

ADDICTIONS ET COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

QUELLES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Dr Maryse Lapeyre-Mestre
MCU-PH Pharmacologie Clinique
Centre d'Évaluation et
d'Information sur la
Pharmacodépendance
UMR Inserm 1027, HOPES et
NEUROTOUL,
CHU et Université de Toulouse

ADDICTION ET PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES : QUELLE(S) RELATION(S)?

L'addiction et les conduites addictives sont des affections psychiatriques en soi

Les addictions avec produit sont fréquemment associées :

- À des affections somatiques :
 - Infections à VIH, hépatites, cancers, maladies cardiovasculaires
 - Ces comorbidités sont généralement des complications au long cours de la consommation excessive des produits addictifs
 - Effet direct des substances
 - Effet indirect du au comportement
 - Ces comorbidités peuvent aussi constituer un terrain favorable au développement d'une addiction
- À des affections psychiatriques
 - Troubles de l'humeur : troubles bipolaires, dépression récurrente, dysthymie
 - Troubles anxieux : Trouble Phobique, Trouble Anxieux Généralisé, agoraphobie, phobie sociale...

ADDICTION ET PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES : QUELLE(S) RELATION(S)?

Les addictions avec produit sont aussi associées aux troubles de la personnalité

- Personnalités dépendantes, borderline,...

Certains troubles mentaux sont reconnus comme facteurs de risque pour l'apparition ultérieure d'addiction

Littérature : comorbidités, double diagnostic, trouble co-occurent ...



COMORBIDITÉ : DÉFINITION

Comorbidité : 2 affections ou maladies apparaissent chez une même personne, simultanément ou séquentiellement

L'association de 2 troubles (psychiques ou physiques) est plus fréquente que ne le voudrait le hasard

La comorbidité implique aussi des interactions entre les pathologies, affectant leur évolution, leur pronostic, ou les deux (*NIDA 2010*)

DÉFINITIONS, SUITE

Double diagnostic : « co-occurrence, chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un trouble psychiatriques » selon la définition proposée par l'OMS en 1995

Troubles co-occurents (TCO): « coexistence d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'un ou plusieurs troubles liés à l'utilisation de substances », définition privilégiée aux USA (SAMHSA 2005)

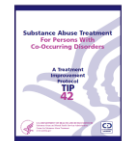
TCO : le diagnostic de chaque trouble doit pouvoir être porté de façon indépendante l'un de l'autre, selon le DSM, et ne pas résulter d'un cluster de symptômes de l'autre trouble

Quick Guide

For Clinicians

Based on TIP 42
Substance Abuse Treatment
For Persons With

Co-Occurring
Disorders



ADDICTION

Nom féminin (mot anglais) :

- État de dépendance vis-à-vis d'une drogue (Dictionnaire Larousse)

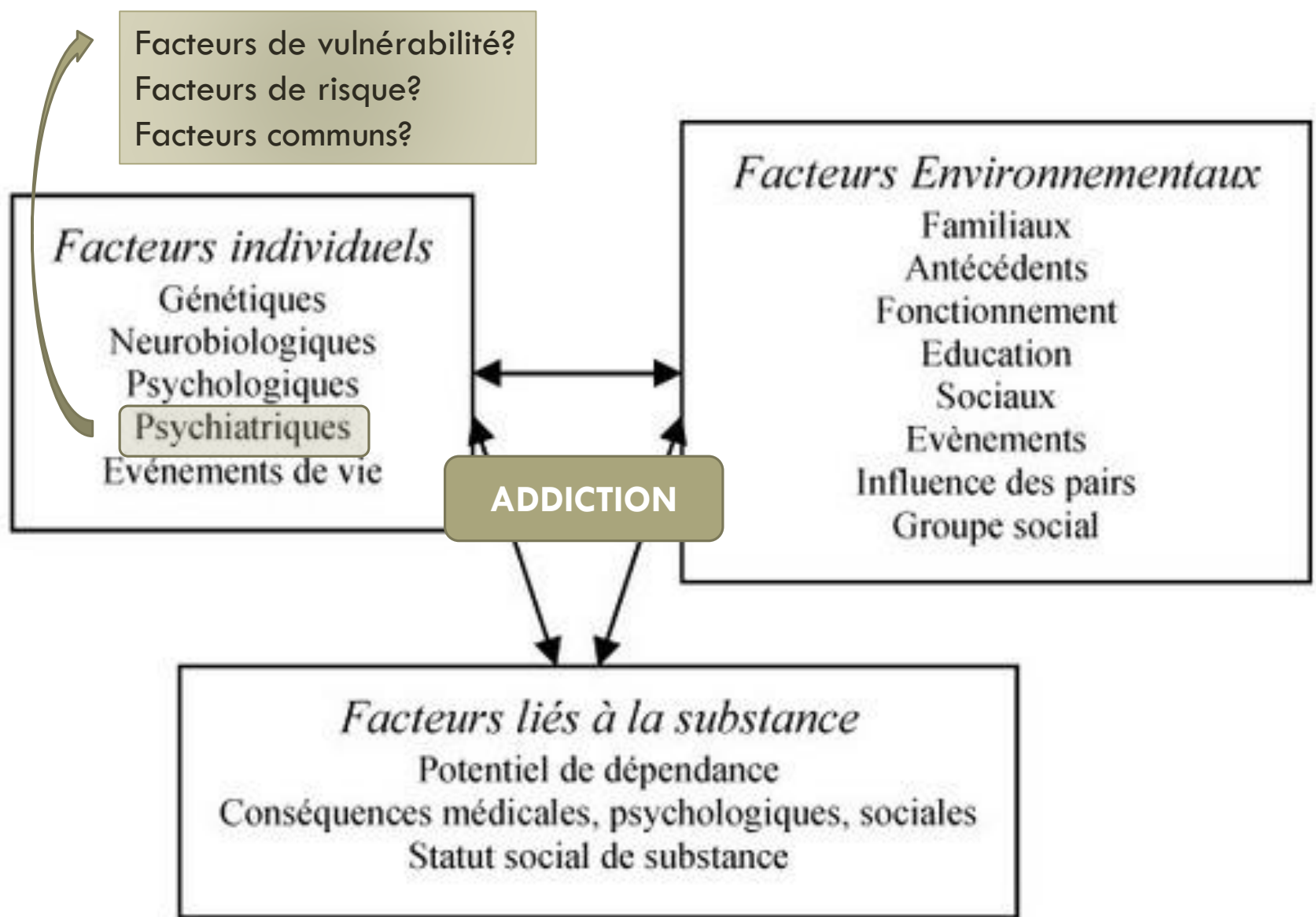
Du latin ad dicere - ad dictus « dit à »

- Expression juridique utilisée sous l'Empire romain et au Moyen Âge
- Mise à disposition contrainte, mise en esclavage ou en servage, de la personne endettée insolvable envers son créancier

Définitions et explications nombreuses (biologie, psychologie, sociologie, psychopathologie, psychanalyse, psychiatrie, etc...), mais :

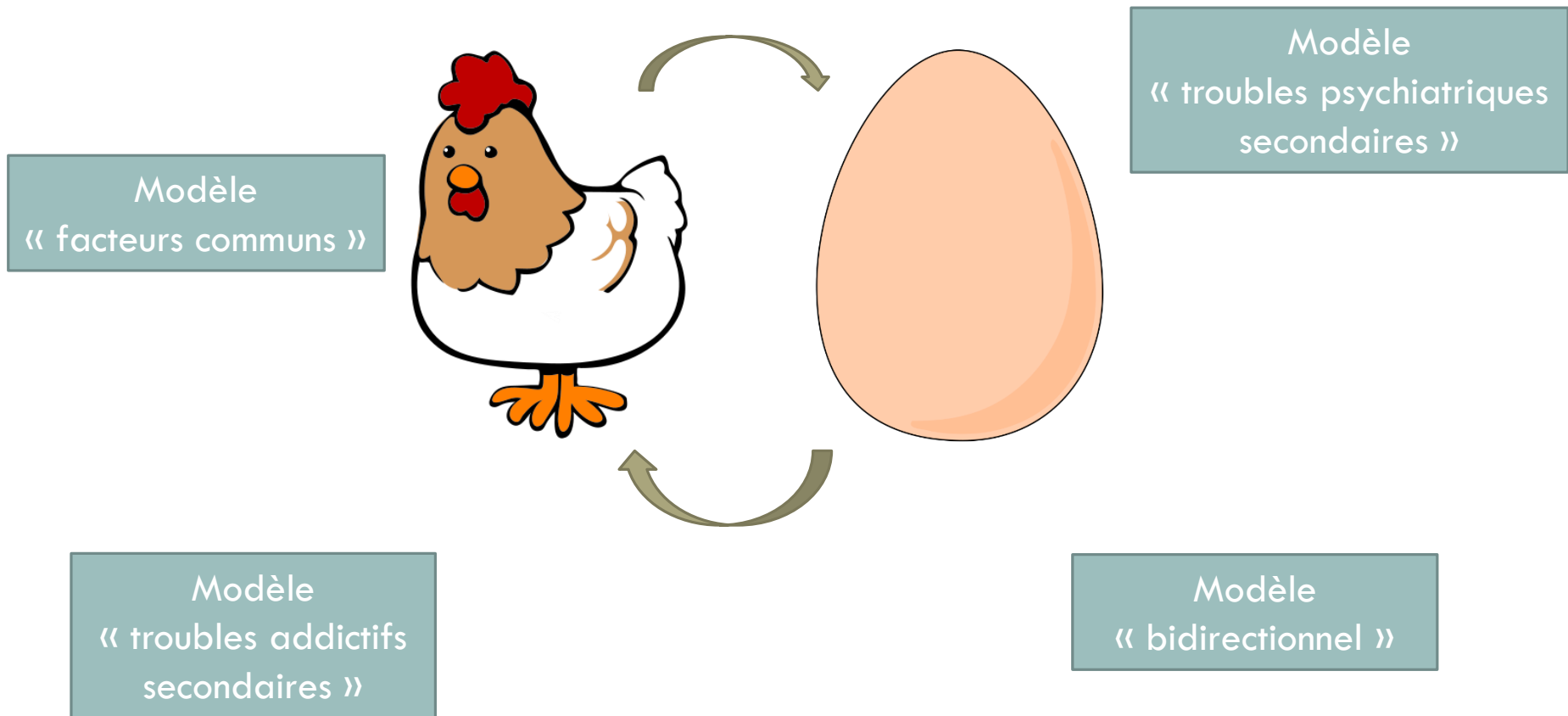
Se caractérise par :

- Impossibilité répétée de contrôler un comportement
- Poursuite du comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives
- Comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne (automédication)



D'après A Goodman 1990

INTER-RELATIONS



MODÈLE ÉTIOLOGIQUE

Les troubles mentaux induisent une addiction :

- Par automédication du trouble psychiatrique sous jacent
- Comportement à risque , désinhibition, impulsivité... conduit à une exposition accrue aux substances d'abus

Les troubles addictifs induisent ou prolongent des symptômes/troubles psychiatriques

- Cannabis et psychose, alcool et dépression

Des facteurs de vulnérabilité, de risque communs favorisent l'apparition de plusieurs troubles :

- Facteurs neurobiologiques, génétiques
- Environnementaux (PTSD, exposition précoce,...)

Le modèle bidirectionnel s'appuie sur des facteurs communs, mais la cooccurrence de troubles psychiatriques et addictifs auto-entretient l'évolution des différents troubles

SOURCES DE DONNÉES

Où?

Quand?

Comment?

SOURCES D'INFORMATION

Enquêtes en population générale
Enquêtes en population spécifique
Données de recours aux soins

France-Europe

Très peu de données, et peu de données actualisées

Paucité des études en santé mentale en population générale française

- Déclaratives (entretiens structurés, CAPI)
- ESEMeD : population adulte (anxio, hypno, antipsychotiques, antidépresseurs)
 - 6 pays européens 2001-2003
- Etude d'Ohayon
 - 4 pays européens (France, UK, Allemagne, Italie) (entre 1993 et 1997)
- Etudes Population Santé Mentale
 - Prévalence vie entière-12 mois, dernier mois (semaines, 24h)
- ESPAD, HBSC: population enfants-adolescents

Pas d'étude explorant les troubles co-occurrents

Ailleurs

Principalement littérature Nord Américaine (USA)

Priorité de santé publique nationale avec enquêtes répétées (depuis plusieurs décennies)

- Epidemiological Catchment Area (ECA), 1980-1984 : 20291 sujets, DSM-III
- National Comorbidity Survey (NCS), 1990-1992: 8091 sujets , DSM-III
- National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC): étude longitudinale : 2001-2002; 2004-2005; 43093 sujets

RAPPORT OEDT 2013

TABLE A1

Summary of the most recent data reported to the EMCDDA on the co-morbidity of drug use and mental health problems in EU Member States and Norway

Country	Prevalence of psychiatric co-morbidity (year of data collection)	Reference population	Type of disorder/notes
Austria	51 % (2010)	Drug users in treatment	n.a.
Belgium	54 % (2010)	Drug users in treatment	Type of disorder – n.a. 41 % moderate; 13 % severe
Bulgaria	2–10 % (2008)	Drug users in treatment from different types of facilities	n.a.
Croatia	21 % (2010)	Drug users in treatment	Mainly opioid users: 86 % of whom have a co-morbid disorder Personality disorders, 20 % Behavioural disorders, 23 % Schizophrenia, 16 %
Cyprus	5–43 % (2009)	Drug users in treatment	Depression Difficulties in concentration Stress
Czech Republic	7 % (2001–05)	Methamphetamine users admitted to hospitals	Psychotic disorder
Denmark	11–29 % (2002)	Psychiatric patients	Schizophrenia Affective disorders Stress-related disorders Personality disorders
Estonia	25 %	Prisoners	n.a.
Finland	>50 % (2010)	Drug users in treatment (especially misusers of buprenorphine)	Depression
France	55 % (2009)	Prisoners (incoming inmates)	Anxiety Depression
Germany	28–52 % (2010)	Psychiatric patients	Anxiety disorders, 23 % Affective disorders, 19 % Somatoform disorders, 9 % Attention deficit hyperactivity disorders, 9 %

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ANCIENNES

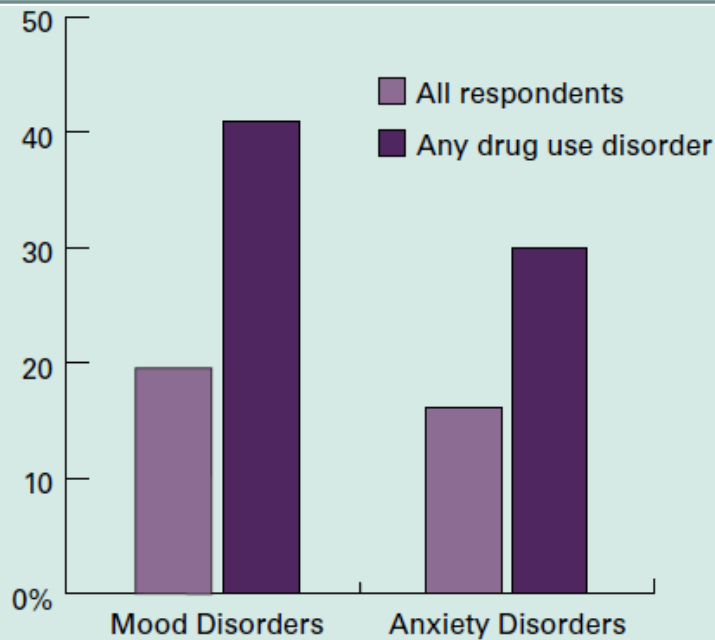
Taux élevé de trouble psychiatrique associé chez les sujets présentant une addiction (DSM-III, prévalence vie entière, abus ou pharmacodépendance)

38% dans étude ECA, jusqu'à 55% dans l'étude NCS

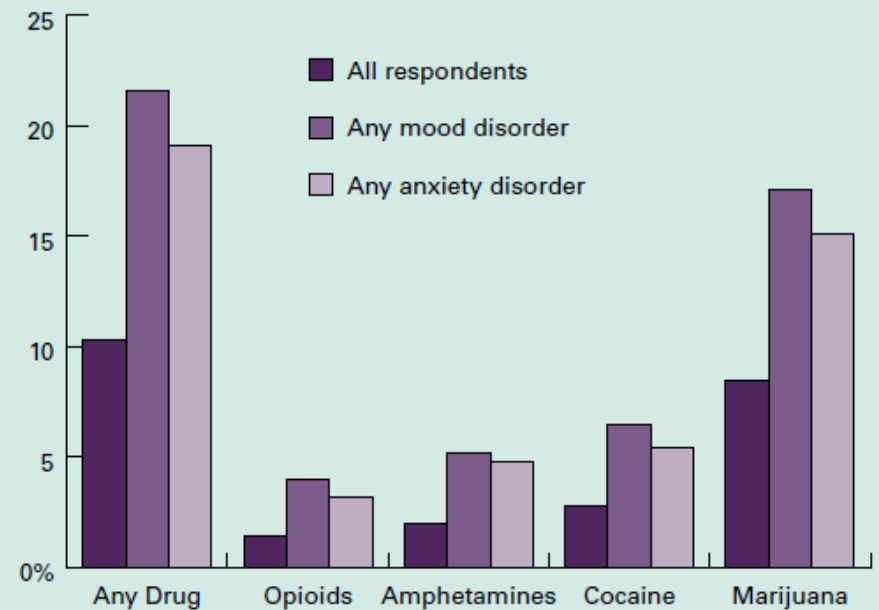
- Troubles psychiatriques les plus fréquents :
 - Personnalité antisociale 84%
 - Trouble bipolaire de type I 61%
 - Episodes dépressifs majeurs 24%
 - Schizophrénies ou autres psychoses 46%
 - Troubles anxieux 24%
- Association statistiquement significative
 - Entre sévérité du trouble psychiatrique et addiction (Trouble bipolaire I OR 7,1 ; dépression OR 1,9)
 - Entre sévérité de l'addiction et trouble psychiatrique (Dépendance OR 6,3; Abus substances illicites OR 5,1)

DONNÉES NESARC (2001-2002 \Rightarrow 2004-2005)

Troubles Anxieux ou de l'Humeur selon la présence d'addiction



Addiction selon la présence de Troubles Anxieux ou de l'Humeur



RELATION PTSD, TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET ADDICTIFS

Table 2
Prevalence and Adjusted Odds Ratios (AOR) of Lifetime DSM-5 of PTSD and other Psychiatric Disorders.

Comorbid disorder	Prevalence % (SE)		OR (95% CI) controlling ^a for sociodemographic characteristics	OR (95% CI) controlling ^b for sociodemographic characteristics and other psychiatric disorders
	With PTSD	Without PTSD % (SE)		
Alcohol use disorder	54.51 (4.41)	33.16 (1.26)	2.13 (1.47, 3.09)	0.70 (0.31, 1.61)
Drug use disorder	27.22 (3.77)	8.32 (0.68)	3.09 (1.96, 4.86)	2.44 (0.86, 6.90)
Nicotine use disorder	56.91 (3.41)	34.84 (1.27)	3.39 (1.78, 6.48)	1.59 (0.72, 3.51)
Any mood disorder	61.72 (4.09)	15.87 (0.82)	9.69 (4.61, 20.38)	3.67 (1.23, 10.91)
Any anxiety disorder	48.84 (3.66)	11.32 (0.85)	9.55 (5.14, 17.74)	3.48 (1.64, 7.35)
Any personality disorder	59.78 (4.45)	13.84 (0.87)	11.08 (5.71, 21.52)	4.45 (2.28, 8.70)

Note: Bolded figures are significant, $p < 0.05$.

^a Models adjusted for sex, age category, education, race-ethnicity, marital status, family income, region, and urbanicity.

^b Models adjusted for all sociodemographic characteristics (listed above) and all of the following with the exception of the comorbid disorder: alcohol use disorder, drug use disorder, nicotine use disorder, any mood disorder, any anxiety disorder, and any personality disorder.

Smith SM, Goldstein RB, Grant BF. The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *J Psychiatr Res.* 2016;82:16-22.

USAGERS PROBLÉMATIQUES D'OPIOÏDES ANALGÉSIIQUES

Troubles psychiatriques préexistants associés à l'addiction aux analgésiques opioïdes

Table 2

The unadjusted and adjusted relative hazard ratios of nonmedical opioid use and opioid dependence resulting from nonmedical opioid use among users by presence of preexisting psychiatric disorders. Results from Cox proportional hazard models with time-dependent covariates, NESARC, 2001–2002.

	Nonmedical opioid use		Opioid dependence resulting from nonmedical opioid use	
	Unadjusted hazard ratio (95% CI)	Adjusted hazard ratio ^a (95% CI)	Unadjusted hazard ratio (95% CI)	Adjusted hazard ratio ^a (95% CI)
Mood disorders				
Present	4.3 (3.7, 5.0)*	2.9 (2.5, 3.4)*	9.2 (5.6, 15.0)*	5.7 (3.4, 9.5)*
Major depression				
Present	4.2 (3.6, 4.9)*	2.8 (2.4, 3.4)*	7.4 (4.6, 12.1)*	4.6 (2.8, 7.6)*
Bipolar I disorder				
Present	5.2 (4.1, 6.7)*	3.1 (2.4, 4.0)*	19.0 (11.0, 32.8)*	9.7 (5.4, 17.3)*
Anxiety disorders				
Present	2.6 (2.2, 2.9)*	2.2 (1.9, 2.6)*	7.4 (4.6, 11.9)*	6.0 (3.7, 9.7)*
Panic disorder (with/without agoraphobia)				
Present	3.6 (2.7, 4.8)*	2.6 (1.9, 3.4)*	12.1 (6.1, 23.7)*	6.9(3.3, 14.2)*
Generalized anxiety disorder				
Present	3.4 (2.4, 4.6)*	2.2 (1.6, 3.1)*	17.8 (8.2, 38.3)*	10.8 (4.9, 23.7)*

^a Adjusted for sex, age, race, income, education and employment status.

* $p < 0.001$.

USAGERS PROBLÉMATIQUES D'OPIOÏDES ANALGÉSQUES

Addiction préexistante aux analgésiques opioïdes associée aux troubles psychiatriques

Table 3

The unadjusted and adjusted relative hazard ratios of psychiatric disorders by presence of preexisting nonmedical opioid use and opioid dependence resulting from nonmedical opioid use. Results from Cox proportional hazard models with time-dependent covariates, NESARC, 2001–2002.

	Nonmedical opioid use		Opioid dependence resulting from nonmedical opioid use	
	Unadjusted hazard ratio (95% CI)	Adjusted hazard ratio ^a (95% CI)	Unadjusted hazard ratio (95% CI)	Adjusted hazard ratio ^b (95% CI)
Opioid use/dependence preceding mood disorders				
Present	3.8 (3.4, 4.3)**	3.2 (2.9, 3.7)**	5.5 (3.3, 9.2)**	4.9 (3.0, 7.9)**
Opioid use/dependence preceding major depression				
Present	3.6 (3.2, 4.1)**	3.1 (2.7, 3.5)**	5.9 (3.5, 9.7)**	5.2 (3.2, 8.2)**
Opioid use/dependence preceding bipolar I disorder				
Present	4.7 (3.5, 6.3)**	3.6 (2.6, 4.9)**	6.8 (2.1, 22.6)**	5.0 (1.5, 16.4)*
Opioid use/dependence preceding anxiety disorders				
Present	2.9 (2.4, 3.4)**	2.8 (2.4, 3.4)**	6.4 (3.3, 12.4)**	6.1 (3.1, 12.2)**
Opioid use/dependence preceding panic disorder (with/without agoraphobia)				
Present	4.1 (3.4, 5.0)**	3.6 (2.9, 4.4)**	11.0 (6.4, 19.0)**	8.5 (4.5, 16.0)**
Opioid use/dependence preceding generalized anxiety disorder				
Present	3.3 (2.6, 4.2)**	2.8 (2.2, 3.6)**	4.7 (2.1, 10.5)**	4.1 (1.9, 9.0)**

^a Adjusted for sex, age, race, income, education, employment status and other drug use (time-varying covariate).

^b Adjusted for sex, age, race, income, education, employment status and alcohol and/or other illegal drug dependence (time-varying covariate).

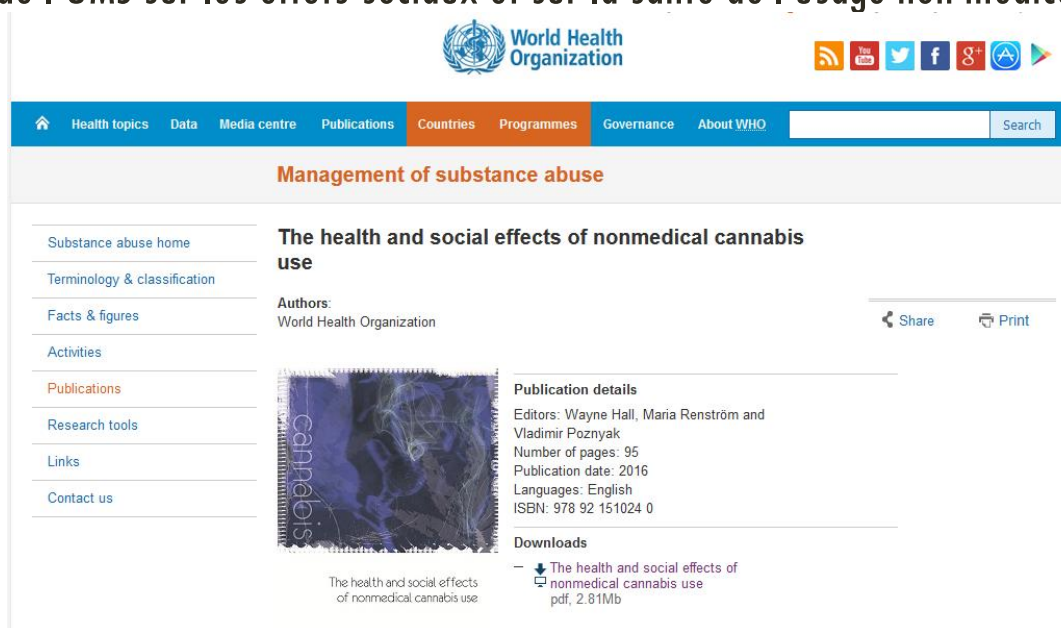
USAGE DE CANNABIS ET SANTÉ (MENTALE)

Relation santé mentale consommation de cannabis en question depuis XIX^{ème} siècle

Moreau (1845) : auto-expérimentation des effets du cannabis, manifestations physiques et psychiques

Expertise collective de l'INSERM (2001) mise à jour en 2004

Rapport de l'OMS sur les effets sociaux et sur la santé de l'usage non médical de cannabis (2016)



The screenshot displays the WHO website interface. At the top, the WHO logo and name are visible, along with social media icons for RSS, YouTube, Twitter, Facebook, Google+, and LinkedIn. A navigation bar includes links for Health topics, Data, Media centre, Publications, Countries, Programmes, Governance, and About WHO, with a search box on the right. The main content area is titled 'Management of substance abuse' and features a sidebar with links to Substance abuse home, Terminology & classification, Facts & figures, Activities, Publications (highlighted), Research tools, Links, and Contact us. The main content area displays the title 'The health and social effects of nonmedical cannabis use' by the World Health Organization. It includes a 'Share' and 'Print' button, a 'Publication details' section listing editors (Wayne Hall, Maria Renström, and Vladimir Poznyak), page count (95), publication date (2016), language (English), and ISBN (978 92 151024 0). A 'Downloads' section shows a PDF file titled 'The health and social effects of nonmedical cannabis use.pdf' (2.81Mb).

VULNÉRABILITÉ ET ABUS DE CANNABIS

Troubles psychologiques et mentaux en pré-adolescence

Troubles psychiatriques :

- Troubles de l'humeur (4 à 20% d'utilisateurs)
- Troubles bipolaires (13 à 64%)
- Conduites suicidaires (16 à 32%)

Vulnérabilité commune Schizophrénie/ abus de Cannabis : Poule et Œuf?

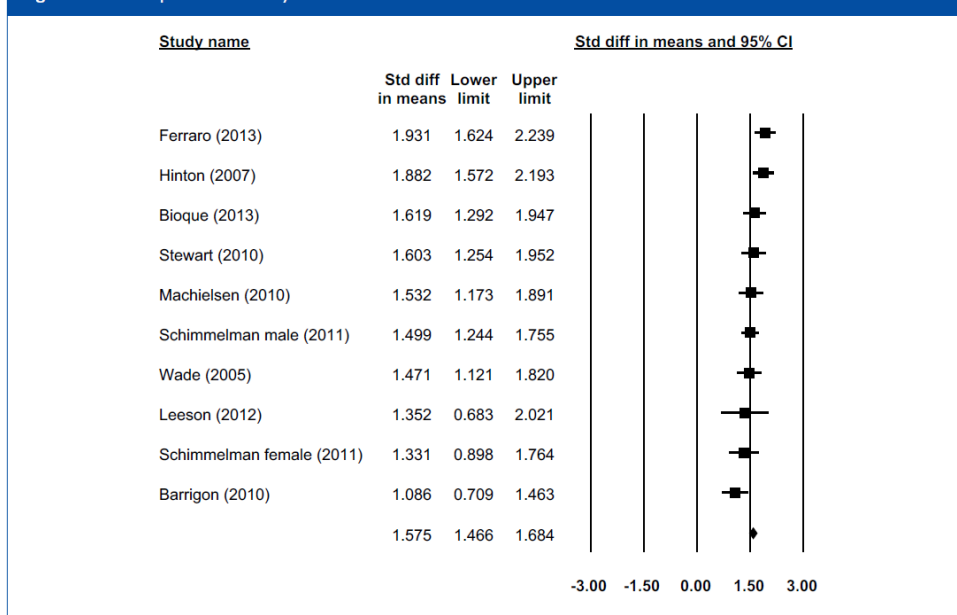
- Auto-traitement des premiers symptômes
- Développement d'un trouble schizophrénique secondaire

Dysfonctionnement du système endo-cannabinoïde

Plusieurs études épidémiologiques

RELATION ENTRE CANNABIS ET PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

Figure 2. Forrest plot of meta-analysis of initiation.



Méta-analyse :

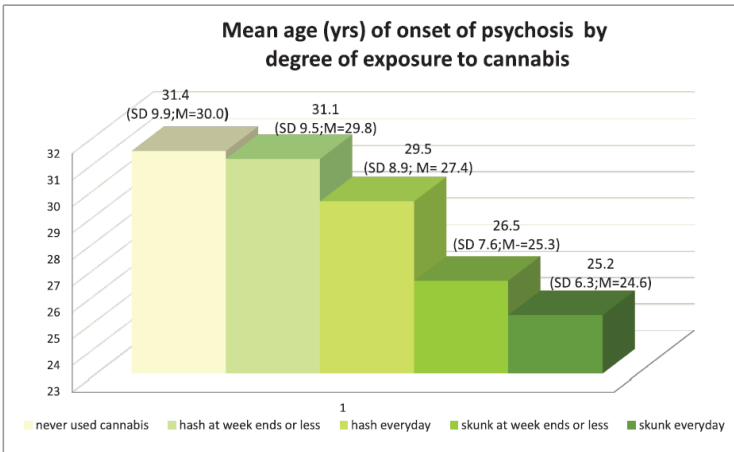
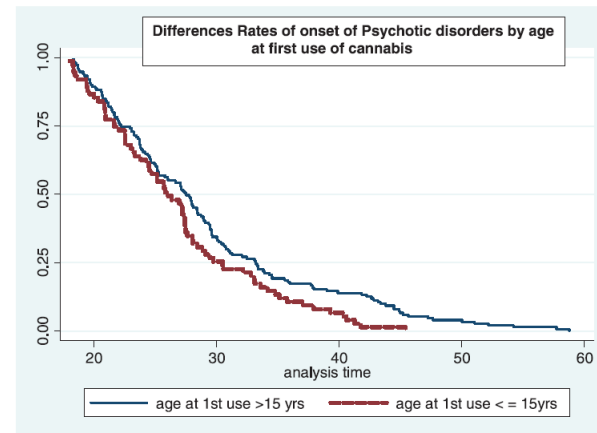
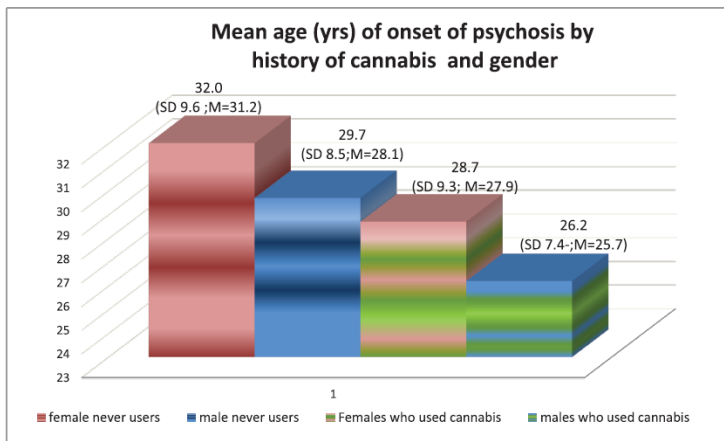
Délai initiation cannabis-1^o
épisode: 6,3 ans (10 études)

Prévalence d'usage concomitant
au 1^o épisode : 33.7% (95% IC
[29%, 38%]) (35 études)

Persistance de l'usage après le
1^o épisode : Odds Ratio : 0.56
(95% IC [0.40, 0.79])

D'après Myles et al 2016

USAGE DE CANNABIS ET AGE DE DÉBUT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES



Premier épisode 6 ans plus tôt par rapport aux sujets non consommateurs

Facteurs associés à un début précoce:

- Cannabis avant 15 ans
- Cannabis « fort » (Skunk versus Hasch)
- Usage quotidien

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ENVISAGEANT LE LIEN CAUSAL

Cohorte de conscrits suédois:
50 053 sujets (18-21 ans en
1969), suivi réalisé en 1996

Incidence schizophrénie :
0,71% (IC 95% [0,65-0,80])

- 10,8% utilisateurs de cannabis en 1969
- Odds Ratio ajusté : 1,5 [1,1-2,0]
- Relation « dose-effet », même si peu de cas

D'après Zammit 2002; actualisation des premières données publiées par Adreasson en 1987

Table 2 Crude and adjusted odds ratios with 95% confidence intervals for developing schizophrenia any time after conscription in subjects who have ever used cannabis

Drug use	No of subjects	No (%) of subjects developing schizophrenia	Odds ratio (95% CI)	
			Crude	Adjusted*
Cannabis ever†	5391	73 (1.4)	2.2 (1.7 to 2.8)	1.5 (1.1 to 2.0)
Frequency of use of cannabis (ever):				
None	36 429	215 (0.6)	1.0†	1.0†
Once	608	2 (0.3)	0.6 (0.1 to 2.2)	0.6 (0.1 to 2.3)
2-4 times	1380	8 (0.6)	1.0 (0.5 to 2.0)	0.9 (0.4 to 1.9)
5-10 times	806	9 (1.1)	1.9 (1.0 to 3.7)	1.4 (0.7 to 2.8)
11-50 times	689	13 (1.9)	3.2 (1.8 to 5.7)	2.2 (1.2 to 4.0)
>50 times	731	28 (3.8)	6.7 (4.5 to 10.0)	3.1 (1.7 to 5.5)
Linear trend for frequency of use	—	—	1.4 (1.3 to 1.5)	1.2 (1.1 to 1.4)

*Adjusted for diagnosis at conscription to IQ score to poor social integration to disturbed behaviour to cigarette smoking to and place of upbringing.

†No drug use as baseline comparison.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ENVISAGEANT LE LIEN CAUSAL

Cohorte de 1057 personnes nées en 1972-73 (Dunedin): analyse sur 759 sujets

Suivi à 11, 15, 18 et 26 ans après inclusion: usage de substances, troubles psychiques, symptômes psychotiques

Association between cannabis use in adolescence and schizophrenia and depressive symptoms and disorders at age 26 (n=759), controlling for childhood psychotic symptoms and use of other drugs in adolescence

Model*	Predictor	Schizophrenia outcomes				Depression outcomes			
		Schizophrenia symptoms (scores 0-58)		Schizophreniform disorder (n=25; 3.3%)		Depressive symptoms (scores 0-54)		Depressive disorder (n=118; 15.6%)	
		B β (SE)	P value	Odds ratio (95% CI)	P value	B β (SE)	P value	Odds ratio (95% CI)	P value
1†	Cannabis users by age 15	6.91 (0.91)	0.001	4.50 (1.11 to 18.21)	0.035	0.25 (1.93)	0.897	1.02 (0.34 to 3.04)	0.971
	Cannabis users by age 18	1.04 (0.40)	0.009	1.65 (0.65 to 4.18)	0.293	1.96 (0.84)	0.018	1.62 (1.06 to 2.49)	0.028
2‡	Weak psychotic symptoms at age 11	0.68 (0.53)	0.201	4.65 (1.84 to 11.78)	0.001	1.60 (1.13)	0.159	1.45 (0.82 to 2.56)	0.203
	Strong psychotic symptoms at age 11	5.16 (1.39)	0.001	15.97 (3.38 to 75.47)	0.001	-0.55 (2.96)	0.852	0.54 (0.07 to 4.25)	0.554
	Cannabis users by age 15	6.56 (0.91)	0.001	3.12 (0.73 to 13.29)	0.124	0.13 (1.94)	0.946	1.01 (0.34 to 3.02)	0.987
	Cannabis users by age 18	1.03 (0.39)	0.009	1.42 (0.54 to 3.74)	0.473	1.96 (0.84)	0.020	1.61 (1.05 to 2.47)	0.031
3§	Other drug users at age 15 to 18	-0.3 (0.69)	0.615	0.30 (0.05 to 1.62)	0.160	2.48 (1.45)	0.086	1.23 (0.55 to 2.32)	0.743
	Cannabis users by age 15	7.2 (1.07)	0.001	11.38 (1.84 to 70.45)	0.009	-1.75 (2.26)	0.438	0.93 (0.27 to 3.17)	0.905
	Cannabis users by age 18	1.1 (0.42)	0.008	1.95 (0.76 to 5.01)	0.167	1.55 (0.88)	0.078	1.59 (1.01 to 2.49)	0.043

Éviter l'usage de cannabis chez adolescents vulnérables



DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ENVISAGEANT LE LIEN CAUSAL

Cohorte bavaroise prospective inclusion en 1995 (sujets âgés de 14 à 24 ans), suivis jusqu' en 1999

- 2437 sujets indemnes de troubles psychiatriques;
- 13,1% utilisateurs de cannabis à l'inclusion

Au cours du suivi :

- 17,4% au moins 1 symptôme psychotique,
- 7,9% 2 symptômes

Risque relatif de présenter au moins 1 symptôme

- 1,79 (95% IC [1,36-2,36]) (après ajustement : 1,53)
- Relation dose-effet
- Différence de risque 25% si troubles préexistants

Table 3 Associations between frequency of cannabis use at baseline and any psychotic symptoms. Figures are odds ratios (95% confidence intervals)

Cumulative frequency of cannabis use	Unadjusted	Adjusted*
None†	1	1
<1/month	1.01 (0.55 to 1.86)	0.99 (0.53 to 1.84)
3-4 times/month	1.56 (0.91 to 2.68)	1.50 (0.86 to 2.62)
1-2 times/week	2.28 (1.28 to 4.09)	1.95 (1.07 to 3.55)
3-4 times/week	3.07 (1.49 to 6.31)	2.44 (1.16 to 5.13)
Almost daily	2.57 (1.52 to 4.34)	2.23 (1.30 to 3.84)
Linear trend‡	1.24 (1.15 to 1.35)	1.20 (1.10 to 1.31)

*Adjusted for age, sex, socioeconomic, urbanicity, childhood trauma, and predisposition for psychosis at baseline.

†Reference category.

‡Increase in risk with one unit change in cannabis frequency.

SYNTHÈSE DE CES DONNÉES : MÉTA-ANALYSE (MOORE 2007)

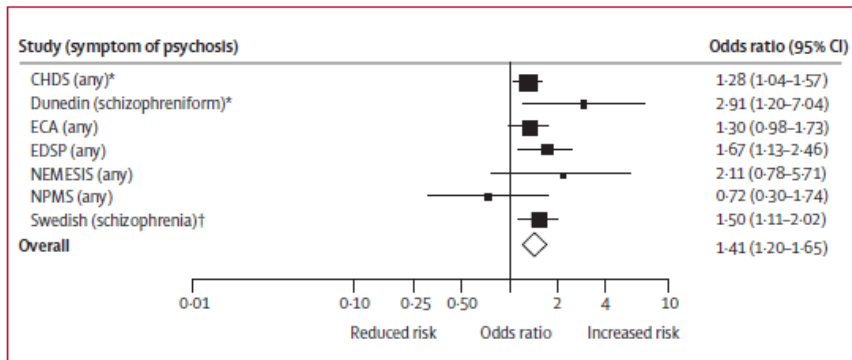


Figure 1: Forest plot showing adjusted odds ratios and 95% CI for any psychosis outcome according to ever use of cannabis in individual studies

Exposure was ever use of cannabis in all studies except for the NPMS, in which the measure was ever use over the past 1 year only. *Additional data were provided by investigators in these studies.^{33,34} †Results were unaltered when the 4% of cases with simplex schizophrenia were omitted.

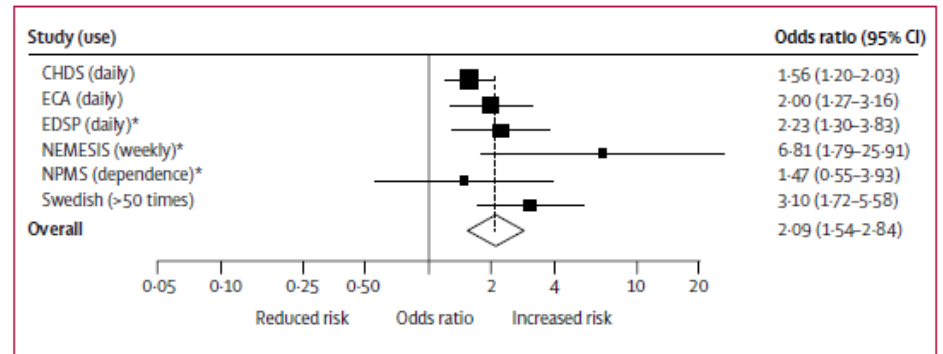


Figure 2: Forest plot showing adjusted odds ratios and 95% CI for any psychosis outcome according to most frequent use of cannabis in individual studies

*Results were not adjusted for other drug use.

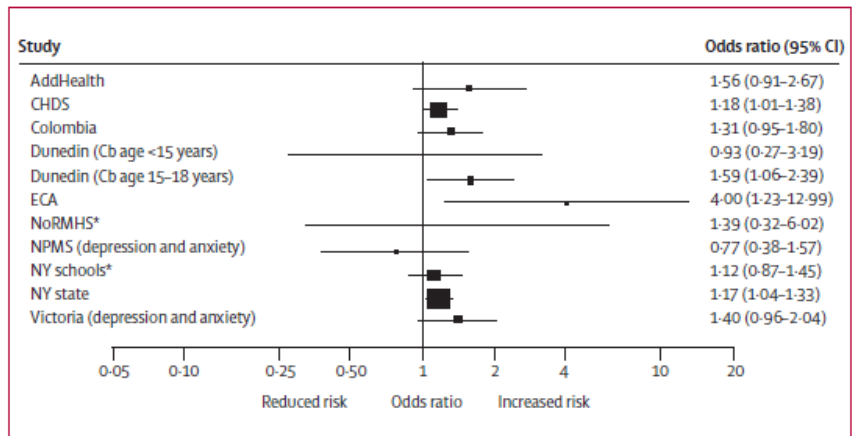


Figure 3: Forest plot showing adjusted odds ratios and 95% CI for any depression outcome according to cannabis exposure in individual studies

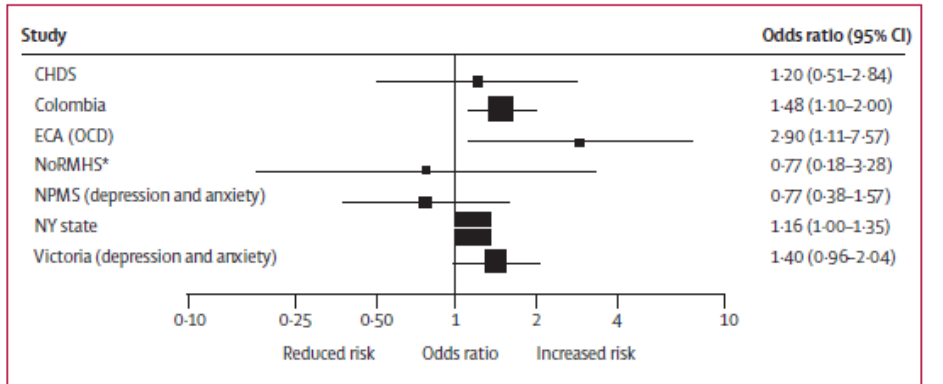


Figure 6: Forest plot showing adjusted odds ratios and 95% CI for anxiety outcomes according to cannabis exposure in individual studies

RELATION DE CAUSALITÉ

Consistance des données pour les troubles psychotiques (par pour les autres troubles mentaux)

Niveau de risque mis en évidence autour de 1,5-2, pour des pathologies d'origine multifactorielle

Relation « dose-effet » mise en évidence dans plusieurs études

Possibilité d'un biais protopathique ou de causalité inversée :

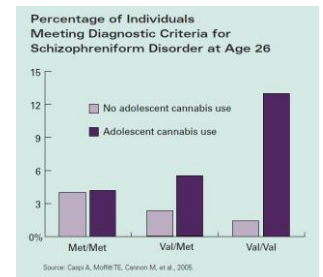
- L'association observée s'expliquerait par un recours au cannabis pour traiter les premiers symptômes avant qu'un diagnostic psychiatrique soit porté
- Modèle bidirectionnel, les effets du cannabis aggravant la symptomatologie et l'évolution de la pathologie psychotique

Modèle « facteurs de risque ou de vulnérabilité communs »

- Mais persistance de l'association malgré la prise en compte de facteurs génétiques

Plausibilité biologique

- Mais pas de modification majeure de l'incidence et de la prévalence (quand ces données sont disponibles) des pathologies psychotiques dans les pays de forte consommation



CONCLUSION

Les troubles psychiatriques sont très fréquemment co-occurents avec les troubles addictifs

Plusieurs modèles étiologiques sont possibles et restent discutés

Le modèle addictif repose sur des interactions importantes entre gènes-individus-environnement, et ces interactions évoluent dans le temps

Le champ de recherche reste très ouvert, avec la nécessité d'explorer les relations temporelles sur le long terme, et en particulier l'impact de ces morbidités sur l'apparition d'autres troubles, leur prise en charge, leur pronostic

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Si vous souhaitez la liste bibliographique :
maryse.lapeyre-mestre@univ-tlse3.fr