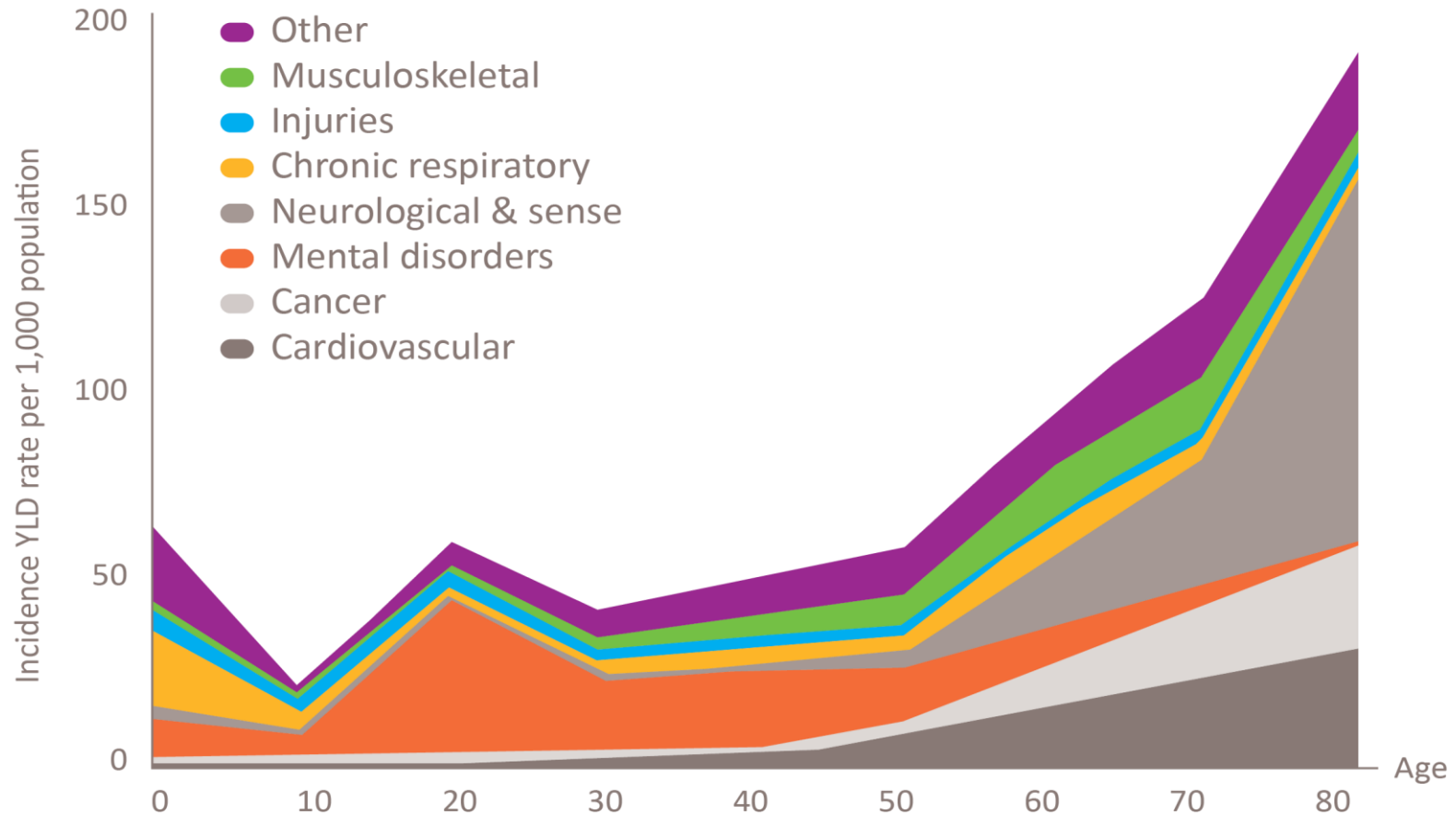


LA PSYCHIATRIE EN TRANSITION ?

PRÉVENIR, DÉTECTER ET AGIR TÔT



Incidence des maladies invalidantes (YLD/1000)



12-30 ans

Transition (s)

- Transition sociale
- Transition cérébrale
- Transition psychotique
- Transition des systèmes ?
- Conclusions

Transition(s)

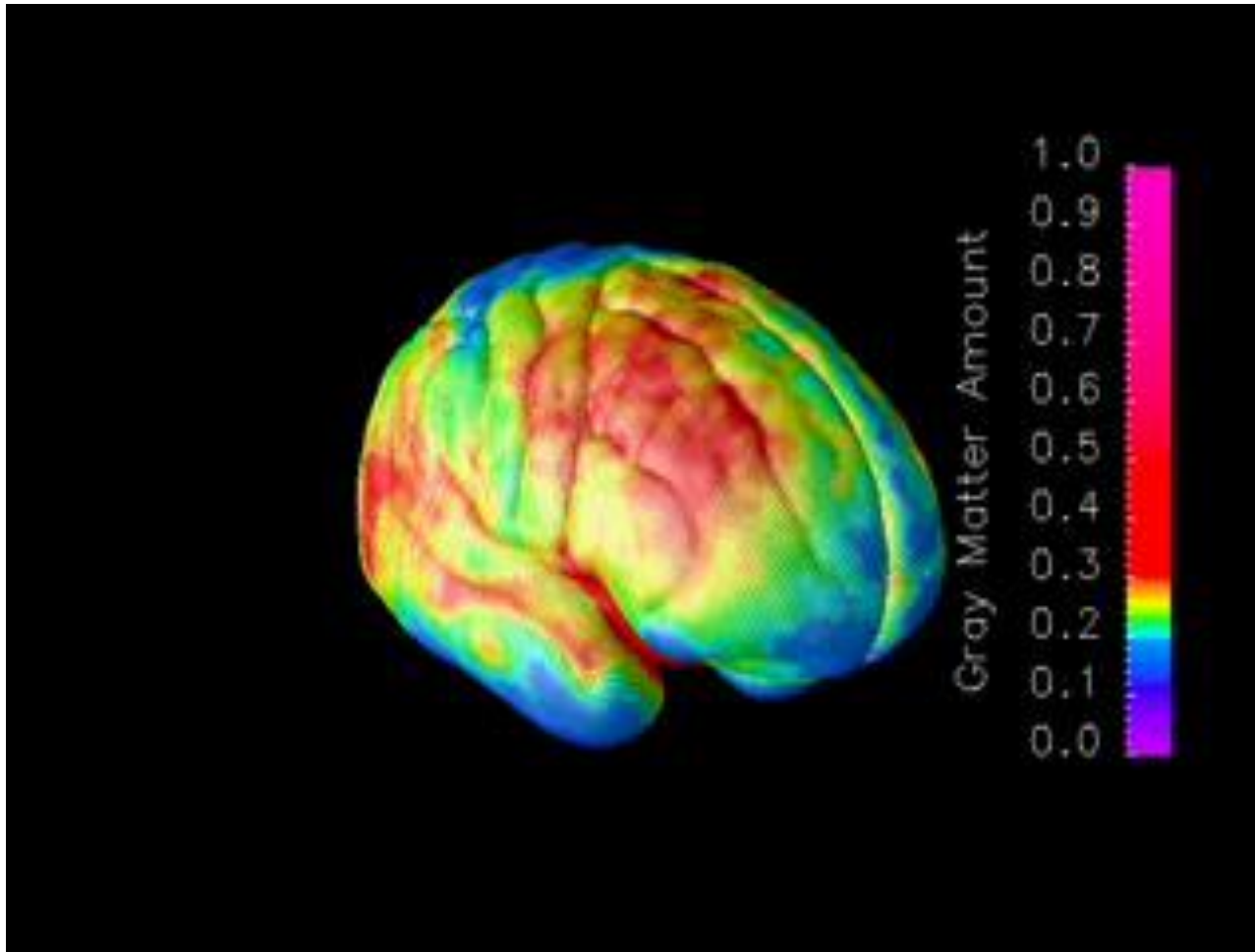
- Transition sociale
 - Solaire -> orientation / formation
 - Autonomisation
 - Socialisation
 - Expériences
 - Construction
 - Covid ; La planète brûle ; ...
 - No future ?



Transition (s)

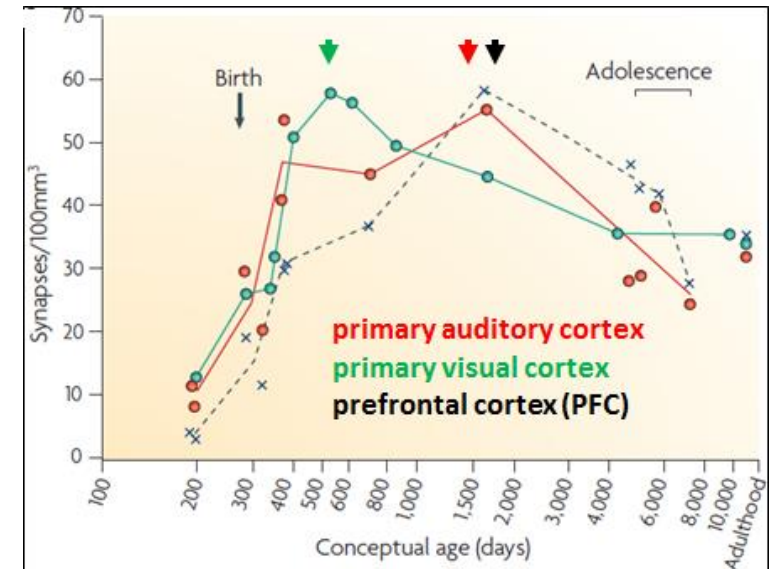
- Transition sociale
- Transition cérébrale
- Transition psychotique
- Transition des systèmes ?
- Conclusions

Développement cérébral à l'adolescence



Amincissement du cortex
(diminution du nombre de synapses)

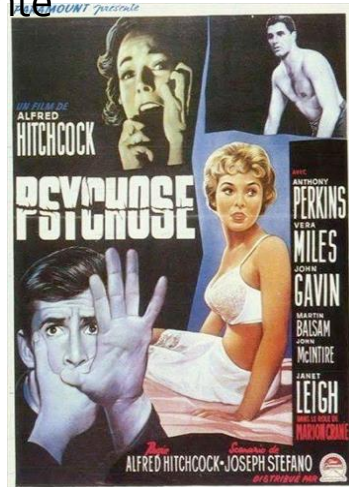
Gogtay PNAS 2004



Blakemore Nature Review
Neurosc 2008

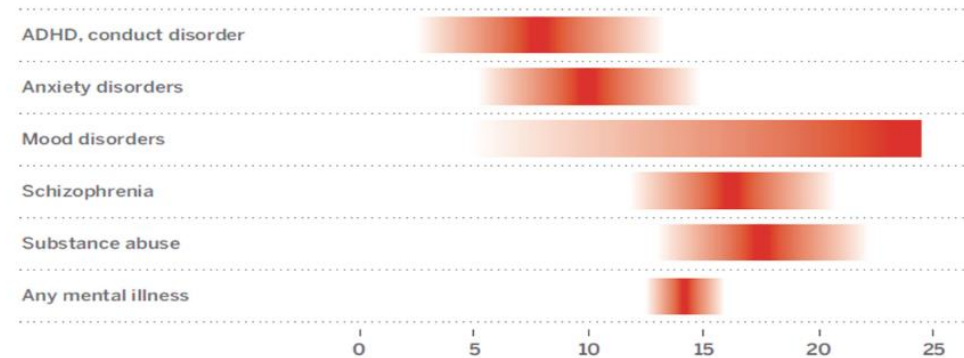
Processus dynamique, non synchrone

Une vision pessimiste, stigmatisante encore malheureusement trop fréquente



Émergence et pic des troubles mentaux pendant l'adolescence

Un adolescent sur cinq souffre d'une maladie mentale qui persistera à l'âge adulte



FS Lee et al, Science 2014

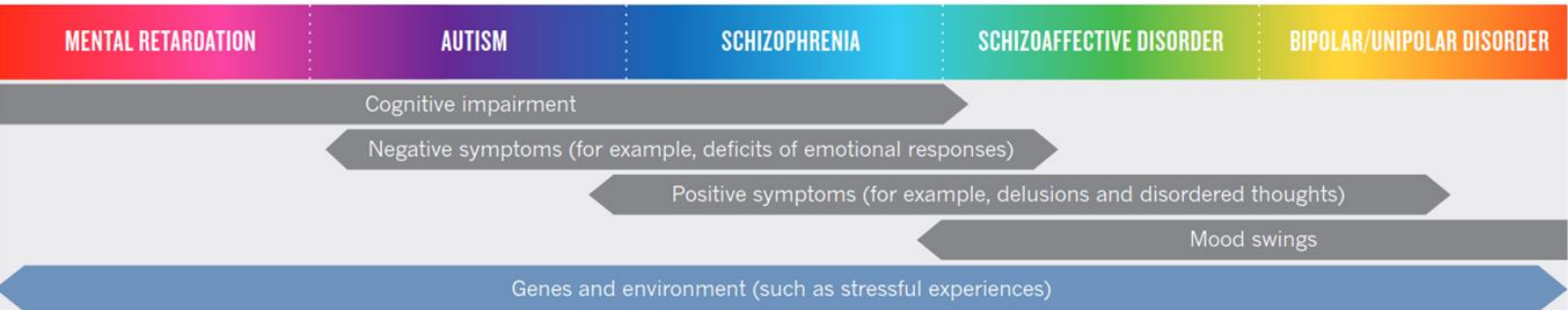
75% des troubles psychiatriques débutent avant 25 ans



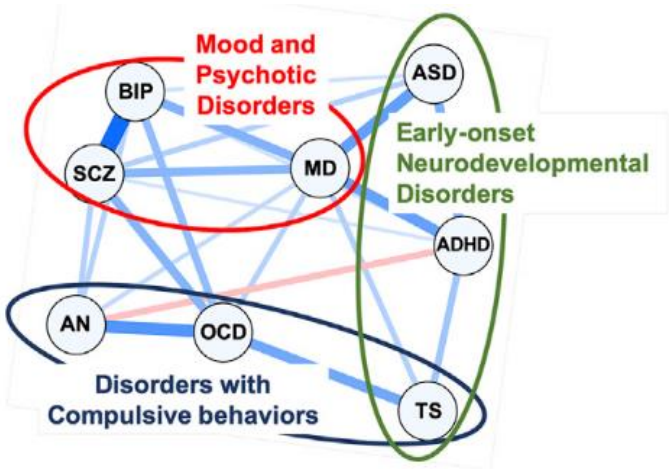
- 15 – 30 ans : âge habituel de début
- 15 000 nouveaux cas / an en France
- 15 ans de vie perdus
- 1.5 à 2 ans de retard diagnostique
- 1 euro investi dans l'intervention précoce en fait économiser 15

Un continuum clinique

Adam 2013 Nature

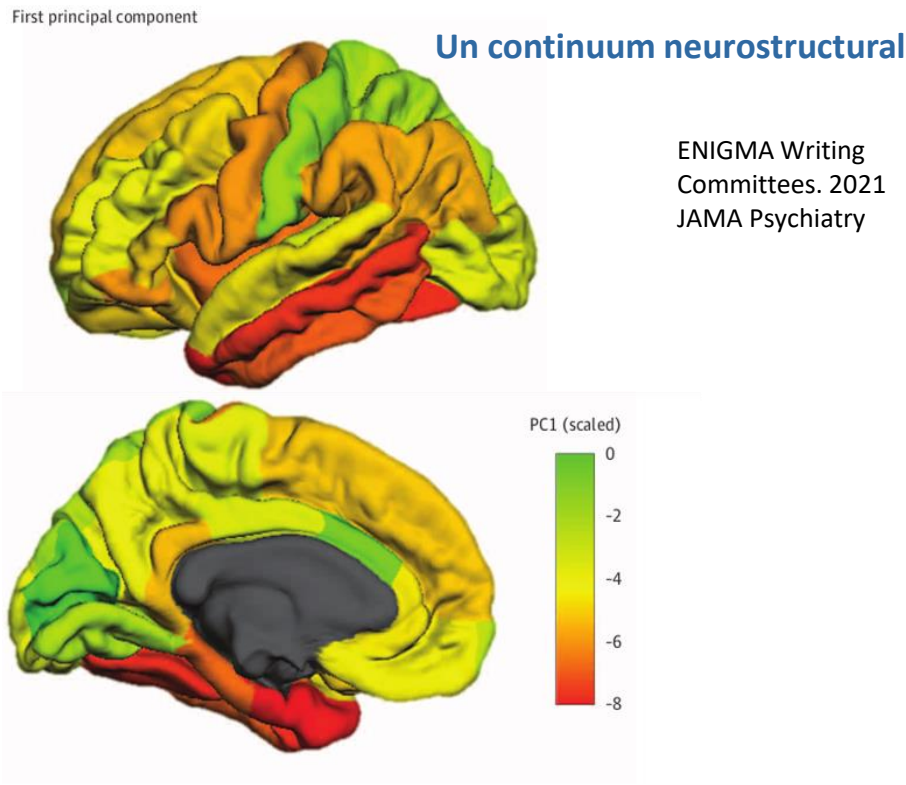


Un continuum génétique

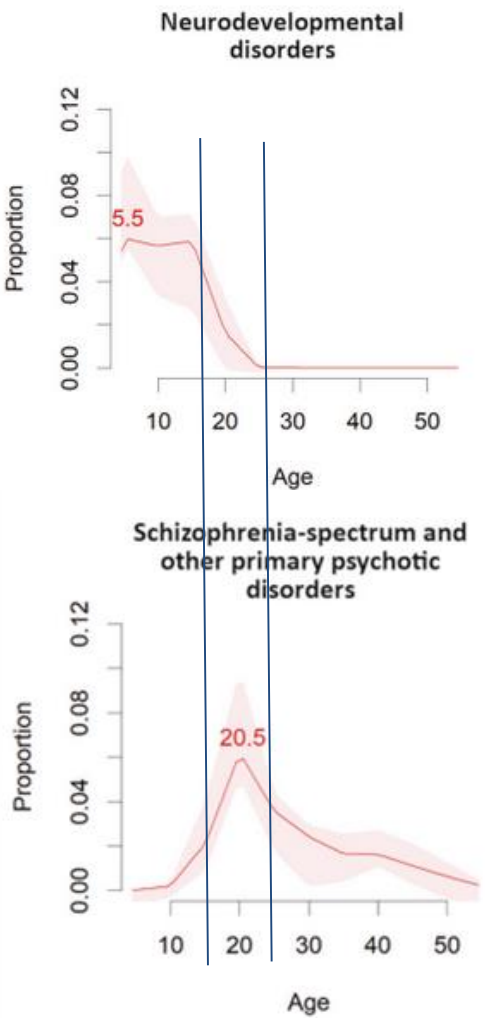


Lee et al. 2019 Cell

Un continuum neurostructural



Un continuum épidémiologique

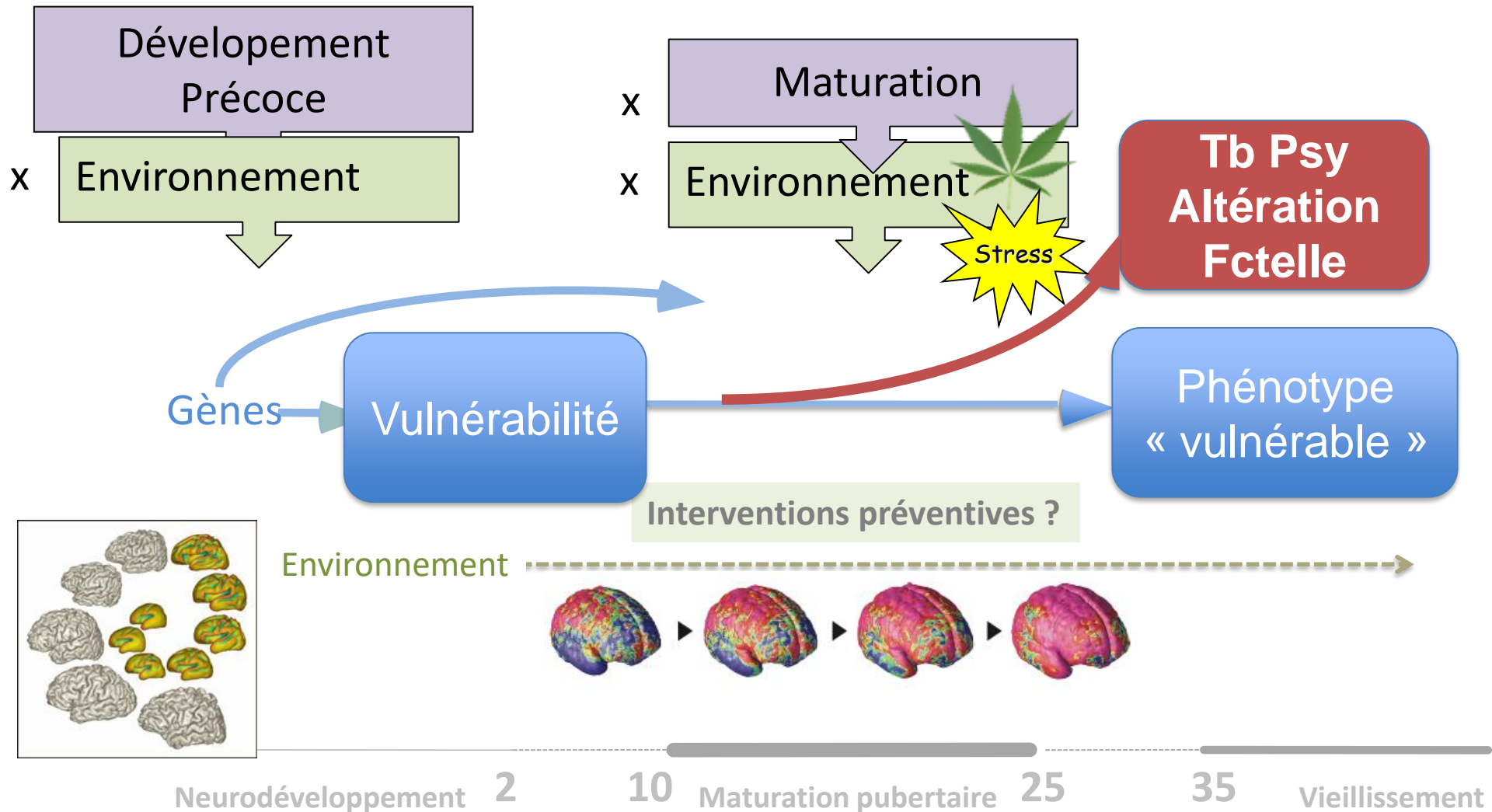


Solmi et al. Molecular Psychiatry 2021

Transition (s)

- Transition sociale
- Transition cérébrale
- **Transition psychotique**
- Transition des systèmes ?
- Conclusions

Processus dynamiques à l'adolescence



Prédire l'évolution ? Prévenir l'évolution ?

Les leçons des études « premier épisode » :

Etude ABC : Age, Beginning and Course

75% phase prodromique
Durée moyenne 5 ans
Plus de début insidieux
chez l'homme

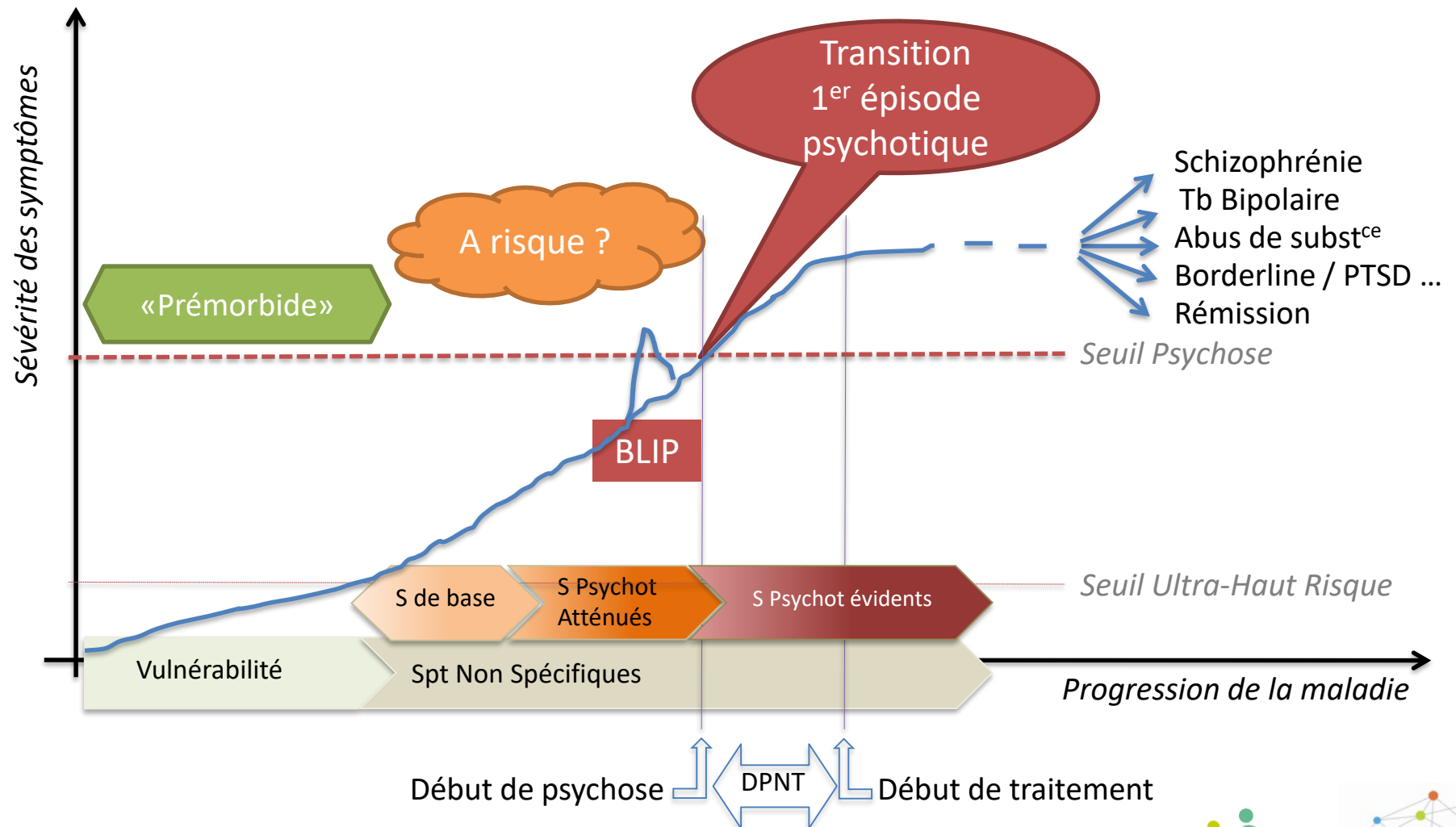
Durée de psychose non traitée
moyenne = 1 à 2 ans

- Symptômes névrotiques
 - Anxiété : 18 %
 - Inquiétude : 17 %
- Symptômes thymiques
 - Humeur dépressive : 16 %
 - Manque d'énergie : 8,6 %
- Symptômes cognitifs
 - Troubles de la concentration : 13 %
- Symptômes physiques
 - Troubles de l'appétit et du sommeil : 13,5 %
- Symptômes positifs
 - Suspicion : 9,7 %
 - Idées de références : 7,1 %
- Symptômes négatifs
 - Retrait social : 9,7 %
 - Problèmes professionnels : 7 %
 - Isolement : 6 %

Hafner et al, 1992, 1998



Stades de progression des troubles psychotiques



POURQUOI INTERVENIR PRÉCOCÉMENT?



Le retard d'accès aux soins impacte le pronostic fonctionnel.
TOXICITÉ SOCIALE évidente, TOXICITÉ biologique probable

- ▶ Risque de suicide/dépression/de passage à l'acte ; addictions
- ▶ Ruptures familiales et/ou affective, sociales
- ▶ Aggravation de troubles cognitifs, Interruption de la scolarité ou de formation professionnelle
- ▶ Moins bonne réponse au traitement, rémissions plus lentes, moins complètes

Les enjeux médico économiques des troubles mentaux : 142 Milliards d'euros dépensés en 2018, pour la PEC de 57,9 millions de personnes
(Laetitia Blampain, 2018)

The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis

Oliver D. Howes¹⁻⁴, et al

World Psychiatry 2021;20:75–95

13 meta-analyses \Leftrightarrow 129 studies & total sample size of 25,657 patients.

At first presentation, : relationship between longer DUP and *more severe negative symptoms* ($\beta = -0.07$, $p = 3.6 \times 10^{-5}$) and *higher chance of previous self-harm* (odds ratio, $OR = 1.89$, $p = 1.1 \times 10^{-5}$).

At follow-up, relationship between longer DUP and *more severe positive symptoms* ($\beta = -0.16$, $p = 4.5 \times 10^{-8}$), *more severe negative symptoms* ($\beta = -0.11$, $p = 3.5 \times 10^{-10}$) and *lower chance of remission* ($OR = 2.16$, $p = 3.0 \times 10^{-10}$),
relationship between longer DUP and *poorer overall functioning* ($\beta = -0.11$, $p = 2.2 \times 10^{-6}$) and *more severe global psychopathology* ($\beta = -0.16$, $p = 4.7 \times 10^{-6}$).

Results were unchanged when analysis was restricted to prospective studies.

These effect sizes are clinically meaningful, with a DUP of four weeks predicting >20% more severe symptoms at follow-up relative to a DUP of one week.

We conclude that DUP is an important prognostic factor at first presentation and predicts clinically relevant outcomes over the course of illness.

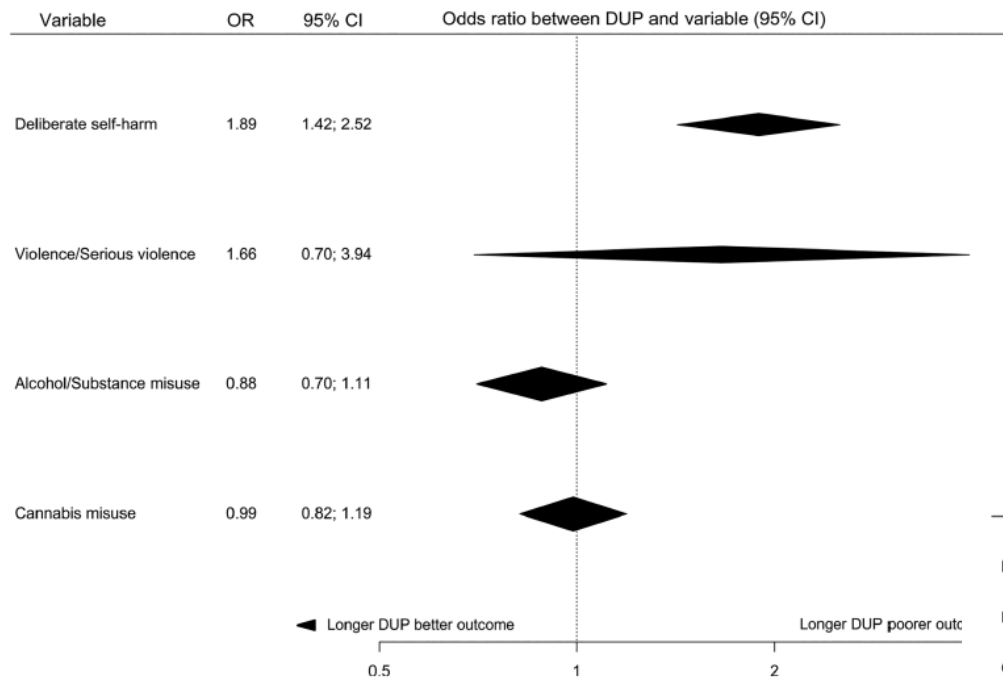


Figure 4 Summary of effect sizes for relationships between duration of untreated psychosis (DUP) and categorical clinical variable presentation

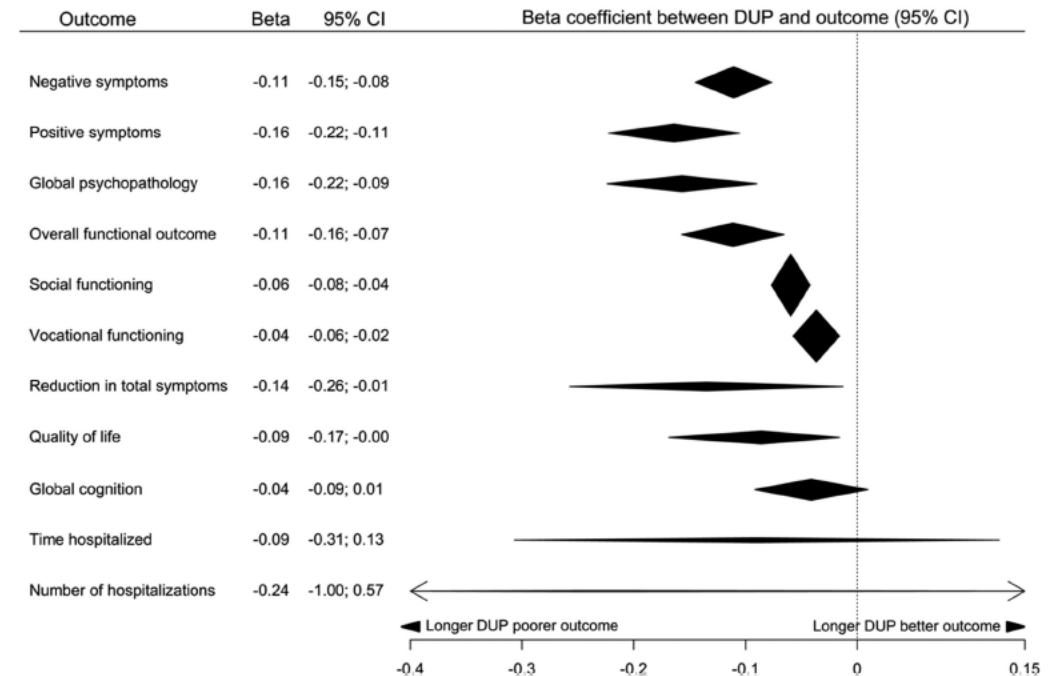


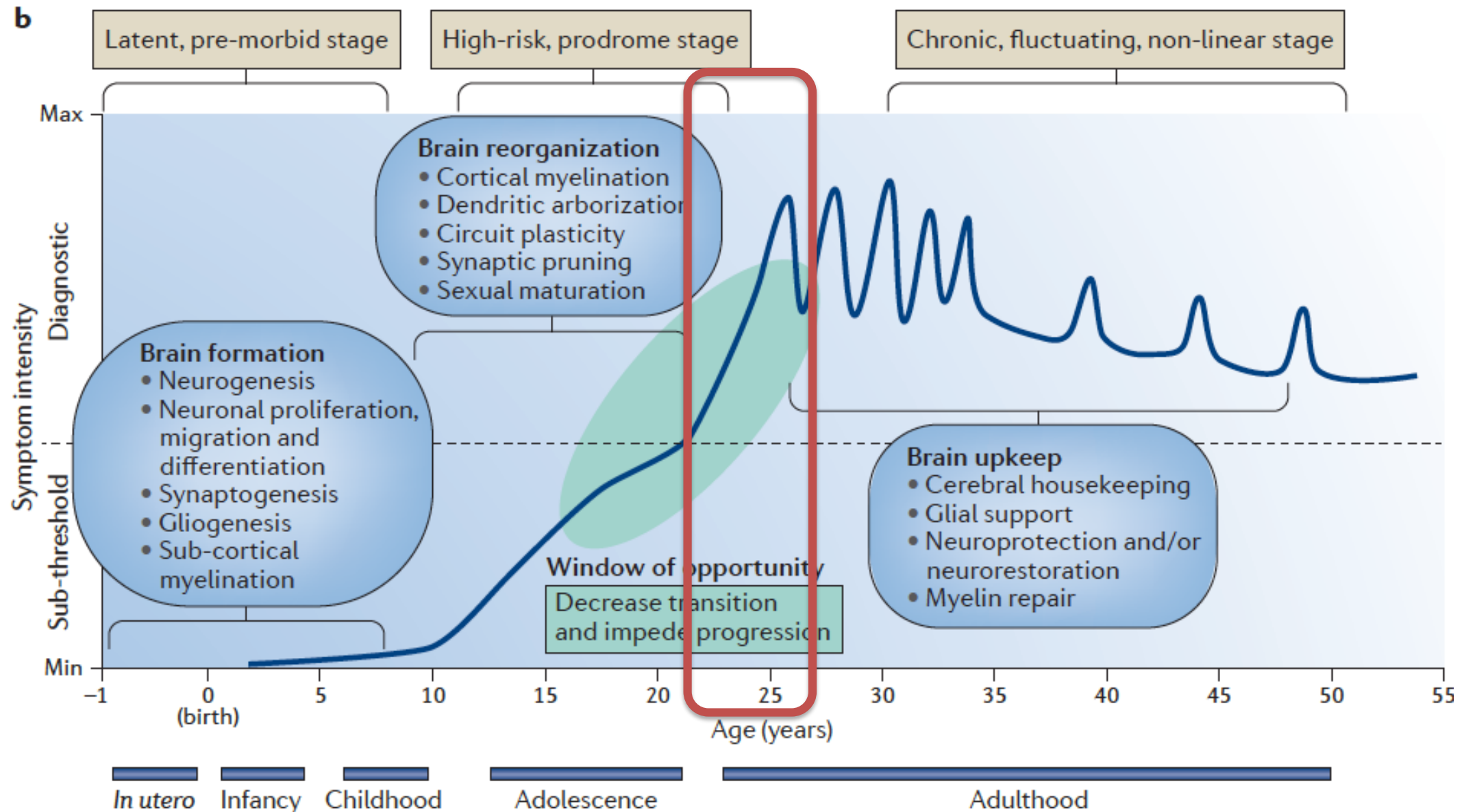
Figure 5 Summary of effect sizes for relationships between duration of untreated psychosis (DUP) and continuous outcomes at follow-up

Howes et al, *World Psychiatry* 2021;20:75–95

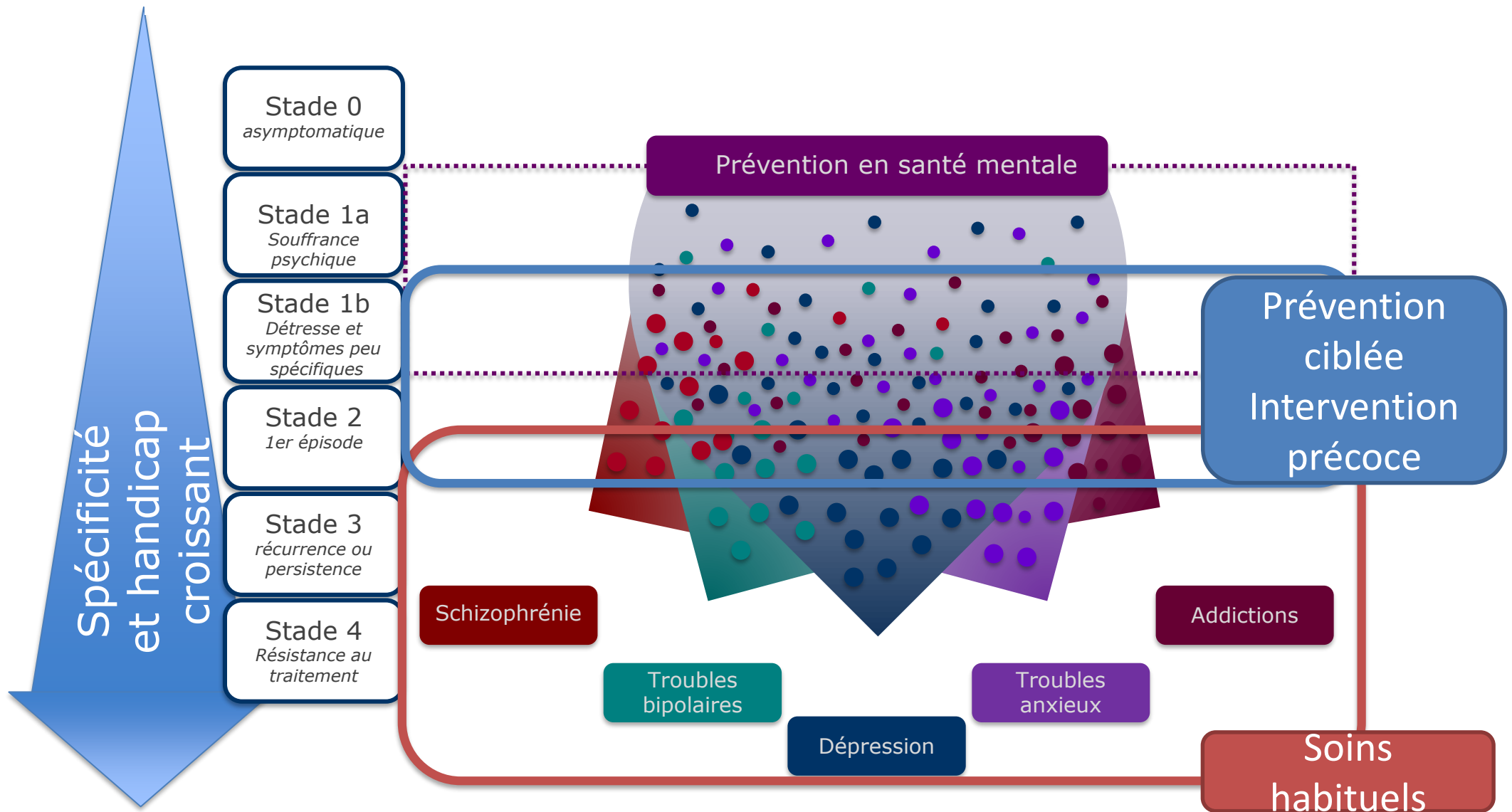
Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives

Millan et al, 2016

NATURE REVIEWS | DRUG DISCOVERY



Une nécessaire approche transdiagnostique



Plusieurs évolutions possibles

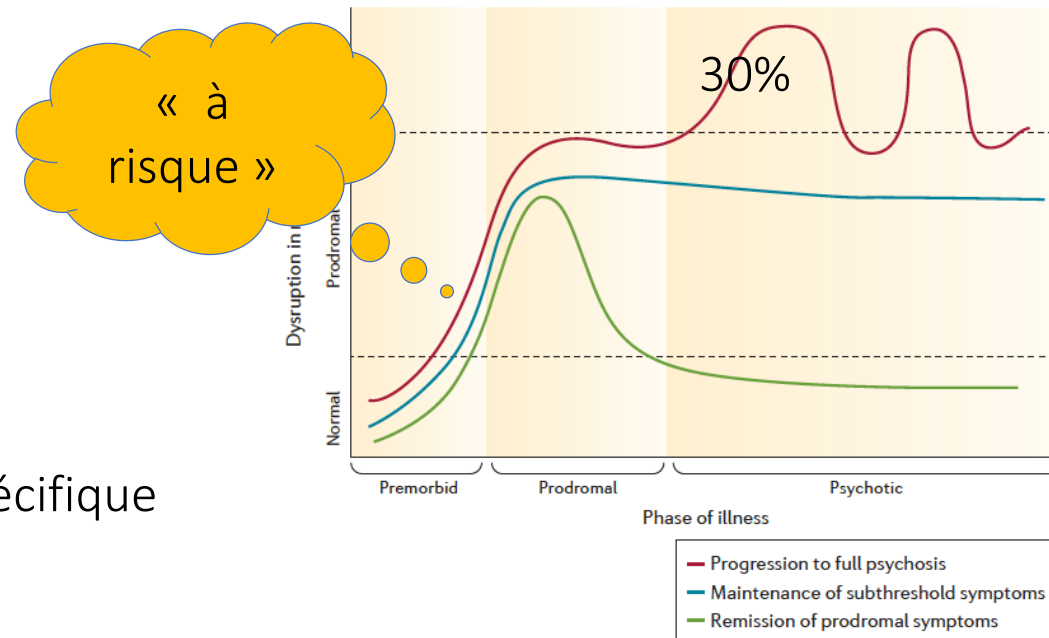
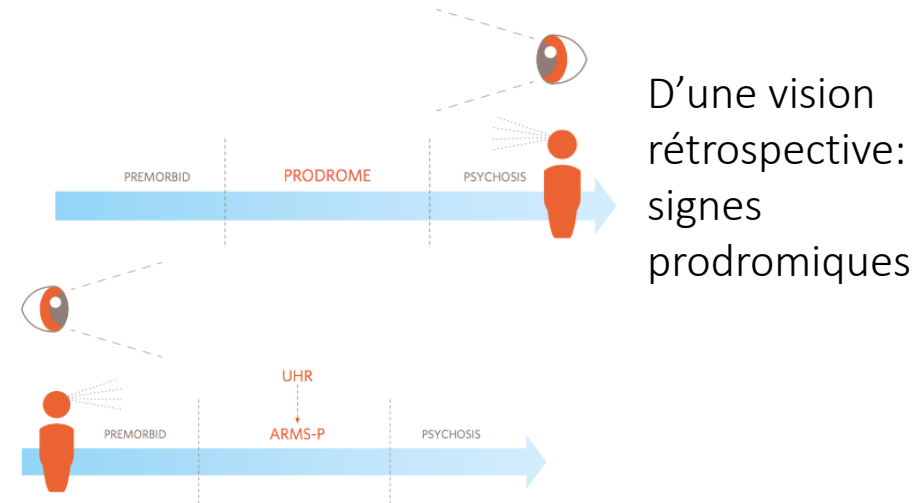
Tableaux précoces moins spécifiques

D'après Mc Gorry, 2016

Fusar Poli 2018_World J Psychiatry

Un changement de point de vue : des prodromes aux états mentaux à risque

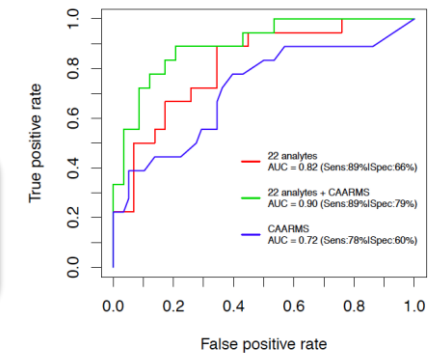
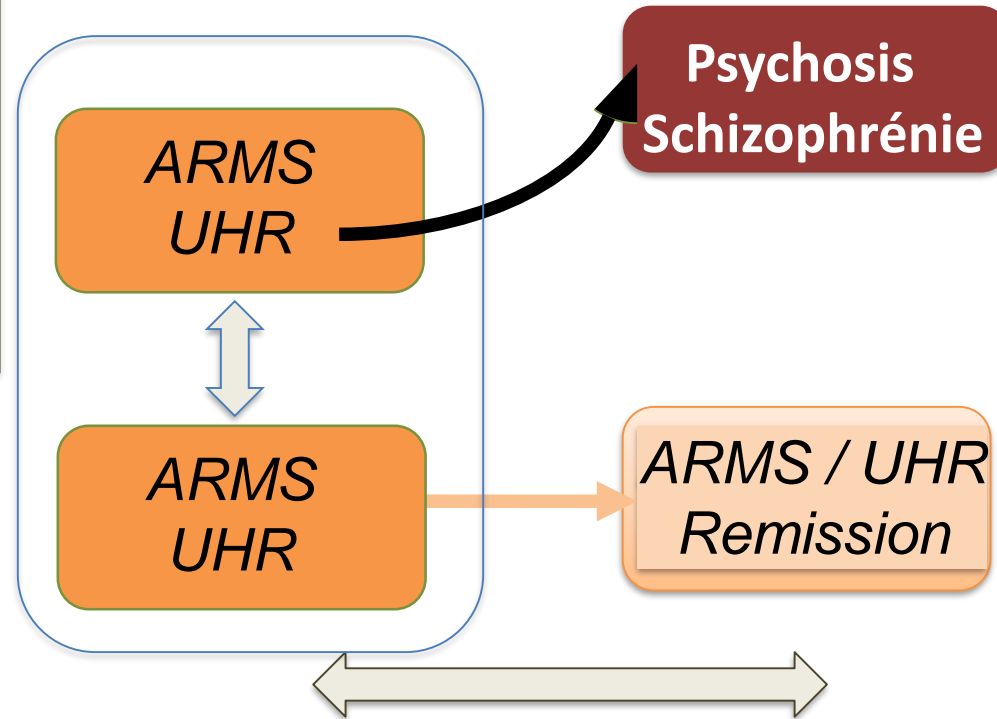
A une vision prospective :
Quels risques ? Quelle évolution ?
Comment limiter les risques / améliorer
l'évolution ?



Agir sur le processus évolutif
Processus de résilience ?
Mécanismes propres au stade
Contexte développemental spécifique
Contexte social essentiel

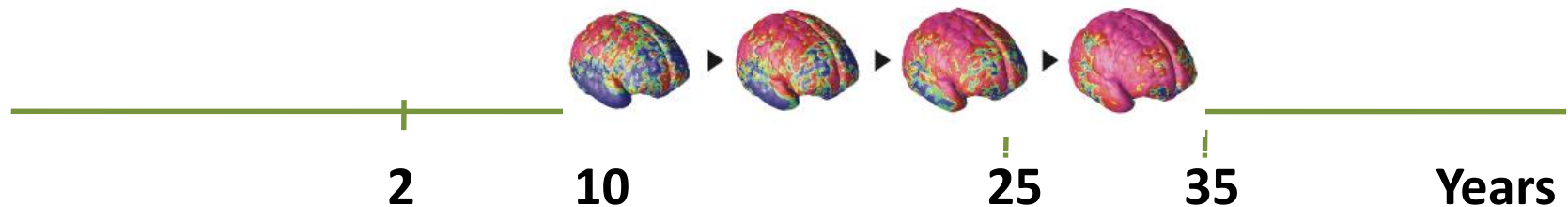
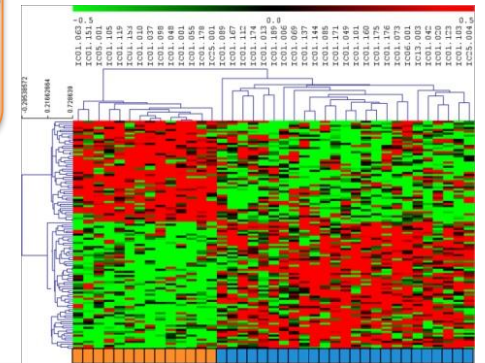
Predicting psychosis

Comparison converters non converters



Understanding psychosis onset

Difference After/ before conversion



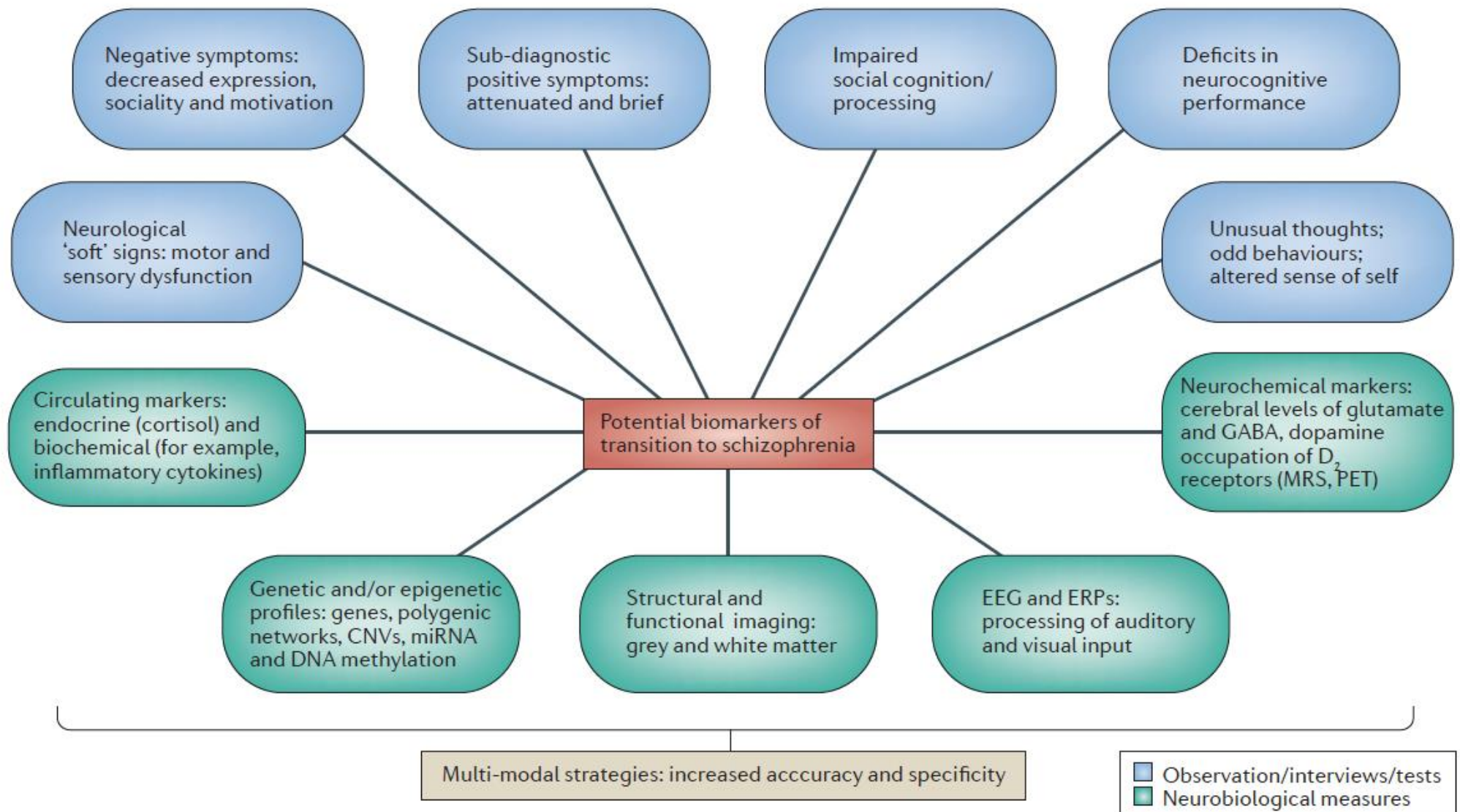
A la recherche de biomarqueurs

- Diagnostic précoce et choix thérapeutiques
 - Meilleur pronostic et économies dans la santé
 - Diagnostic différentiel
 - Aide à la décision thérapeutique
- Médecine stratifiée (sous-groupe)
 - Prédiction de réponse à des thérapeutiques spécifiques
 - Sélection du bon traitement pour le bon patient
 - Prédiction de quel patient développera des effets indésirables spécifiques (prise de poids, résistance à l'insuline, agranulocytose)
- Monitoring
 - Normalisation des biomarqueurs après traitement (efficacité)
 - Diagnostic précoce de rechute (réapparition des biomarqueurs)
 - Surveiller la compliance au traitement
 - Test précoce pour les effets secondaires
- Développement d'interventions curatrices
 - Prédiction des populations à haut risque et suivi de traitements préventifs

Caractéristiques / biomarqueurs

NATURE REVIEWS | DRUG DISCOVERY

b



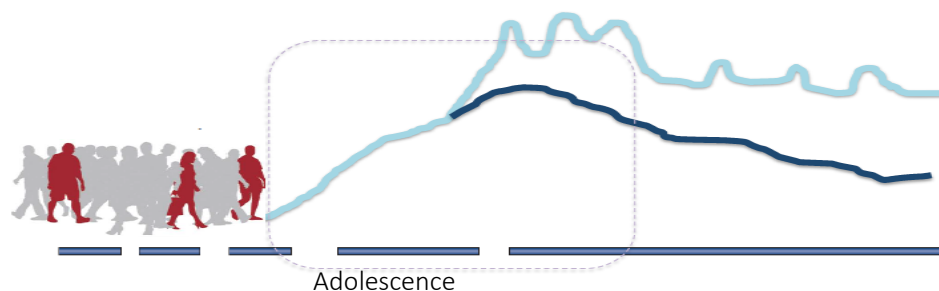
Où en sommes nous ?

- Ce qu'on peut déjà faire :
 - Diagnostics de certaines rares causes curables ou facteurs aggravants curables
 - Prévenir certaines complications somatiques
 - Monitoring des traitements (Cytochrome, acétylation ...)
- « Work on progress »
 - Découverte des processus sous jacents ...
 - Pas (encore ?) de biomarqueurs diagnostiques ou pronostique à l'échelle individuelle
 - Omics and big DATA
 - Orientation thérapeutique : cas de la cognition
- Objectif : approche personnalisée et prédictive ?



<https://psy-care.fr>

Programme intégratif de recherche promotion d'une psychiatrie préventive et personnalisée



**RECHERCHE HOSPITALO-
UNIVERSITAIRE EN SANTÉ
VAGUE4**

Preventing psychosis
through personalized
CARE

5 ans
5 objectifs
1 Hypothèse

- Améliorer la détection / le diagnostic précoce
- Prévenir la chronicité et le handicap
- Introduire la médecine de précision dans l'IP
- Transférer les connaissances au terrain clinique
- Améliorer la sensibilisation et l'accès aux soins

Favoriser la neuroprotection et la neuroplasticité limite la progression de la maladie, particulièrement en cas de troubles du neurodéveloppement

PsyCARE en 3 minutes: <https://www.youtube.com/watch?v=TV2YrAACqfY>

Transition (s)

- Transition sociale
- Transition cérébrale
- Transition psychotique
- Transition des systèmes ?
- Conclusions

Parties prenantes dans l'intervention précoce chez les 15-25

Personnes concernées

Familles

Aidants

Associations de patients et d'aidants

Médecins généralistes libéraux

Infirmières scolaires

Psychologue scolaires

Psychiatre libéraux

Psychologues libéraux

Pédopsychiatres libéraux

Maison des Adolescents

Service d'addictologie

Consultations hospitalières de psychiatrie

Consultations hospitalières de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Service d'hospitalisation psychiatrique

Service d'urgence psychiatrique

Numero national 3114

Points Accueil écoute Jeunes (PAEJ)

Conseils locaux de santé mentale

Service d'urgence somatique

Club de prévention

Mission locale

Collèges, Lycées et universités

Nightline, CROUSS

Pôle emploi

Autorités de tutelles : ministère de la Santé, DGOS, ARS

Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

Centre médicopsychologique, CMPP

-Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

Club de prévention

PJJ

Services de protection de l'enfance

Police

- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent & psychiatrie de l'adulte
- Secteurs / universitaire
- Sanitaire & Médicosociale
- Psychologues / Psychiatres
- Professionnel de santé non spécialistes vs spécialistes
- Professionnels de première ligne
- Ecole/ Collège/ Université // travail
- Usagers / professionnels
- Familles / jeunes
- Symptômes / signes / handicap / rétablissement
- Références théoriques :
 - Maladie du cerveau vs troubles mentaux
 - Curable / non curable
 - Contagieux génétique ... ?



La réalité du terrain

Accès

Interventions /
Ressources

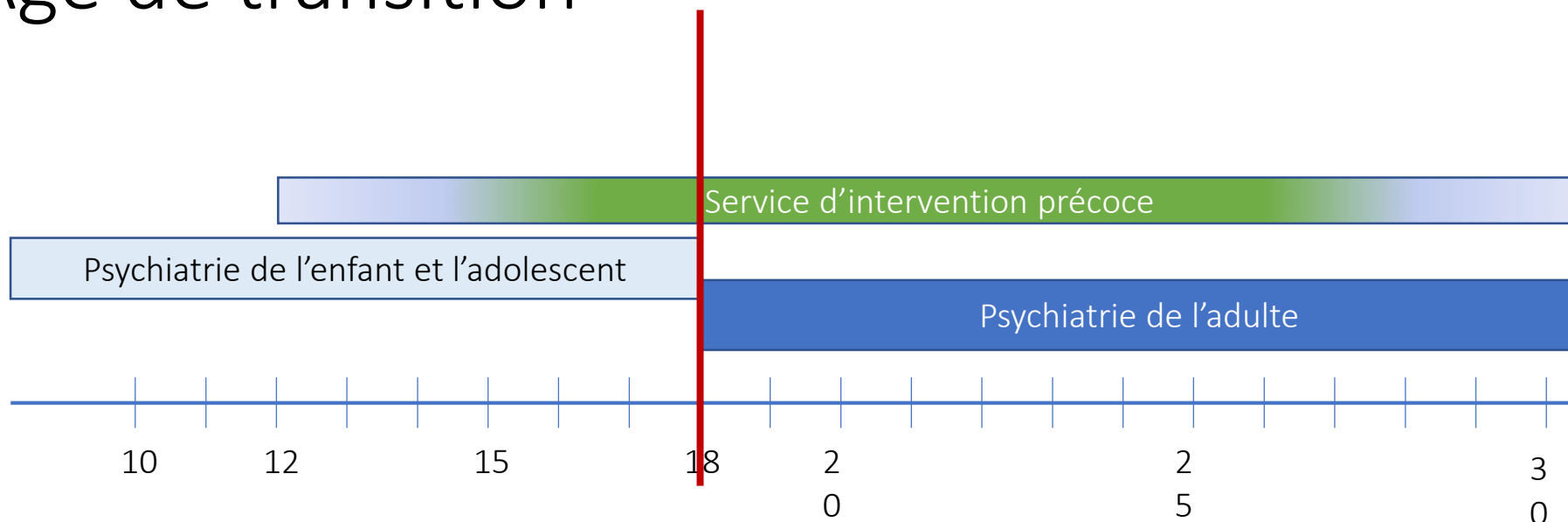
Devenir

- Beaucoup de structures mais peu de visibilité (« vers qui dois je me tourner? »)
- Manque de formation des professionnels de 1^{ère} ligne
- Pas d'aide à l'orientation
- Stigmatisation – freins à l'accès aux soins
- Centrer sur le parcours d'accès et de continuité des soins
 - Variété des structures
 - Variété des points de vue / des philosophies
 - Différent cultures ... et formations...
 - Différentes références organisationnelles
- Structures Sanitaires vs medicosociales
 - Règles différentes, objectifs différents
 - Mauvaise visibilité des missions
- Pas d'homogénéité, Pas ou peu de coordination entre les acteurs et les acteurs d'aval
- Rupture entre services pour adolescents vs adults (et une psychose émergente à 16 ans, vous fait « grandir » très vite ... et adressé en service adulte)
- Importance des actions pour la réinsertion et/ou la reprise d'études

Il faut agir tôt pour limiter la sévérité...
 mais l'intervention précoce pointe les limites l'organisation classique des soins

Repérage des symptômes pas évident	Symptômes peu spécifiques OU atténués mais des outil	Améliorer la capacité de repérage à l'aide des outils validés qui existent
Accès aux soins trop souvent par les urgences	Rôle important des intervenants de 1ère ligne	Formation des professionnels de santé de 1 ^{ère} ligne, Sensibilisation du public ; Pair sentinelle
Valeur prédictive d'environ 30%	Veiller à ne pas impacter plus le jeune par les soins que par ses troubles débutants (stigmatisation)	Adapter les soins à la situation du jeune et non l'inverse
Parcours de soin discontinu	Articulation pédo psy et psy adulte, médecine de ville et secteur, Maintien dans les soins (arrêt de plus de 40% à 1 an)	Définir une filière de soin spécialisée intégrant les ressources existantes dans leur expertises Coordination des intervenants
Stigmatisation	Auto stigmatisation, stigmatisation des / par les professionnels, Perte de chance	Travail de sensibilisation du grand public, intégration de ressources facilitant la réinsertion , la reprise d'études

Age de transition



Vulnérabilité
Transition Physiologique
Transition sociale, professionnelle, légale
Transition dans le système de soin

Où dois aller ? A qui puis je faire confiance ?

Transition des systèmes ?

- Centrer sur le parcours d'accès et de continuité des soins
- Variété des structures
- Variété des points de vue / des philosophies
- Stigmatisation – freins à l'accès aux soins
- Manque de formation des professionnels de 1^{ère} ligne
- Mauvaise visibilité des missions

LE MODÈLE INTERNATIONAL DE L'IP



Principes fondamentaux

- Accès facile et rapide aux services (éliminer obstacles qui causent des délais)
- Intervention qui débute rapidement
- Suivi intensif dans le milieu avec attribution d'un "case manager"
- Éventail d'interventions biopsychosociales basées sur les preuves
- Faire de l'engagement des patients et de la continuité des soins, une priorité

1	Sensibilisation du territoire
2	Accueil et orientation 6/7 -> 20h
3	Evaluation bio psycho sociale
4	Lien avec le milieu qui adresse la personne
5	Plan d'intervention centré sur le rétablissement / révisé tous les 6 mois
6	Evaluation et traitements des comorbidités
7	Intervention intensive dans le milieu (case management)
8	Thérapie cognitive et comportementale
9	Intervention familiale, psychoéducation des parents
10	Intervention préventive chez les UHR
11	Soutien à l'entourage
12	Réinsertion pro; retour aux études & maintien
13	Orientation en fin de programme selon la situation
14	Suivi à la suite du transfert / continuité des soins



STADE CLINIQUE	DÉFINITION	POPULATION CIBLE	INTERVENTION RECOMMENDEE
0	Augmentation du risque de psychose ou de trouble thymique sans présence de symptômes	Jeunes apparentés au 1 ^{er} degré d'un probant	Education et information (drogues) Promotion de la santé
IA	Symptômes modérés et non spécifiques (symptômes anxio-dépressifs, tolérance diminuée au stress) associé à un retentissement fonctionnel modéré.	Sujets demandeurs de soins, (médecins généralistes et écoles)	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
IB	Symptômes infra-liminaires associés à des déficits cognitifs modérés et à un déclin fonctionnel (GAF<70)	Sujets à ultra-haut risque de psychose (médecins généralistes et écoles)	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
II	Symptômes supra-liminaires modérés à sévères associés à des déficits neurocognitifs et un déclin fonctionnel marqué (GAF ≈ 30-50)	Premier épisode psychotique ou trouble thymique sévère	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues, traitement antipsychotique atypique
III	Rémission incomplète ou épisodes récurrents	Patients présentant une psychose chronique	Antipsychotique typique ou atypique à la dose minimale efficace, réduction active des drogues
IV	Pathologie sévère et persistante	Patients résistants	Clozapine, réduction active des drogues

EPPIC Model Integrity Tool (EMIT)

55 items
14 sections

Community Education and Awareness

Easy Access to Service

Home Based Care and Assessment

Continuing Care Case Management

Medical Treatments

Psychological Interventions

Functional Recovery Program

Mobile Outreach

Group Program

Family Program and Family Peer Support

Youth Participation and Peer Support Program

Partnerships

Workforce Development

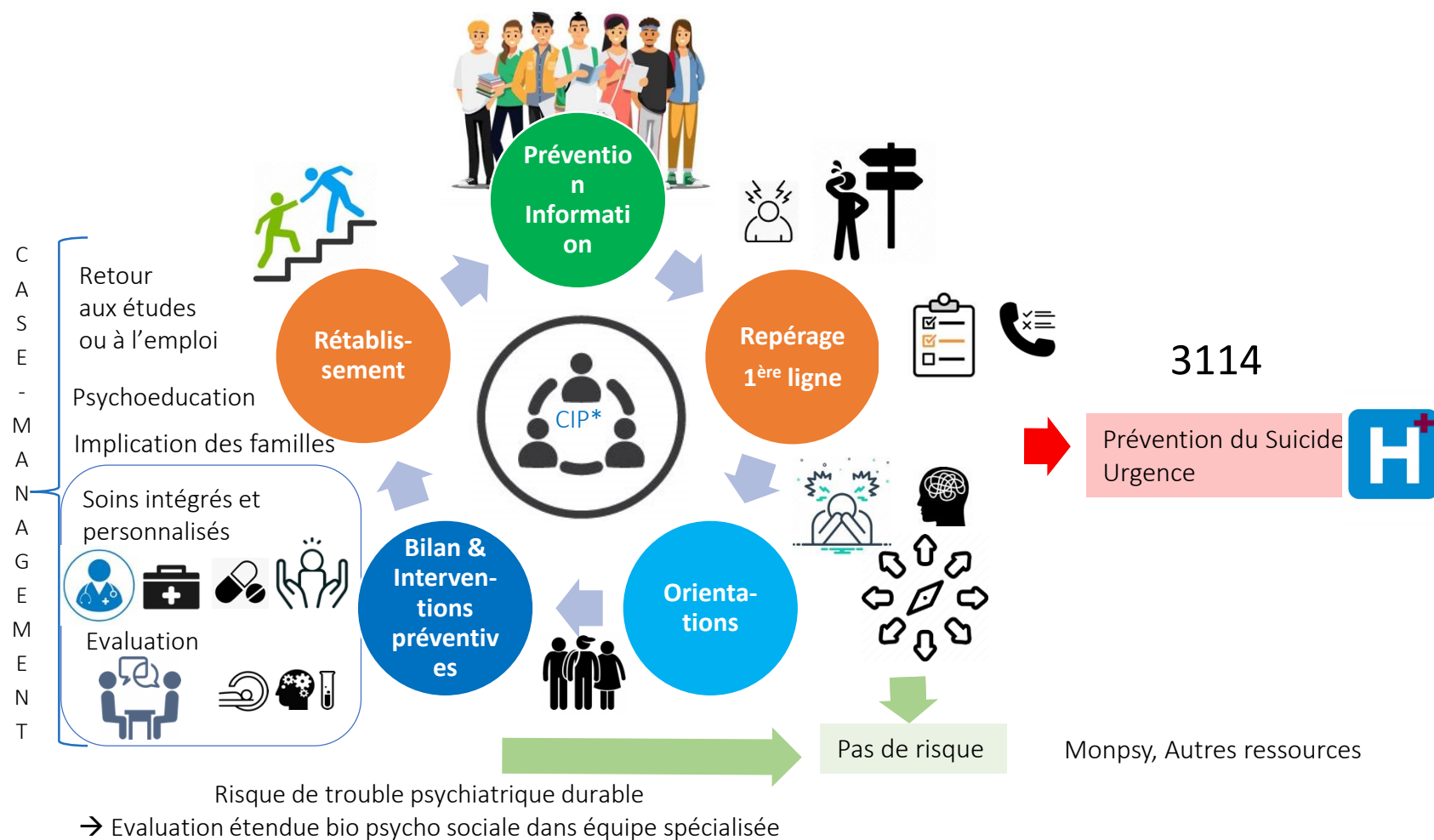
UHR Detection and Care

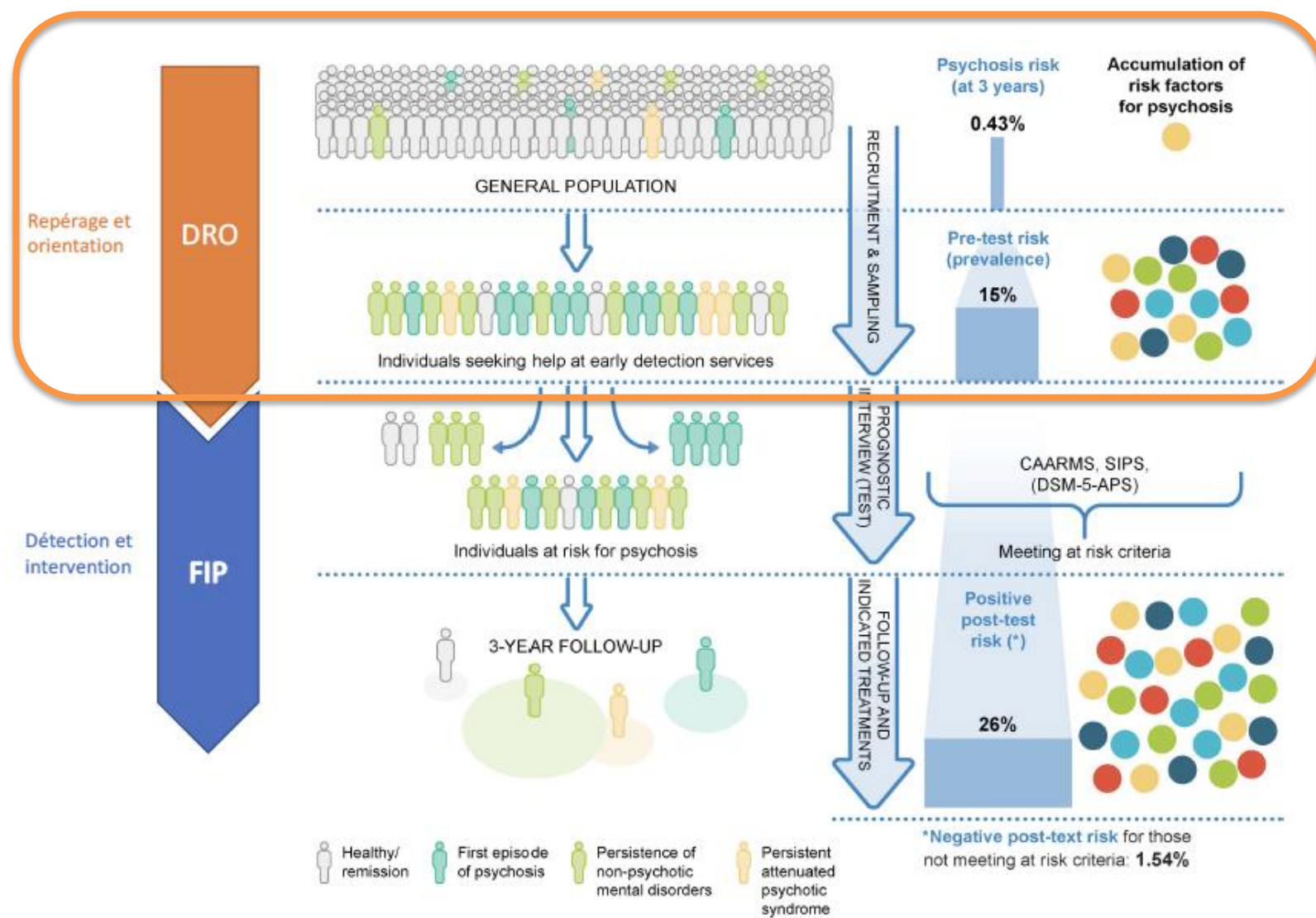
Critères additionnels

Streamed youth friendly inpatient care

Access to youth friendly sub-acute beds

Programme d'intervention précoce pour les troubles psychiques émergents des 15-25 ans







PRIMO

www.santepsyjeunes.fr

S'évaluer

Tu as entre 16 et 30 ans et depuis quelque temps, tu ne te sens pas comme d'habitude. Tu t'isoles, tu n'as envie de rien, tu n'arrives plus à te concentrer, tu éprouves des sensations bizarres, mais tu ne sais pas à qui en parler.

Ce questionnaire t'aidera à mettre des mots sur les difficultés que tu rencontres et te permettra de savoir vers quel professionnel t'adresser dans ta situation.

Questionnaire prochainement disponible



Le Hub de l'Information en santé mentale des 15-25ans (et de celles et ceux qui les côtoient)



POUR QUI ?

- Des jeunes
- De leur entourage (amis, famille)
- Des professionnels de 1^{ère} ligne (IDE scolaire, éducateurs, CPE, médecins généralistes, etc...)

POUR QUOI ?

- Informer sur les troubles psychiques avec pour objectif une prévention ciblée
- Faire connaître l'intervention précoce et ses enjeux
- Faciliter la demande de soin
- Sensibiliser l'entourage au repérage du mal-être et à l'accompagnement au soin
- Former les professionnels de 1^{ère} ligne au repérage
- Faciliter l'accès à des soins adaptés grâce à une cartographie des DIP



- Le stress, c'est quoi ?
- La gestion du stress, le film
- Les idées délirantes, c'est quoi ?
- Les symptômes négatifs
- Les hallucinations, c'est quoi ?
- Les fonctions cognitives
- Les stratégies cognitives
- Les addictions

**Retrouvez toutes nos vidéos en
scannant le QR Code suivant :**



Brochures d'information en santé mentale co-construites avec la Maison Perchée (9 disponibles, 13 en cours)

► Mieux comprendre, mieux vivre avec

Troubles

- Trouble schizophrénique
- Trouble bipolaire
- Trouble anxieux
- Troubles du spectre autistique
- Dépression
- TDAH
- TOC
- Trouble borderline
- Trouble schizoaffectif
- Épisode psychotique
- Stress post-traumatique
- Addiction

Hygiène de vie

- Sexualité
- Sommeil
- Alimentation
- Psychotropes
- Fonctions cognitives

Parcours de soin

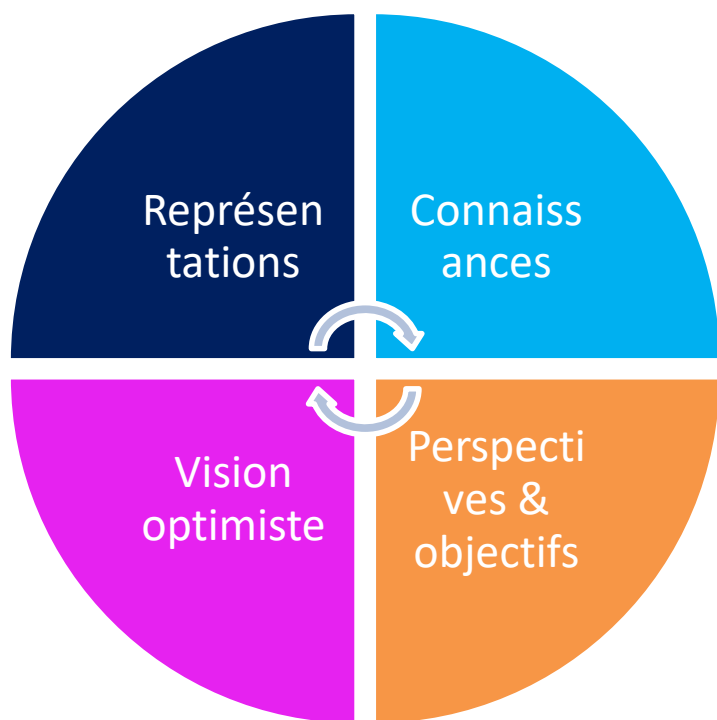
- Neuropsychologie
- Annonce diagnostique
- TCC
- Care management

Stigmatisation

- Stigmatisation



Partager :



Démarche participative
Langage, Mots, Images

	Public youth	Public Parents	Professional	MH Professional
Brochures	X	X	X	X diagnosis
Design motions	X	X	X	X training
Website santepsyjeunes.fr	X	X	X	
Questionnaire et cartes	X	X	X	X
Icare YouCare Programmes de psychoeducation	X	X		X
PsyCARE App : psychoeducation personnalisée	X	X	X	X
GPS (Guide de prévention et de soins)	X	X	X	X
Guide d'implémentation			X	X
Site web reseau-transition/ Masterclass , DU			X	X

Transition (s)

- Transition sociale
- Transition cérébrale
- Transition psychotique
- Transition des systèmes ?
- **Conclusions**

Conclusions

- La démarche dite des 4P doit servir de modèle au progrès médical, avec une **approche prédictive, préventive, personnalisée et participative**. A terme, elle permettra la redéfinition du parcours de soin et l'émergence d'un modèle de santé plus performant et humain.

NOUS SUIVRE / NOUS CONTACTER



Site Web ▶ www.institutdepsychiatrie.org/transition

Contact ▶ transition@institutdepsychiatrie.com

Réseaux sociaux ▶ Twitter@ResTransition
▶ LinkedIn <https://www.linkedin.com/ResTransition>
▶ Youtube <https://www.youtube.com/channel/UCrswV2QQifYNbu85i1CDI5A/videos>

Newsletter / contact : ▶ transition@institutdepsychiatrie.com



NOS PARTENAIRES



la maison
perchée



ApyCare



Université de Strasbourg
unistra.fr



Université de Tours
univ-tours.fr



Université de Paris-Saclay
uvsq.fr



Université Caen Normandie
unicaen.fr



Université Claude Bernard Lyon 1
univ-lyon1.fr



Université d'Angers
univ-angers.fr



Université de Bordeaux
u-bordeaux.fr



Université de Bretagne Occidentale
univ-brest.fr



Université de Lille
univ-lille.fr



UNIVERSITÉ DE NANTES

Université de Nantes
univ-nantes.fr



Université de Paris
u-paris.fr



Université de Picardie Jules Verne
u-picardie.fr



IEPA



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille



3114 SOUFFRANCE
PRÉVENTION
DU SUICIDE



FERREPSY
Occitanie