit informée des risques de la consommation de cannabis pour la santé mentale, surtout lorsque celle-ci débute à l'adolescence ou au début de l'âge adulte ;

- des services de détection et d'intervention précoce et intensive spécialisés pour la psychose débutante soient accessibles facilement et rapidement partout au Québec ;

- ces services aient suffisamment de ressources pour respecter le « Cadre de référence pour les Programmes pour premiers épisodes psychotiques » publié en novembre 2017 par les MSSS et ainsi offrir des services de pointe pouvant améliorer de façon significative le pronostic et réduire le risque de chronicisation de la maladie psychotique ;

- des services adéquats soient accessibles dans le cadre de ces cliniques pour ceux présentant une toxicomanie comorbide (près de 60%) notamment ceux présentant un trouble de l'utilisation du cannabis (environ 45%) ;

Ces recommandations sont basées sur les faits suivants :

- le risque de psychose est évalué à 3% dans la population générale. Cette estimation peut augmenter jusqu'à 10 à 50% en cas d'antécédents familiaux du premier degré. La psychose se déclenche principalement entre 15 et 30 ans. La schizophrénie et la maladie bipolaire psychotique (psychose maniaco-dépressive) sont les formes de psychose les plus fréquentes. Dix pourcent de ces jeunes décèdent par suicide et pour une majorité dans les premières années suivant le déclenchement de la maladie. Les psychoses sont des problèmes de santé chronique associés à la majorité des hospitalisations en psychiatrie, et une des premières causes d'invalidité mondiale engendrant des coûts directs et indirects très importants pour la société, sans compter la souffrance des personnes atteintes et leurs proches ;

- le cannabis peut déclencher la psychose chez les gens vulnérables génétiquement, et en aggrave le pronostic ;

- le lien entre la consommation de cannabis et l'augmentation du risque de trouble psychotique est indéniable (Arseneault et al, 2004 ; van Os et al, 2002). Alors que le risque de psychose augmente de 40% chez les personnes ayant déjà consommé du cannabis (Moore et al 2007), il est doublé chez les consommateurs quotidiens (surtout si forte concentration en THC) et même 3,9 fois plus grand chez les gros consommateurs (Marconi et al 2016). Une concentration de THC de 10% et plus est souvent utilisée pour désigner une concentration élevée ;

- l'utilisation de cannabis avant l'âge de 16 ans est particulièrement associée à une plus grande probabilité développer un trouble psychotique.(Arsenault et al, 2002) ;

- le PEP chez les consommateurs de cannabis tend à survenir en moyenne 2,7 ans plus tôt (Large et al, 2011), ce qui a un impact majeur sur son pronostic ;

- en plus des risques de psychose, la consommation de cannabis cause, notamment lorsque l'usage régulier a débuté à l'adolescence, des troubles cognitifs pouvant persister à long terme (Crean et al, 2011), ce qui influence négativement le succès scolaire (Coffey et Patton, 2016).

- Le risque de dépendance est de 9% chez les personnes qui expérimentent le cannabis, un taux qui augmente à 16% si le cannabis est débuté à l'adolescence (Volkow et al, 2014). Dans ce contexte, l'âge moyen de 16 ans d'initiation à la drogue chez les jeunes, selon l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogue (2012), est jugé préoccupant.

RECOMMANDATIONS :

1. Il est donc essentiel d'adopter une approche psychoéducative, tant pour le jeune que pour ses proches. Pour ce faire, nous recommandons qu'un maximum d'intervenants (professeurs, parents, responsable des services de garde, intervenants en centre communautaire, éducateurs en Centres Jeunesse, etc.) :
    - soient formés sur comment discuter de la contribution du cannabis au déclenchement de troubles psychotiques sévères et persistants ;
    - soient formés afin de détecter les signes précoces de début de psychose (prodrome) ;
    - sachent où et comment référer ces jeunes à une équipe ayant la capacité de préciser le diagnostic et d'offrir le suivi requis.

    Nous recommandons qu'il en soit de même pour les gens travaillant aux points de vente prévus par la loi.

2. Implanter des programmes de PEP dans toutes les régions du Québec.
    - En 2017, le MSSS a annoncé l'ajout d'une quinzaine de cliniques pour PEP à travers la province, notamment dans les régions où les ressources en santé mentale étaient déficientes. Toutefois **certaines régions du Québec n'ont toujours pas de tel programmes.**
    - Il est urgent de **mettre à niveau les 18 cliniques d'intervention précoce** déjà mises en place avant 2017, suite à l'initiative de cliniciens, mais avec des ressources insuffisantes (pour la plupart, elles n'ont pas la moitié des effectifs requis par le Cadre de référence des Programmes pour premiers épisodes psychotiques, MSSS 2017.
    - Selon les informations dont nous disposons, **12 des 21 régions du Québec n'ont pas les ressources nécessaires pour offrir les programme PEP** tel que préconisés par le plan d'action en santé mentale 2015-2020 et le Cadre de référence des Programmes pour premiers épisodes psychotiques, MSSS 2017.
    - Les Centres jeunesse n'ont pas accès à des programmes PEP dédiés. Pourtant, la clientèle qu'ils desservent est nettement parmi les plus à risque de toxicomanie et de troubles psychotiques, comme démontré dans de multiples études. Il en est de même pour les jeunes en situation d'itinérance (dont 50-75% sont issus des Centres Jeunesse). Il est primordial d'assurer un accès aux services de santé mentale et toxicomanie à cette clientèle.
    - Que ces programmes PEP, soient pourvus de spécialistes en toxicomanie concomitante avec la psychose débutante, tels que recommandé dans les guides de pratique internationaux et par le Cadre de référence des Programmes pour premiers épisodes psychotiques, MSSS 2017 .

- **Pourquoi suivre ces recommandations :**

    - Quarante-cinq pourcent des jeunes souffrant d'un PEP sont atteints d'un trouble de l'usage du cannabis (Abdel-Baki et al, 2017). Pour les personnes qui développent la schizophrénie, la consommation de cannabis est associée à davantage de symptômes et de rechutes (Schoeler et al, 2016 ; Ouellet-Plamondon, 2017).
    - À l'inverse, l'arrêt de la consommation améliore significativement le pronostic après un PEP, tant au niveau des symptômes de psychose que du fonctionnement (Mullin et al, 2012 ; Turkington et al, 2009 ; Harrison et al, 2008).
    - En effet, près du tiers des personnes présentant un PEP cessent l'usage de substances dans la première année suivant l'admission à un programme pour PEP ; parmi ceux présentant un trouble de l'usage de cannabis à l'admission, 36,6% sont en rémission de ce trouble après une année et 47,5% après 2 ans lorsqu'on leur offre le suivi approprié (Abdel-Baki et al, 2017).
    - Chez ceux qui ont cessé la consommation, l'évolution est similaire à ceux n'ayant jamais eu un trouble de l'usage de cannabis, alors que ceux qui continuent à consommer abusivement du cannabis ont un mauvais pronostic et continuent à se détériorer au niveau symptomatique (psychotique et dépressif) et fonctionnel (emploi, études, autonomie en hébergement), et ce malgré le suivi entre la 1ère et la 2e année, suggérant un effet délétère de cette substance.
    - De plus, ces jeunes avec trouble de l'usage de cannabis sont beaucoup plus souvent hospitalisés et consultent beaucoup plus à l'urgence, engendrant ainsi des coûts importants pour le système de santé (Ouellet-Plamondon et al, 2017) et figurent plus souvent parmi ceux qui décèdent par suicide.
    - Les données québécoises (Abdel-Baki et al. 2017) ; Ouellet-Plamondon et al. 2017), qui sont similaires à ce qui est rapporté au niveau international, proviennent d'une étude ayant eu lieu bien avant la légalisation du cannabis. Ceci suggère que peu importe, les impacts de la légalisation ou d'un resserrement des conditions d'encadrement du cannabis, les recommandations préconisées ci-haut demeurent essentielles.

En conclusion, **le gouvernement doit** s'assurer d'entreprendre rapidement la **sensibilisation et l'éducation du public**, notamment des jeunes eux-mêmes et des personnes qui les côtoient, mais également s'assurer de **rendre plus accessibles les soins médicaux** aux personnes qui deviendraient dépendantes du cannabis ou qui développeraient un **premier épisode psychotique**.

Références :

Abdel-Baki A, Ouellet-Plamondon C, Salvat E, Grar K, Potvin S. (2017). Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Research*, 247, 113-119.

Alderson HL, Semple DM, Blayney C, Queirazza F, Chekuri V, Lawrie SM. (2017) Risk of transition to schizophrenia following first admission with substance-induced psychotic disorder: a population-based longitudinal cohort study. *Psychol Med*. 47(14):2548-2555.

Arendt M, Mortensen PB, Rosenberg R, Pedersen CB, Waltoft BL (2008). Familial Predisposition for Psychiatric Disorder - Comparison of Subjects Treated for Cannabis-Induced Psychosis and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry,* 65(11):1269-1274.

Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jørgensen P (2005). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry*, 187, 510-515.

Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry,* 184:110-7.

Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Moffitt TE (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*, 325(7374):1212–1213.

Bourque J, Afzali MH, O'Leary-Barrett M, Conrod P (2017). Cannabis use and psychotic-like experiences trajectories during early adolescence: the coevolution and potential mediators. J Child Psychol Psychiatry. Jul 5 (epub ahead of print).

Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, Taylor A, Arseneault L, Williams B, Braithwaite A, Poulton R, Craig IW (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry*, 57(10):1117-27.

Coffey C, Patton GC (2016). Cannabis use in adolescence and young adulthood: A review of findings from the Victorian Adolescent Health Cohort study. *Can J Psychiatry*, 61(6):318-27

Crean RD, Crane NA, Mason BJ (2011) An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addic Med*, 5(1):1-8.

Di Forti M, Sallis H, Allegri F, Trotta A, Ferraro L, Stilo SA, Marconi A, La Cascia C, Reis Marques T, Pariante C, Dazzan P, Mondelli V, Paparelli A, Kolliakou A, Prata

D, Gaughran F, David AS, Morgan C, Stahl D, Khondoker M, MacCabe JH, Murray RM (2014). Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. *Schizophr Bull*, 40(6):1509-17.

Harrison I, Joyce EM, Mutsatsa SH, Hutton SB, Huddy V, Kapasi M, & Barnes TRE (2008). Naturalistic follow-up of co-morbid substance use in schizophrenia: the West London first-episode study. *Psychological Medicine*, 38:79–88.

Large M, Mullin K, Gupta P, Harris A, & Nielssen O (2014). Systematic meta-analysis of outcomes associated with psychosis and co-morbid substance use. *Aust N Z J Psychiatry,* 48:418–432.

Linszen DH, Dingemans PM, & Lenior ME (1994). Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry,* 51:273–279.

Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophr Bull.* 42(5):1262-9.

Modinos G, Iyegbe C, Prata D, Rivera M, Kempton MJ, Valmaggia LR, Sham PC, van Os J, McGuire P. (2013). Molecular genetic gene-environment studies using candidate genes in schizophrenia: a systematic review. *Schizophr Res*. 150(2-3):356-65.

Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 370(9584):319-28.

Mullin K, Gupta P, Compton MT, Large M (2012). Does giving up substance use work for patients with psychosis? A systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, 46(9):826-39.

Niemi-Pynttäri JA, Sund R, Putkonen H, Vorma H, Wahlbeck K, Pirkola SP (2013) Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases. *J Clin Psychiatry*. 74(1): e94-9.

Ouellet-Plamondon C, Abdel-Baki A, Salvat E, Potvin S (2017). Specific impact of stimulant, alcohol and cannabis use disorders on first-episode psychosis: 2-year functional and symptomatic outcomes. *Psychol Med.* 47(14):2461-2471.

Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 205(2):88-94.

Schoeler T, Monk A, Sami MB, Klamerus E, Foglia E, Brown R, Camuri G, Altamura

AC, Murray R, & Bhattacharyya S (2016). Continued versus discontinued cannabis use in patients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3:215–225.

Turkington A, Mulholland CC, Rushe TM, Anderson R, McCaul R, Barrett SL, Barr RS, & Cooper SJ (2009). Impact of persistent substance misuse on 1-year outcome in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*, 195:242–248.

Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H (2002). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*. 156(4):319-27.