

Pathologies psychiatriques émergentes

Mars 2018

85 %

Dans 85 % des cas, les pathologies psychiatriques de l'âge adulte apparaissent entre 15 et 25 ans.

Premier épisode psychotique

- Recommandations : Nice (2014)
- Programme de soin : TIPP (traitement et intervention pour les troubles psychotiques précoces. Lausanne)

Phase prodromique et/ou premières manifestations psychotiques

Repérage :

Médecin traitant, Infirmier/médecin scolaire
Famille, Foyers, ASE, Maison des Adolescents,
Consultation en Addictologie, CMP/ hospitalisation...

Contact téléphonique direct

Coordinateur
(numéro spécial)

Staff de coordination

- Réunion hebdomadaire
- Bilan des **demandes reçues**
- Transmission d'informations sur les **situations problèmes**

- Evaluation de la **symptomatologie** (CAARMS),
- Evaluation des **risques auto et hétéro-agressif**, des **prises de toxiques**
- Evaluation du soutien environnemental

Etablissement d'une REFERENCE DE CONTINUITE

Au moins un binôme pour chaque situation clinique :
infirmier + psychiatre +/- psychologue, assistante sociale, éducateur...

- Assurer le **suivi régulier**
- Encourager la **continuité des soins** et l'**observance thérapeutique**
- Favoriser le **caractère intégratif des soins** si nécessaire
- Contribuer à l'amélioration du **pronostic fonctionnel**

Groupe de travail

- Réunion mensuelle
- Analyse de **situations cliniques**
- Identification des **besoins**
- **Recensement** des situations
- **Analyse des pratiques**

**Réunion des
référénts de
continuité**

- Réunion mensuelle
- **Groupe d'échange**
entre référents

Arthérapie

Familles

Education thérapeutique

Sport adapté

Domiciliation/accès au logement

Addictologie

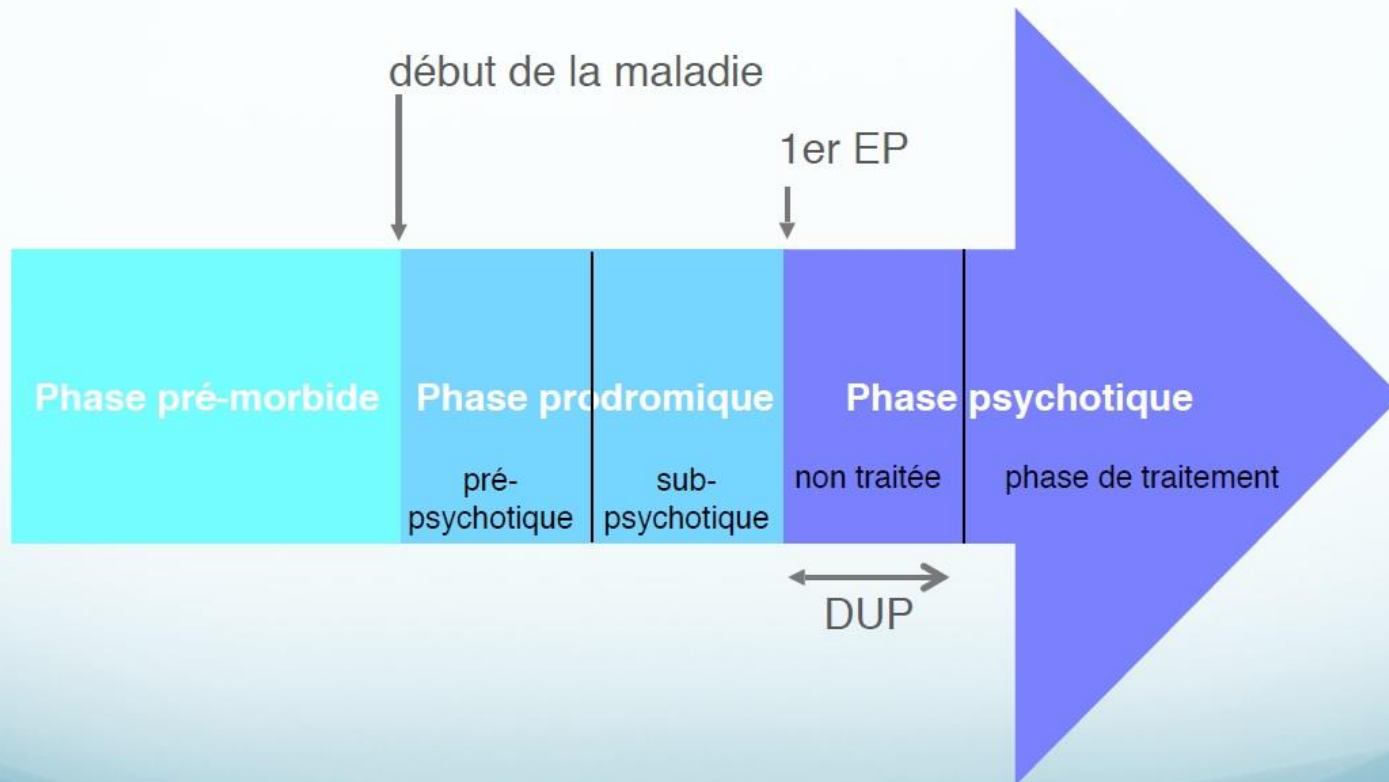
Scolarité/formation/activité professionnelle

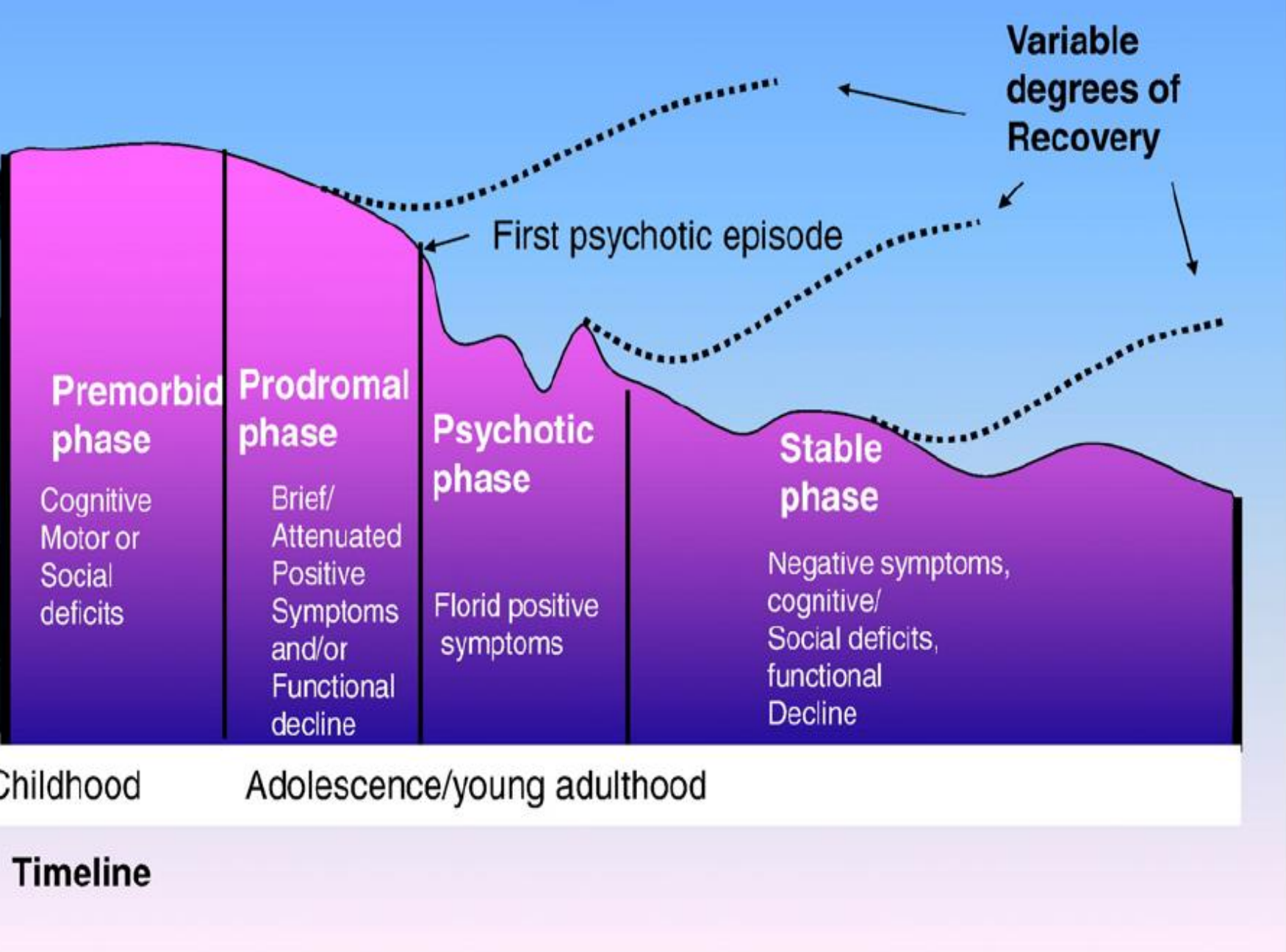
Remédiation cognitive

Dispositif étoffé

Accueil de tous les jeunes en demande d'aide ou pour lequel un adulte, professionnel ou parent, sollicite des soins avec son accord.

Vigilance par rapport à des troubles susceptibles de correspondre à la phase prodromique.





phases évolutives de la schizophrénie. L'axe vertical représente le niveau

Les points d'appui théoriques de notre
réflexion et de notre positionnement

L'intérêt actuel pour les pathologies
psychiatriques émergentes ancré dans une
histoire : une succession d'observations, de
questionnements, de descriptions, d'initiatives.

Emil Kraepelin (1856-1926)

Entité clinique de « démence précoce »

- quatrième édition du traité de psychiatrie

- processus évolutif de dégénérescence

- se définissant par opposition à la psychose maniaco-dépressive

Pendant longtemps l'exercice clinique a consisté à identifier des troubles permettant un diagnostic différentiel entre la schizophrénie et la PMD afin de déterminer un pronostic.

Entretenu par une pratique essentiellement asilaire de la psychiatrie, cette vision pessimiste a longtemps perduré

DSM 6 mois d'évolution pour porter le diagnostic de schizophrénie et engager une thérapeutique.

Vision condamnée par Cameron, Patrick Mc Gorry.

Une fois le diagnostic posé, la thérapeutique n'intervient que trop tardivement pour avoir une chance d'être efficace.

Attitude « scandaleuse » comparable à celle d'un cancérologue qui attendrait la phase terminale d'un cancer pour poser le diagnostic et annoncer qu'il est trop tard pour intervenir.

Attentisme également très fermement critiqué par Henri Grivois

Pourtant E.Kraepelin avait décrit les prodromes :

-1909

« de légères modifications de la vie émotionnelle, une irritabilité, une perte d'intérêt, une hyperactivité, une baisse de la concentration »

-1919

« des modifications de l'humeur, des troubles du comportement, des manifestations psychosensorielles élémentaires , des troubles du cours de la pensée marqués par la perte du contrôle de pensée ».

Et il s'était préoccupé de détection

Cinquième édition :

Signale qu'il est de la plus haute importance de diagnostiquer les cas de dementia praecox à un stade précoce. (cutting et shepherd 1987)

Opposition à la démarche anatomo-clinique, symptomatique descriptive

Alfred Binet (1857-1911) Théodore Simon (1873-1961)

« ce qui importe, ce ne sont pas les symptômes mais l'état mental qui les conditionne »

Appellent à une **démarche synthétique** en mesure de trouver ce qu'il y a de commun aux symptômes décrits

« la littérature est envahie d'observation qui regorgent de détails, mais qui sont inutilisables parce que tout y est sauf l'essentiel. »

Eugène Bleuler (1857-1939)

- Introduit le terme de schizophrénie
(étymologie : grec schizein fendre, phrên esprit)
- 1911 Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies

Ne s'appuie pas pour caractériser cette entité clinique sur un critère d'évolution péjorative.

Mais la définit par une **altération des fonctions simples** (perturbations des associations ou troubles du cours de la pensée, perturbations de l'affectivité, ambivalence) **à laquelle peut succéder une altération des fonctions complexes** comme la perte de contact avec la réalité à laquelle il donne le nom d'autisme

Un processus

Notion d'évolutivité prise en considération d'une manière différente. C'est la succession, l'enchaînement des troubles qui retient l'attention plutôt que le caractère systématiquement péjoratif de l'évolution.

Evolutivité variable

Opposé à l'idée de prodrome dont l'évolution conduirait forcément à la pathologie, il parle de « symptômes initiaux », souvent insidieux, souvent d'allure pseudo-névrotiques, pouvant précéder de nombreuses années les symptômes plus sérieux ou n'être que transitoires ou périodiques.

De même que E.kraepelin

- Se préoccupait de prévention
- Pensait que plus les jeunes patients pouvaient être rétablis rapidement, moins ils s'isolaient dans leur propre monde et plus vite ils se réadaptaient socialement. (Cutting et Shepherd, 1987).

Les premières études systématiques des premiers signes ou prodromes

- études rétrospectives

- Sullivan, Cameron, Etats-Unis

- Préoccupations concernant l'organisation des soins.

Sullivan (1927)

- psychiatre américain
- étude rétrospective 100 patients
- établit une relation entre la forme de début et le pronostic (début insidieux de moins bon pronostic)
- met au point une prise en charge des jeunes patients alliant suivi individuel et approche par le milieu.

Cameron (1938)

- publie l'un des premiers travaux sur les symptômes prodromiques
- compare l'état des patients accédant aux soins à celui d'un cancer métastasié ou d'une tuberculose avancée

Distingue deux catégories cliniques

- **le type hyperactif** (inquiétude, appréhension, insomnie, cauchemars, agitation, oscillations de l'humeur, accès de colère, plaintes hypochondriaques)
- **le type hypoactif** (solitude, introversion, tendance à la rêverie, tendance à la dépression, irritabilité, abandon des activités, baisse d'énergie, fatigue, troubles de la concentration)

Deux groupes de manifestations

- **les manifestation « idéatives »** : le sentiment d'être observé ou d'être concerné par le discours d'autrui précède les autres manifestations de ce groupe et peut aboutir à d'autres manifestations (croyances, idées de malveillances de mauvaises intentions de la part des autres, sentiment de culpabilité, crainte de violences, hallucinations interprétées à l'appui de ces croyances)

-les manifestation « somatiques » : Des altérations du vécu corporel ou des réactions psycho-somatiques sont au premier plan (sensation de corps étourdi, de non fonctionnement ou de mauvais fonctionnement des organes, sensations vertigineuses, autres plaintes somatiques bizarres, perte du sentiment de familiarité de l'environnement, accès de rire, de cris, de colère, d'impulsivité, refus de s'alimenter, de parler, d'agir).

Programmes de médecine préventive

- ciblés
- destinés à des organisations communautaires
- formation pour ceux qui entrent en contact avec les sujets à risque (enseignants, médecins généralistes)
- examens périodiques de santé dans le monde de l'instruction et du travail
- enquêtes pouvant atteindre les sujet en dehors des organisations visées.

Chapman (1966)

- Glasgow
- Etude rétrospective (40 jeunes adultes)
- Des **altérations expérimentées** par le sujet et qui ne constituent pas des symptômes cliniques **précèdent** la psychose.
- Des manifestations cognitives et perceptives **doivent être systématiquement recherchées lors d'un examen approfondi** (sensation de blocage de la pensée, troubles du langage parlé, du langage entendu, troubles moteurs- anomalies dans les gestes automatiques, anomalies de la perception visuelle)
- Troubles liés à la perturbation de l'attention sélective responsable de l'incapacité à traiter les informations

Le DSM-III-R (1983)

Critères du syndrome prodromique

- 1-Isolement social ou repli sur soi nets
- 2-Handicap net du fonctionnement professionnel, domestique, scolaire ou universitaire
- 3-Comportement nettement bizarre
- 4-Manque important d'hygiène et de soins apportés à sa personne
- 5-Affect émoussé ou inapproprié
- 6-Discours digressif, vague, trop élaboré, circonstancié ou pauvreté du discours ou pauvreté du contenu du discours
- 7-croyances bizarres ou pensée magique, influençant le comportement et en désaccord avec les normes culturelles
- 8-expériences perceptives inhabituelles, illusions récurrentes, sensation de présence d'une force ou d'une personne en réalité absente
- 9-manque important d'initiative, d'intérêt, d'énergie

Critères définissant la personnalité schizotypique dans le DSMV (2012)

Spécificité insuffisante

Fidélité inter-juge médiocre

Jackson et al (1994)

Mc Gorry et al (1995)

Jackson et al (1995)

Les débuts de l'histoire moderne

- Etude ABC**. Equipe de Häfner (Häfner, 1998)
- entre 1985 et 1998
- Age Beginning and Course
- d'abord à partir des registres de la ville de Mannheim
- puis **étude systématique standardisé rétrospective** 276 patients admis pour un premier épisode psychotique
- IRAOS Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of psychosis (Häfner 1992)

Etude descriptive

- Phase prodromique 75 % des patients
- Durée moyenne environ 5 années
- 1,3 ans entre le premier symptôme spécifique et l'admission
- Début insidieux, 50 % hommes, 39 % femmes
- Femmes entre 20 et 29 ans, Hommes entre 15 et 25 ans
- 70 % des cas : début par des symptômes négatif ou non spécifique
- 20 % des cas : début par des signes positifs et négatifs
- 7% des cas : début par des signes positifs uniquement

Analyse factorielle de l'évolution des symptômes. Chronologie.

- Phase **dépressive** (2 ans et demi avant l'admission)
- Période d'**instabilité** caractérisée par des symptômes dysphoriques et retrait social
- Augmentation** des troubles affectifs et dysphoriques
- Premiers symptômes psychotiques** (idées délirantes de références, délires de persécution...) environ un an et demi avant l'admission.

Vrai changement de paradigme

- Années 90
- Les premières études **prospectives**
- Les symptômes de base** (Gross, 1989) (Huber et Gross, 1989)
- Etat mental à risque** (Mc Gorry, Yung et phillips, 2003) (Mc Glasham)

Les symptômes de base

- équipes germaniques
- dans la lignée des phénoménologues allemands du XX ième siècle
- Gross, 1989 ; Gross et Huber, 1985 ; Huber et Gross, 1989
- Symptômes subjectifs de la sphère cognitive, affective, et sociale pouvant être identifiés par le sujet, **n'ayant pas obligatoirement de caractéristique psychotique** mais pouvant être **prédicteurs** de symptômes psychotiques

Symptômes de base de Huber (Gross et Huber 1985)

- Affaiblissement des **fonctions cognitives** : troubles de l'attention, de la concentration, de la mémorisation
- Altération de la capacité à ressentir les **émotions** : irritabilité, excitabilité, impressionnabilité, émoussement affectif
- Perte d'énergie** : fatigue, épuisement soudain, hypersensibilité à tout effort
- Altération des **fonctions motrices**
- Altération des **fonctions corporelles**
- Altération des **perceptions sensorielles**
- Altération des **fonctions autonomes**
- Intolérance au stress**

Expériences subjectives subtiles restant dans la sphère privée du sujet et échappant à l'approche clinique contrée sur les symptômes spécifiques.

Ecoute particulière nécessaire. **Ecoute du vécu du patient.**

Outils d'évaluation des symptômes de base

BSABS : Bonn Scale for the Assessment of Basic symptoms (Klosterkötter et al., 2001) Traduction française en cours de validation.

BSABS-P : Bonn Scale for the Assessment of Basic symptoms-Prediction list (Bechdolf et al., 2002)

SPI-A : Schizophrenia Proneness Instrument, adult-version (schlutze-Lutter et al., 2007)

Traductions françaises en cours de validation

Processus. Chronologie

(Signes précoces de schizophrénie. Sous la direction de Marie-Odile Krebs)

-Symptômes de base précurseurs des hallucinations visuelles (changements dans la perception de la face des personnes, micro-macropsie, changements dans la vision des couleurs, dans la perception de l'intensité des sons, impression de lumière projetée, de mouvement des objets, changement dans la perception de son propre visage, anomalies perception goût odeurs, vision partielle, métamorphopsie)

-Symptômes de base précurseurs des troubles de la pensée (troubles concentration, interférence de la pensée, obsessions, impression de blocage de la pensée, troubles de la mémoire, troubles de l'intention de pensée, retards de pensée, pression de pensée, anomalies du langage parlé)

-Symptômes de base précurseurs des hallucinations auditives (troubles de la concentration, pression de pensée, obsessions, interférence de la pensée, difficultés de discrimination entre pensée et perception, impression subjective de blocage de la pensée, troubles de la mémoire, troubles de l'intention de pensée)

-Symptômes de base précurseurs du syndrome d'influence (syndrome automatique, impression d'envoûtement, interférences motrices, présence de blocages moteurs)

-Symptômes de base précurseurs des hallucinations cénesthésiques (sensations de mouvement ou de pression à l'intérieur du corps ou en surface, sensations de décharges électriques, sensation d'écrasement, d'allongement ou de constriction, sensation de chaleur, sensations de légèreté ou de lévitation)

Pour les hallucinations auditives

Rapportent une perte de contrôle des processus cognitifs. Notamment pression de pensée.

Suite ininterrompue d'interférences et de blocages de la pensée

Ne savent plus s'ils pensent normalement ou s'ils s'écoutent eux-mêmes dans leur tête

Entendent leur propre pensée énoncée par leur propre voix

Hallucinations auditives (les voix ne leur appartiennent plus et sont étrangères, peuvent dialoguer entre elles)

Pour les hallucinations visuelles

Les premières manifestations brèves et soudaines deviennent plus intenses, plus fréquentes et plus complexes.

Puis impression de contamination de tout l'environnement (le sujet ne conteste pas la réalité de l'environnement)

Impression de fausse perception. Impression de plus en plus obscure qu'un changement s'effectue. Perplexité. Sentiment d'irréalité mêlé tout de même à l'impression que quelque chose ne va pas. Formulation d'hypothèses explicatives pour tenter de maintenir le contact avec le réel.

Transition complète : Illusions perceptives. Pas de doute sur leur réalité mais recherche d'explication (pourquoi, comment, qui se cache derrière...)

La génèse du délire

Le délire psychotique se construit en **trois phases** selon Klosterkötter et son équipe :

- irritation basale** (troubles cognitifs et déficitaires non spécifiques, accompagnés d'une altération affective). Difficulté à faire face à la vie quotidienne.

- phénomènes intermédiaires** (expériences de dépersonnalisation, déréalisation, réalité changeante, puis externalisation et autoréférence) dépendant du degré d'instabilité cognitivo-affective. Les tentatives du sujet pour expliquer ce qui lui arrive viseraient à réduire la complexité et l'instabilité

- la concrétisation des contenus de la psychose**, délires et symptômes de premier rang de K.Schneider(écho et énonciation de la pensée, hallucinations de voix conversant entre elles, hallucinations de voix commentant les actes du sujet, hallucinations cénesthésiques ou sensations corporelles imposées, vol de la pensée, perception délirante, sentiments imposés ou contrôlés, volonté imposée ou contrôlée).

On retient les mots d'**irritation**, d'**instabilité**
cognitivo-affective, de **complexité**, de **réalité**
changeante

Et l'idée de **compensation**, de tentative de
retour à l'équilibre

Propositions thérapeutiques congruentes

Etat mental à risque

Equipe de Mc Gorry en Australie

Equipe de Mc Glasham aux Etats-Unis

-Identifier des groupes de sujets présentant un **risque élevé de développer une psychose dans les prochains mois**. Concerne la phase prodromique tardive.

-ARMS (At Risk Mental State), UHR (Ultra High Risk), CHR (Clinical High Risk)

Australie : CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State)

Etats-Unis : SIPS (Structured Interview of Psychosis-Risk Syndromes)

CAARMS(Comprehensive Assessment of At Risk Mental States)

- Equipe de Mc Gorry en Australie
- Première version 1994 (Yung et al.)
- Révisée en 2005 (Yung et al. 2005)
- Traduite en français par Marie-Odile Krebs en 2014 (Krebs et al. 2014)
- Entretien semi-structuré

Objectifs de la CAARMS

Deux objectifs principaux :

- évaluer la psychopathologie possiblement annonciatrice d'un premier épisode psychotique
- déterminer si un individu remplit les critères d'état mental à risque d'un premier épisode (UHR)

Autres objectifs :

- exclure ou confirmer les critères d'une psychose aiguë
- explorer l'évolution au cours du temps

Les 28 items de la CAARMS

1. SYMPTÔMES POSITIFS

- 1.1. Troubles du contenu de la pensée
- 1.2. Idées non bizarres
- 1.3. Anomalies perceptuelles
- 1.4. Discours désorganisé

2: CHANGEMENT COGNITIF ATTENTION/ CONCENTRATION

- 2.1.* **Expérience subjective**
- 2.2. Changements cognitifs observés

3: PERTURBATION ÉMOTIONNELLE

- 3.1.* **Perturbation émotionnelle subjective**
- 3.2. Émoussement de l'affect observé
- 3.3. Affect inapproprié observé

4: SYMPTÔMES NÉGATIFS

- 4.1. Alogie
- 4.2.* **Avolition/ Apathie**
- 4.3. Anhédonie

5: CHANGEMENT COMPORTEMENTAL

- 5.1. Isolement social
- 5.2. Altération du fonctionnement
- 5.3. Comportements désorganisés/ bizarres/ stigmatisants
- 5.4. Comportement agressif/ dangereux

6: CHANGEMENTS PHYSIQUES/ MOTEURS

- 6.1.* **Plaintes subjectives d'altération du fonctionnement moteur**
- 6.2. Changements dans le fonctionnement moteur observés ou rapportés par le tiers
- 6.3.* **Plaintes subjectives d'altération des sensations corporelles**
- 6.4.* **Plaintes subjectives d'altération des fonctions végétatives/ autonomes**

7: PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

- 7.1. Manie
- 7.2. Dépression
- 7.3. Intentions suicidaires et auto-mutilations
- 7.4. Changements d'humeur/ labilité
- 7.5. Anxiété
- 7.6. Symptômes obsessionnels et compulsifs
- 7.7. Symptômes dissociatifs
- 7.8.* **Diminution de la tolérance au stress habituel**

*** Symptômes de Base de Huber**

Krebs et al, Encéphale 2014

Troubles du contenu de la pensée

- humeur délirante et perplexité

- idées de référence

- idées bizarres (pensées, sentiments et pulsions imposés, passivité somatique, pensées insérées, vol de la pensée, émission de la pensée, lecture de la pensée).

Idées non bizarres

- méfiance, idées de persécution
- idées de grandeur
- idées somatiques
- idées de culpabilité
- idées nihilistes
- idées de jalousie
- idées religieuses
- idées érotomaniaques

Anomalies de la perception (distorsions, illusions, hallucination)

- changements visuel
- changements auditifs
- changements olfactifs
- changements gustatifs
- changements tactiles
- changements somatiques

Discours désorganisé

- changement subjectif (difficultés ressenties pour le discours ou la capacité à communiquer, difficulté à trouver le mot juste, tendance à prendre la tangente, perte du fil, difficulté à être compris, répétition de mots d'autres personnes...
- cotation objective (difficulté à suivre le cours du discours, discours trop circonstancié, tangent, vague, trop abstrait, trop concret, trop long, trop sommaire...)

Passation

Préparée, expliquée

De préférence en présence d'une personne
connaissant bien le jeu

Semi-structurée, longue

Exemple : humeur délirante et perplexité

- Avez-vous déjà eu le sentiment que quelque chose d'étrange que vous ne pouvez pas expliquer se produit ? Comment est-ce ?
- Etes-vous troublé par quelque chose ? Votre environnement familial vous paraît-il étrange ?
- Avez-vous l'impression d'avoir changé d'une quelconque façon ?
- Avez-vous l'impression que les autres ou le monde en général avaient changé d'une quelconque façon ?

Des questions posées avec délicatesse, comme
des propositions, des hypothèses

Comme des perches tendues pour exprimer
quelque chose qui est difficile à exprimer.

Cotation supervisée

Sont systématiquement évalués :

- l'**intensité** des symptômes (le degré de conviction, d'envahissement, le retentissement)
- la **fréquence** de survenue des symptômes
- la **durée** d'évolution des symptômes

Cotation nuancée

L'intensité pour le trouble du contenu de la pensée

-absent

-douteux (légère élaboration des croyances conventionnelles partagées par une partie de la population)

-léger (vague impression que quelque chose dans le monde est différent ou pas tout à fait normal, impression que les choses ont changé mais incapacité à les énoncer clairement)

-moyen (un sentiment de perplexité, une plus forte impression d'incertitude à propos des pensée)

-modérément sévère (idées de référence que certains événements, objets ou personnes ont une signification particulière et inhabituelle ; sentiment que l'expérience peut provenir de l'extérieur de soi ; croyance non entretenue avec conviction, capacité de douter préservée ; pas de modification du comportement)

-sévère (pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable ; capacité à douter ou à ne pas y croire tout le temps ; quelques changements mineurs du comportement possibles)

-psychotique et sévère (pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable entretenues avec une conviction délirante ; impact marqué sur le comportement possible.

Trois groupes de sujets à haut risque

Groupe 1 : groupe de **vulnérabilité** (histoire familiale de psychose chez un apparenté de premier degré OU trouble de la personnalité schizotypique associé à une détérioration significative du fonctionnement au cours de la dernière année et ayant duré pendant au moins un mois)

Groupe 2 : groupe **psychose atténuée** (intensité infra-liminaire, fréquence infra-liminaire)

Groupe 3 : groupe **BLIPS** (Brief, Limited or Intermittent Psychotic Symptoms/ Symptômes Psychotiques Brefs, Limités ou Intermittents)

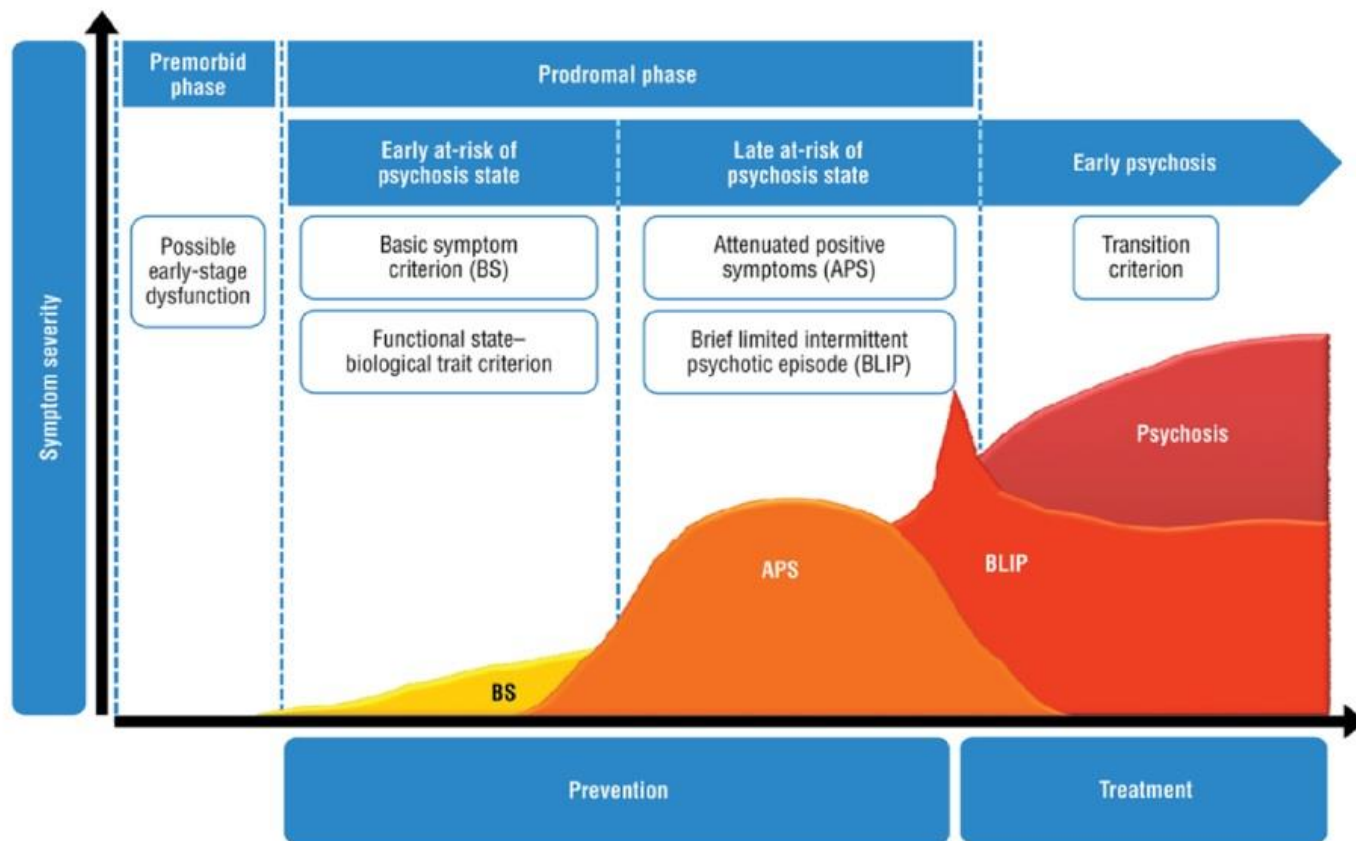


Figure 2 : Modèle d'évolution clinique d'un sujet à haut risque de transition psychotique au cours du temps. L'axe vertical correspond à l'intensité des symptômes. (Fusar-Poli et al. 2013)

Passage du concept rétrospectif de prodrome à celui de symptômes de base ou d'état mental à risque

- notions probabilistes

- état dont on ne connaît pas à priori l'évolution

- ouvrant des perspectives d'intervention précoce

Intervention précoce

Des guidelines dans certains pays

La modélisation du staging

Les recommandations de l'AEP

Le staging

Stade clinique	Définition	Population cible	Intervention potentielle
0	Risque augmenté Aucun symptôme	Adolescents apparentés de 1 ^{er} degré	Promouvoir la santé, éducation de la famille Education sur les drogues, training cognitif
1a	Symptômes légers, non spécifiques, déclin fonctionnel modeste	Screening des adolescents, adressage par les généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
1b	UHR : symptômes subliminaires, déclin fonctionnel	Adressage par les généralistes, urgences	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
2	1 ^{er} épisode psychotique	Adressage par les généralistes, urgences, spécialistes addictions	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active de drogues, antipsychotiques atypiques

Tableau 5 : Modélisation du staging, d'après Yung et McGorry (2007) (Krebs 2015)

Evaluation exhaustive

Seuls les symptômes positifs sont utilisés pour la cotation et la définition des groupes de sujets à haut risque

Mais la CAARMS permet une évaluation complète prenant en compte l'ensemble des symptômes présents.

Intérêt pour la définition des soins.

En pratique

- Optimisme réaliste
- Traiter ce qui se voit : abus et dépendance aux toxiques, dépression, anxiété...
- Ne rien négliger à un âge de vulnérabilité physiologique (apoptose, remaniements neuronaux)
- Médicament : antidépresseurs, PUFAS, APA si symptômes psychotiques atteignent le seuil de psychose
- Favoriser les prises en charge ambulatoires, dans le milieu, en maintenant les sujets dans leurs activités
- Case Manager (Marion-Veyron et al. 2013, McGorry et al. 1996)

Association Européenne de psychiatrie

EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses (2015)

EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses (2015)

Détection précoce

- métaanalyse
- 42 études
- 4000 patients présentant un haut risque de psychose (UHR ou symptôme de base)
- 6 recommandations (grade C à D selon la méthodologie du SIGN Scottish Intercollege Guideline Network)

Recommandation 1 (GC)

trois critères

Pour l'évaluation des patients à risque

Au moins un symptôme psychotique atténué

SIPS (Structured interview for Psychosis-Risk Syndromes) ou CAARMS

Au moins deux symptômes de base

Au moins un symptôme psychotique transitoire

Recommandation 2 (GC)

Risque génétique et déclin fonctionnel

- le fait d'avoir un parent de premier degré présentant une pathologie psychotique
- ne devrait pas être considéré comme un critère de haut risque en lui-même
- même s'il existe un déclin fonctionnel
- devrait être considéré comme un facteur de risque
- pris en considération lorsque les critères de haut risque sont présents
- doit conduire à une évaluation lorsque des difficultés psychiques apparaissent.

Recommandation 3 (GC)

Déclin fonctionnel

- Ne devrait pas être considéré comme un critère obligatoire pour affirmer le Haut risque (manque d'évidence)
- Devrait être considéré comme un indicateur de l'imminence du risque de conversion
- CHR plus déclin fonctionnel devrait être considéré comme indiquant un besoin élevé de traitement

Recommandation 4 (GC)

Des réserves

Les CHR (critères de haut risque) ne devraient être appliqués que

- aux personnes présentant des difficultés psychiques

- aux personnes présentant une vulnérabilité (risque génétique)

Recommandation 5 (GC)

Chez l'enfant et le jeune adolescent

Les CHR

- Devraient être utilisés et communiqués avec précaution chez l'enfant et l'adolescent jeune (taux de transition faible, rémissions spontanées dans les $\frac{3}{4}$ des cas)
- A la fin de l'adolescence idem âge adulte

Recommandation 6 (GD)

La détection précoce devrait être effectuée par des cliniciens entraînés

Conclusion

Recherche jeune

Niveau de preuve suffisant pour formuler des recommandations

Mais taux de conversion hétérogènes

Et nécessité de recherches ultérieures afin de développer des modèles de détection plus sophistiqués distinguant différents groupes de patients nécessitant des traitements différents

Intervention précoce

- métaanalyse
- 15 études
- 1394 participants
- 7 recommandations (grade A à D selon la méthodologie du SIGN Scottish Intercollege Guideline Network)

Recommandation 1 (GC)

L'intervention précoce

- Pas seulement dans le but de prévenir le premier épisode
- Mais aussi dans le but de prévenir le développement ou la persistance d'un déficit fonctionnel

Recommandation 2 (GC)

Chaque intervention précoce nécessite une évaluation préalable du risque conforme à la guidance EPA

Recommandation 3 (GA)

L'intervention précoce psychothérapeutique en particulier cognitivo-comportementale, pharmacologique

Peut prévenir ou au moins retarder le premier épisode psychotique chez l'adulte présentant un haut risque de psychose

Recommandation 4 (GD)

L'intervention doit être modulée en fonction du stade évolutif

- Les **psychothérapies** proposées en **première intention**
- Complétées par **faibles doses d'APA** si le niveau de risque est important ou évolutif (symptômes psychotiques atténués avec un niveau d'insight faible ou déclinant, épisodes psychotiques brefs de fréquence importante ou croissante) **dans le but de rendre les personnes accessibles aux psychothérapies**
- Longues durée de thérapies pharmacologiques non indiquées pour la prévention

Recommandation 5 (GD)

L'intervention précoce devrait également prendre en considération

- les **besoins actuels**

- les **autres troubles psychiques** (comorbidités en particulier les troubles dépressifs et anxieux)

Recommandation 6 (GA)

Pour les **enfant et les jeunes adolescents**, le **niveau de preuve est insuffisant** en ce qui concerne

- la valeur prédictive des critères de haut risque

- l'efficacité des thérapies

pour que l'intervention précoce soit justifiée

Recommandation 7 (GD)

Pour les **enfants et les jeunes adolescents**, des interventions spécifiques visant à améliorer le fonctionnement doivent s'intégrer dans un **plan de traitement plus global** englobant des interventions psycho-sociales et le traitement des comorbidités.

Les symptômes de haut risque devraient être monitorés et appréciés dans la durée afin d'apprécier leur progression et d'adapter le traitement à leur évolution.

Conclusions et Perspectives

- Niveau de preuve suffisant pour formuler des recommandations
 - Nécessité d'individualiser le traitement et de développer des indications thérapeutiques différenciées
 - Le taux de conversion restant élevé après 24 mois, les interventions précoces devraient être plus prolongées
 - Le focus sur l'intervention précoce doit s'élargir.
- Plus grand angle prenant en compte le devenir et les autres types d'intervention (par ex: programmes de réhabilitation)

Attitude attentiste ou intuitive

Remplacée par

Évaluation personnalisée, précise, nuancée,
approfondie, bienveillante

Conduisant à la définition d'un stade évolutif

Et à

Une proposition thérapeutique précisément ajustée
par rapport à ce stade évolutif et à tous les besoins
présents.

Henri Grivois

Parler avec les fous

- Critique l'attentisme de la psychiatrie traditionnelle
- Décrit des invariants sur fond d'*indifférenciation subjective* et de vécu de *centralité*
- Explique la façon dont le soignant peut aller au devant du patient, identifier, signifier qu'il a identifié, ce qui est difficile à exprimer
- De telle sorte que le délire ne devienne pas la seule solution pour le sujet pour rester en lien avec les autres malgré ce qui lui arrive

En France

- Le Rapport Laforcade (2017) préconise le développement de l'intervention précoce
- Mais contrairement à certains pays (EU, Europe, Canada, Australie) où les programmes d'intervention précoces sont développés avec parfois des Guidelines
- La prise en charge précoce ne fait pas partie des standards

Branche francophone de l'AEP

Marie-Odile Krebs

Philippe Conus

Des outils seront mis à disposition

Etat des lieux de la PEC précoce des troubles psychotiques en France

Enquête menée de mars à juillet 2017

- repérage des initiatives

- enquête en ligne

18 initiatives fonctionnelles

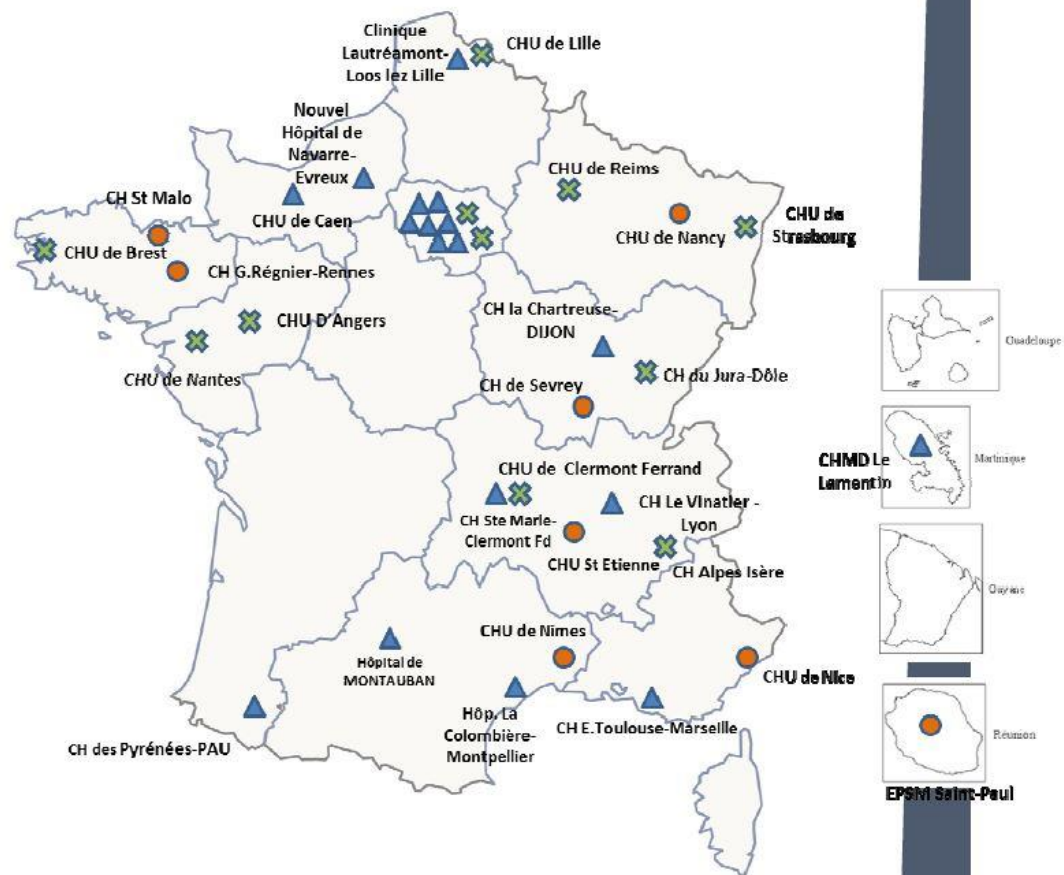


8 initiatives en cours de création

(ouverture prévue 2017-2018)



11 initiatives en réflexion



Thèses

Evaluation des sujets à ultra-haut risque de transition psychotique par la CAARMS.

Impact sur l'alliance thérapeutique.

Pauline Larrieu, septembre 2017

Etude de

- l'impact de la passation sur l'alliance thérapeutique en mesurant la variation des scores obtenus au 4 PAS (Points Ordinal Alliance Scale) avant et après la passation
- le vécu de la passation à l'aide d'un questionnaire
- l'opinion des soignants

Résultats

- Augmentation du score de 4 points
- Vécu globalement positif de la passation perçue comme amenant une aide pour s'exprimer et pour mieux identifier les difficultés présentes
- Chez les soignant vécu plus mitigé : échelle utile mais des appréhensions vis-à-vis d'une utilisation régulière.

Conclusion

Au-delà d'une simple échelle d'évaluation, la CAARMS apparaît comme un véritable outil clinique ne réduisant pas l'observation du patient à une simple grille mais permettant au contraire un approfondissement de l'observation symptomatique. Elle place le soignant et le patient dans une position propice à la construction d'une bonne alliance thérapeutique.