

Quelques éléments bibliographiques sur le problème de la relation psychoses / addiction

P Millet / Prescripteur (Psychoactif.org)

Les relations entre psychiatrie et addictologie sont complexes et souvent idéologiquement manipulées. Le texte suivant essaiera d'apporter quelques éléments bibliographiques sur la relation entre psychose et addiction.

Bien entendu les relations entre psychiatrie et addiction ne se limitent pas aux psychoses mais comprennent aussi notamment l'anxiété, la dépression etc.. mais l'enjeu « médiatique » est plus souvent mis sur les psychoses.

<https://rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/comorbidites/comorbidites-psychiatriques/167-troubles-psychiatriques-associes-a-la-toxicomanie.html>

L'usage de tous produits et comportements peut être simple, à risque, nocif ou addictif.

<https://intervenir-addictions.fr/intervenir/les-niveaux-dusage-substances-psychoactives/>

L'usage simple L'usage simple est une consommation ponctuelle ou régulière qui n'induit pas de dommage aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social. L'utilisateur n'est pas dépendant, il module sa consommation en fonction du contexte dans lequel il se trouve et surtout il peut arrêter de consommer s'il le désire. L'usage simple ne protège cependant pas des risques situationnels et des conséquences judiciaires : accidents de la route, du travail, contrôles routiers, impact des consommations durant la grossesse...

L'usage à risques Il s'agit d'usages pouvant **potentiellement provoquer des complications aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social**, sans que celles-ci soient encore apparues comme dans le cas de l'usage nocif.

L'abus ou usage nocif Cet usage est caractérisé par une consommation **induisant des dommages repérables aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social**. A ce stade, l'utilisateur peut moduler sa consommation en fonction du contexte et arrêter de consommer s'il le désire, mais il peut aussi être en difficulté pour arrêter plusieurs jours de suite. Dans ce type d'usage, des problèmes ou des conséquences négatives s'expriment, comme par exemple :

- la survenue ou l'aggravation de problèmes personnels, psychologiques, somatiques ou sociaux, liés à l'effet des produits ou à la répétition de leur prise ;
- des difficultés, voire l'incapacité à remplir des obligations majeures au travail, pendant les études, dans la famille (absence, exclusions, difficultés relationnelles etc.)
- la répétition de l'utilisation d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (travail, conduite...)
- des problèmes judiciaires répétés liés à la consommation de substance
- l'utilisation de la substance malgré la prise de conscience des problèmes en lien avec la consommation

La dépendance (ou addiction)

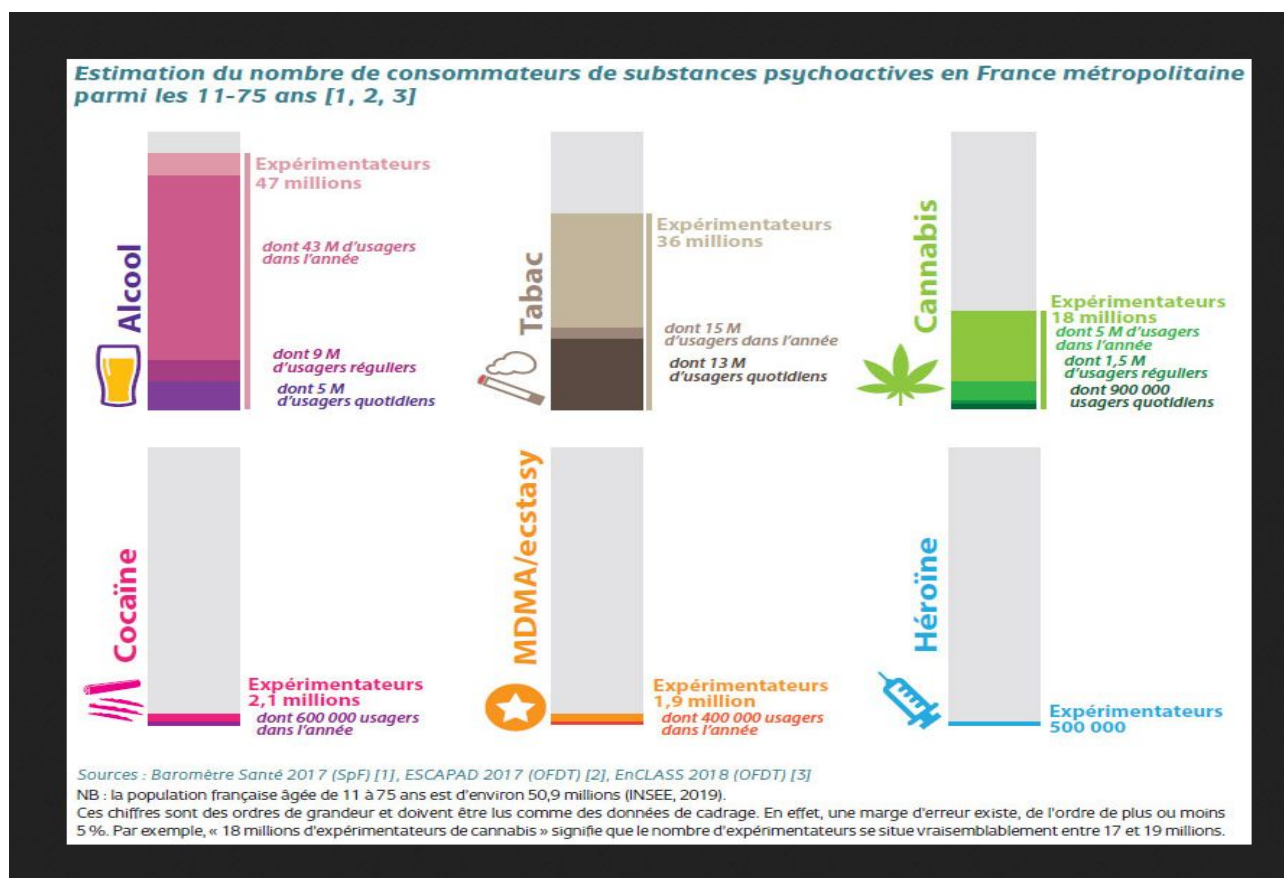
Elle est caractérisée par un **besoin irrésistible de consommer**, le craving. Elle s'installe plus ou moins progressivement et le consommateur ne se rend pas forcément compte, dans les premiers temps, de la perte de contrôle de ses consommations. La personne ne peut plus les moduler en fonction du contexte dans lequel elle se trouve. Le sentiment de perte de contrôle de soi et de tension interne s'accroît. Des symptômes de manque physique et psychique plus ou moins marqués apparaissent.

Les personnes **ne sont pas égales devant le risque de dépendance** tant au plan biologique que psychologique. Arrêter la consommation de produits ou la réduire s'avère plus ou moins complexe suivant le stade où en est la personne dans son usage. Le risque de reprise de la consommation est fréquent pour les personnes dépendantes : ces recon consommations sont souvent ressenties comme un échec. La sortie de la dépendance nécessite souvent plusieurs étapes d'accompagnement et de soins.

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>

Il est difficile de savoir quel pourcentage d'utilisateurs peut être classé dans l'une ou l'autre de ces consommations, produit par produit.

La figure ci-dessous montre le nombre d'expérimentateurs et d'utilisateurs réguliers de différents produits. <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/infographies/>



Il est clair que la plupart des expérimentateurs n'évoluent pas vers un usage régulier, quel que soit le produit (du moins parmi ceux qui sont cités).

Evidemment usage régulier ne veut pas dire usage problématique et a fortiori addiction . Les chiffres sont assez rares et souvent idéologiquement manipulés.

Néanmoins, à part le tabac où le taux d'addiction est colossal (grâce probablement aux manipulations sur le produit de l'industrie du tabac), il semble qu'il représente environ 10 à 25 % hors consommation précoce (avant 15 ans) et ce quel que soit le produit. Notamment la plupart des drogues les plus « addictives » ne semblent pas être très différentes de l'alcool.

Ceci explique le coût social disproportionné de l'alcool et du tabac en comparaison de celui des drogues illicites.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>

Le « coût social » de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques, proche de 120 milliards d'euros, suivi par les drogues illicites (8,7 milliards d'euros) (nb= 7,8 milliards si l'on exclut le coût de la répression)

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>

<http://rtvh36.free.fr/Tableau%20Roques.html>

Rapport Roques | Tableau comparatif - Facteurs de dangerosité des drogues

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA	Psycho-stimulants	Alcool	Benzodiazépines	Cannabinoïdes	Tabac
Dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte mais intermittente	(?)	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	forte (a)	forte	éventuellement forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible	faible (exceptions possibles)	forte	faible (b)	faible	0
Traitements substitutifs ou autres existants	oui	oui	non	non	oui	non recherché	non recherché	oui

(a) Pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique.

(b) Sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de "soumission" ou "d'autosoumission", où la dangerosité devient alors très forte.

Bien que ces chiffres paraissent loin de la question initiale, ils sont importants car ils mettent en doute la vision « naïve » d'une consommation inéluctablement néfaste pour les drogues illégales et largement non problématique pour les drogues légales (alcool, tabac, sucre notamment).

Comme l'a souligné le rapport Roques le caractère légal ou illégal des produits est assez fortement décorrélée de leur nocivité physique ou psychique.

Dans la vision fréquente d'une soumission des consommateurs au champ d'action de la psychiatrie, ceux ci sont déclarés « malades » car consommant des produits illégaux et donc doivent être « soignés », contre leur volonté s'il le faut, comme cela se pratique assez souvent en psychiatrie (soins sous contrainte).

La Loi de 1970 ne protège le consommateur qu'en l'étiquetant comme malade et en requérant qu'il se prêle aux soins.

C'est dans ce sens que l'assimilation psychiatrie/addiction se révèle néfaste pour le consommateur en l'exposant à des sanctions « médicales » pour éviter, au moins en partie, les sanctions judiciaires.

Mais quand le produit cesse d'être illégal, comme c'est le cas par exemple pour le cannabis dans plusieurs pays du monde, la consommation cesse immédiatement d'être une maladie (elle peut même être thérapeutique) . Ce qui montre bien le caractère arbitraire d'une telle classification.

Si l'on se concentre sur la problématique entre affections psychiatriques (et notamment psychoses) et consommation de produit, en faisant fi des considérations juridico-ideologiques, il y a certainement du grain à moudre, au service des soins légitimes et de la réduction des Risques (RdR).

Un certain nombre de psychotropes ont été liés à un risque de psychose persistante, ce sont essentiellement l'alcool, le cannabis, les stimulants (amphétamine, cathinones, MDMA, cocaïne) et les hallucinogènes.

Mais le problème principal est que, même quand il y a une relation forte entre la consommation d'un produit et une maladie, cette relation peut être causale (le produit entraîne la maladie), anti-causale (la maladie encourage la consommation du produit) ou liée à un facteur de confusion (la consommation et le produit n'ont pas de lien de causalité directe mais leur lien est attribuable à un facteur favorisant commun). Pour notre sujet plusieurs travaux montrent que l'environnement psycho-social et probablement des facteurs génétiques peuvent être communs aux consommations de psychotropes et aux psychoses.

<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/34/6/1111/1941370>

De ce fait il est difficile d'affirmer ou infirmer le rôle causal des produits dans la survenue des psychoses. Même l'article suivant qui n'est pas très favorable au cannabis reconnaît la difficulté de décider en santé Publique.

<https://dunedinstudy.otago.ac.nz/files/1571962105189.pdf>

Finally, these conclusions raise important issues about both the public health and legal responses to cannabis use.

For example, recent changes to cannabis laws in the UK, and a review of these changes, have been informed at least in part by scientific research on the effects of cannabis use, including some of the studies cited here.

Research findings such as these are often used in a simplistic manner to support both positions for and against cannabis in legal and policy debates. However, the implications are more complex and subtle. Although the regular use of cannabis may increase risks of psychotic symptoms, most of those who use cannabis regularly do not develop psychosis and most cases of psychosis are not attributable to cannabis. Estimates of the population attributable risk suggest that the use of cannabis accounts for about 10% of cases of psychosis.

The task of deciding the harms of cannabis involves what Hall and Pacula have described as a "choice of evils" in which the rights of the majority who use cannabis without experiencing problems are balanced against the risks of a minority who may develop serious health consequences. The implications of these findings for both public health policy on cannabis, and the legal status of cannabis, are by no means straightforward or self evident. We need to develop an informed consensus on the risks posed by cannabis and the mechanisms for dealing with such risks

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/npr2.12133>

The onset of cannabis dependence was related to long-term cannabis use and the use of cannabis products with a high THC content. However, chronic psychosis was not associated with total THC intake or psychiatric vulnerability. Thus, unknown factors appear to be involved in the onset of chronic psychosis.

<https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2014-v39-n2-smq01635/1027833ar/>

Sur le sujet de la relation entre cannabis et psychose, mis à part les articles de faible niveau scientifique idéologiquement marqués, la plupart des articles semblent orienter vers les points suivants

- 1) Il existe une relation « brute » et proportionnelle entre consommation de cannabis, riche en THC, et risque de psychose. Toutefois les données actuelles ne permettent pas d'affirmer le rôle causal du cannabis. Pour la plupart des auteurs la relation est probablement complexe, peut être bidirectionnelle. Comme signalé plus haut, même pour les auteurs qui incriminent le cannabis, celui-ci concernerait au plus 10 % des schizophrènes.
- 2) la consommation précoce (souvent à 12 ans, en tous cas avant 17 ans) est un facteur de risque.
- 3) La présence d'antécédent personnel ou familial de maladie mentale est un facteur de risque.
- 4) Le caractère causal du cannabis, s'il existe, est en tous cas sensible à la composition du produit. Le CBD pourrait exercer un rôle protecteur. De ce fait, une consommation raisonnée pourrait contrôler le risque d'apparition de psychose. Cette politique de RdR serait évidemment renforcée par l'abandon de la répression au profit d'une régulation de la consommation.

Le dernier point est important car il montre que plutôt que de vouloir prouver ou nier le rôle causal du cannabis il est plus important de se concentrer sur les moyens de prévention, notamment meilleure détection et prise en charge précoce des psychoses (en général), consommation régulée orientant vers des produits plus « safe » et déconseillée aux personnes à risque, prévention du mésusage, prévention renforcée de la consommation avant 17 ans etc..

<https://www.psychiatrictimes.com/view/cannabis-psychosis-link>

<https://www.pnas.org/content/110/11/4251>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27249330/>

<https://dunedinstudy.otago.ac.nz/files/1588627345587.pdf>

<https://dunedinstudy.otago.ac.nz/files/1571961930116.pdf>

<https://dunedinstudy.otago.ac.nz/files/1571972623812.pdf>

<https://dunedinstudy.otago.ac.nz/files/1571973435249.pdf>

<https://dunedinstudy.otago.ac.nz/files/1571973821384.pdf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20813412/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7442038/>

<https://addictiondomain.com/wp-content/uploads/2018/09/Association-Between-Cannabis-and-Psychosis-Epidemiologic-Evidence-cc.pdf>

Enfin l'absence d'augmentation statistique des psychoses dans le pays occidentaux malgré une augmentation importante de la consommation de cannabis et du taux de THC plaide plutôt pour l'absence de risque épidémiologique significatif et/ou détectable. Mais l'article suivant apporte une réponse [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30086-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30086-0/fulltext)

Sur stimulants et psychose, il semble qu'une consommation importante puisse être neurotoxique. Toutefois sur des produits qui ne sont pas a priori faits pour un usage quotidien, il y a clairement une relation entre mésusage et risque.

Cocaine <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927026/>

https://en.wikipedia.org/wiki/Stimulant_psychosis

<https://www.nhs.uk/conditions/psychosis/causes/>

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40429-015-0077-4>

file:///tmp/mozilla_pascal0/Rognli-Bramness2015_Article_UnderstandingTheRelationshipBe.pdf

NPS <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6896660/pdf/fpsyt-10-00851.pdf>

MDMA

<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6166901&blobtype=pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407902/>

Là encore il semble y avoir une large place pour une RdR raisonnée .

https://www.psychoactif.org/forum/2020/10/30/Comment-pourrait-devrait-etre-regulation-des-stimulants_55485_1.html#divx

L'exemple de la Pervitine (Méthamphetamine) montre qu'une consommation de masse entraîne certes des décompensations psychiatriques mais pas dans une relation de causalité « obligatoire » .
<https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9thamph%C3%A9tamine>

Il serait évidemment intéressant de disposer de statistiques établies à la période de grande consommation en Allemagne mais je n'ai pas trouvé de tels textes.

Un exemple emblématique de la nécessité du développement de la RdR est la nécessité de laisser au moins 6 semaines entre deux consommations de MDMA. Cette précaution est bien connue des usagers et notamment des forumers de Psychoactif mais quasiment absente des textes officiels. J'ai même demandé à un site semi-officiel de le signaler dans sa notice sur le produit. Mais ils m'ont répondu que ce n'était pas « officiel » et d'autre part qu'il y avait un risque que cette recommandation favorise la consommation !

L'article cité plus haut sur la régulation des stimulants propose par exemple que la consommation soit orientée plutôt vers des formes plus « safe » . Par exemple pour la cocaïne favoriser le sniff aux dépens de l'IV et du crack. Mais si cette forme est choisie par l'utilisateur intensifier l'offre (facultative) de soutien et prise en charge. Il existe dans quelques pays d'Amérique Latine des produits cocaïne « soft » imitant le mâchage des feuilles de coca (chewing gum) .

Hallucinogènes et Psychoses

Les hallucinogènes peuvent avoir un effet thérapeutique, notamment sur la dépression mais aussi des effets négatifs.

LSD

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6578530/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6870484/>

DMT

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28540034/>

Psylocybine

https://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=Psilocybe,_effets,_risques,_t%C3%A9moignages

Là encore un remplacement de la répression par une régulation permettrait une RdR raisonnée. Notamment la possibilité de consulter des professionnels formés permettrait de dépister les contre indications formelles (antécédents de maladie mentale personnel ou familial notamment) et d'orienter vers une prise en charge positive pour les indications thérapeutiques qui sont le plus souvent, voire toujours, liées à une action conjointe produit/accompagnement spécialisé.

Alcool

Le lien entre alcool (excessif) et psychose est quasiment du domaine public et nous ne développerons pas. Mais là encore la RdR avec une modération de la consommation, prise de vitamine B1, prévention des accidents etc.. est pertinente mais encore insuffisamment pratiquée.

Au total, je voudrais apporter 2 propositions

1) La très grande majorité des consommateurs de psychotropes, légaux comme illégaux, ne sont pas des malades mentaux et ne devraient pas relever de la psychiatrie.

<https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/97270/1/NEJMra1602872.pdf>

2) Toutefois le mésusage de certains produits peut entraîner des conséquences psychiatriques graves. Ce qui signifie que les actions de RdR visant à prévenir le mésusage ont un important potentiel préventif. Mais autant pour les opiacés la reconnaissance de la RdR a fourni des outils techniques et juridiques permettant une prise en charge adaptée, autant pour le moment ces outils manquent avec les autres produits et notamment les stimulants, les hallucinogènes et le cannabis. Le contrôle des produits, l'information, et de nombreux autres interventions sont connues mais largement indisponibles pour raison de répression.

Les approches psychosociales sont aussi importantes. L'article suivant montre qu'un programme de logement des sans abris (housing first) est plus efficace sur la consommation de cocaïne que les programmes dits « thérapeutiques ».

https://www.gpdpd.org/fileadmin/media/mainline_report_complete.pdf

Le problème de la perception de la causalité par l'utilisateur, la famille et le grand public.

En fait les éléments scientifiques apportés plus haut permettent de préciser et en partie relativiser le risque de psychose associé à la consommation, à destination des personnes « informées ».

Mais en pratique on rencontre en consultation mais aussi largement sur le forum Psychoactif.org des personnes qui accusent clairement leur consommation .

« J'ai commencé le cannabis, j'étais de plus en plus glauque mais stupidement j'ai continué. Jusqu'à l'hospitalisation en psychiatrie pour crise de délire ».

Il est évidemment possible que ce soit lié au produit et souvent on peut mettre en évidence un mésusage, qui aurait pu être sensible à des actions de RdR.

Mais souvent on trouve aussi une vulnérabilité , voire une pathologie, qui explique en partie l'expérimentation du produit et surtout la sensibilité au mésusage et à l'addiction.

Mais pour l'utilisateur et surtout pour son entourage il est beaucoup plus confortable et moins stigmatisant d'incriminer un produit « externe » qu'une faille « interne ». Donc le produit est accusé de tous les maux, et les facteurs psychologiques d'usage problématique, mésusage et addiction négligés, voire fortement niés.

Toutefois ceci ne va pas forcément de soi. En effet si la maladie mentale et l'addiction sont tous deux facteurs de stigmatisation, elle l'est généralement plus pour l'addiction car elle est perçue comme « de la faute du sujet ». Or, selon le « bon sens » la culpabilité est plus grande quand la faute est « volontaire ».

<https://www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Stigmatisation-et-discrimination-en-matiere-de-sante-mentale/index.php?m=article&ID=8916>

<https://en.wikipedia.org/wiki/Culpability>

A person is culpable if they cause a negative event and

(1) the act was intentional;

(2) the act and its consequences could have been controlled (i.e., the agent knew the likely consequences, the agent was not coerced, and the agent overcame hurdles to make the event happen); and

(3) the person provided no excuse or justification for the actions.[2]

Sur le plan scientifique on pourrait répondre que l'utilisateur a en effet choisi de consommer mais pas de devenir plus tard addict, d'utiliser le produit de manière dangereuse ou de subir les effets secondaires . Mais cet argument risque peu de porter.

Il est plus probable que la présence d'un élément externe, génétique ou toxique, est plus facile à accepter qu'une erreur humaine éventuelle. Dans la schizophrénie on est ainsi passé, à juste titre, de la faute des mères à la faute des gènes.

https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/M_Floyd-Pickard_Changing_2004.pdf

Cette obsession du « produit », et du produit seul, pourrait être sans conséquences, si c'était un simple problème de perception mais elle ne l'est pas parce qu'elle conditionne l'efficacité de la prise en charge.

On a vu (on voit moins) des familles recourir à la contrainte pour obliger l'utilisateur à « arrêter cette merde », y arriver (parfois) et constater que l'arrêt du produit mène rarement à la « guérison » mais est substitué par l'alcool quand ce n'est pas par le suicide ou d'autres pathologies.

Les mécanismes expliquant les échecs de l'abstinence forcée ont été étudiés chez le rat

<https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.qwant.com/&httpsredir=1&article=1739&context=psychfacpub>

<https://www.scilit.net/article/983526e944256ceb4eb3149ccf004f01>

Et peuvent même concerner l'addiction au jeu.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6426371/>

C'est pourquoi, si on veut amener la personne à une prise en charge efficace, il faut informer en profondeur, et souvent relativiser le rôle du produit par rapport aux déterminants psychologiques, environnementaux, génétiques de l'addiction d'une part et de la pathologie psychiatrique d'autre part, et encourager une prise en charge qui invoque tous ces facteurs, sans idéologie et sans culpabilisation.

C'est ce que nous essayons de faire à Psychoactif lorsque nous sommes confrontés à cette problématique.