



Jeunes adultes et problèmes psychiatriques émergents: la place des substances

Atelier

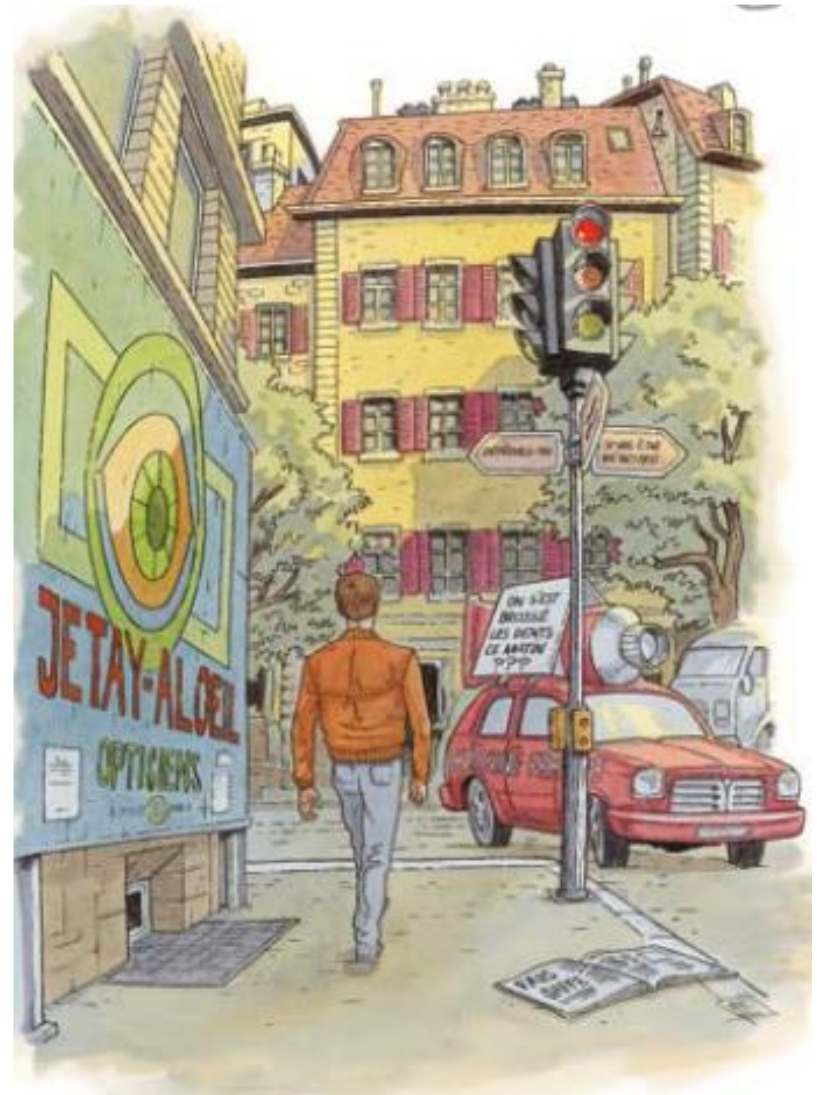
Dr Logos Curtis-HUG
Prof Dr med Isabelle
Gothuey-RFSM-UniFr



Adolf Wölfli
Clinique de la Waldau, Musée de l'art Brut. Berne et
Lausanne, 1895

Plan

1. Cas clinique
2. Psychoses émergentes, transition
3. Cannabis & psychose
4. Cas clinique suite
5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques
6. Take home messages



Cas clinique

Un homme de 19 ans arrive à une consultation de santé générale pour jeunes, accompagné de sa mère. Elle explique qu'il est accro au cannabis et n'arrive plus rien faire et se retire de tout.

Il redouble actuellement sa 2^e année au collège, et selon sa mère n'a plus été en classe depuis la rentrée. Il vit à la maison avec ses deux parents, sort souvent tard le soir, dort tard la journée et ne semble plus avoir des fréquentations sociales si ce n'est pour se procurer du cannabis

Le jeune homme est très passif, semble distrait, avec des réponses souvent courtes mais informatives.

QCM: à vous

- A quoi pensez-vous?

QCM: à vous

- A quoi pensez-vous?
 - a) Dépendance au cannabis
 - b) Psychose émergente
 - c) Dépendance au cannabis induisant une psychose émergente
 - d) Psychose émergente induisant une dépendance au cannabis
 - e) Toutes les options décrites ci-dessus sont justes

QCM: à vous

- Que recherchez-vous comme information?

QCM: à vous

- Que recherchez-vous comme information?
 - a) Antécédents familiaux
 - b) Dépistage urinaire THC
 - c) Electroencéphalogramme
 - d) Status mental complet
 - e) Toutes les options décrites ci-dessus sont justes

Cas clinique (suite)

Motif de consultation : Retrait social, échec scolaire, consommation cannabis (problème pour famille)

Anamnèse actuelle : Difficultés scolaires depuis l'année dernière alors qu'auparavant la scolarité se passait bien. Retrait social progressif, inversion rythme nycthémérale. S'isole beaucoup à la maison, beaucoup de temps sur internet, sort le soir, le plus souvent seul, ou pour se procurer du cannabis. Plus d'intérêt pour études ou autres, selon lui doit « trouver sa voie ». Voudrait que ses parents ne s'inquiètent pas pour lui.

Anamnèse générale : sp

Antécédents médicaux-somatiques : sp

Antécédents psychiatriques : 2-3 consultations avec la psychologue du collège demandées par école suite à troubles de comportements et difficultés scolaires

Antécédents substances : Alcool festif, dès l'âge de 14 ans, sans excès ou complications. Pas de tabac. Cannabis festif depuis l'âge de 14 ans et plus régulier depuis l'âge de 15 ans « pour se sentir mieux, détendu ». Cocaïne essayé quelquefois sur proposition d'amis. Ne voit pas le cannabis comme un problème

Cas clinique (suite)

Antécédents familiaux : Grand-père paternel décédé de suicide à après plusieurs hospitalisations psychiatriques, sujet peu abordé en famille pas plus d'informations.

Status somatique : Bonne santé globale, pas de particularité. BMI à 18.

Status psychiatrique : Présentation et hygiène légèrement négligé. Orienté, facilement distrait par bruits de l'environnement sinon pas de trouble attention ou mémoire. Pensée un peu lent et pauvre mais clair, structuré et informatif. Intérêt pour des thématiques spirituelles et existentielles sans être délirant. Moments d'anxiétés liés (à la complexité de la vie), gérés par cannabis ou « méditation ». Discrets troubles de perception (se dit sensible aux bruits depuis quelques mois), a parfois l'impression d'entendre ses pensées comme si elles lui parlaient. Euthymique au point de penser qu'il n'est ni heureux, ni triste, ce qui est bien. Moins d'intérêts ou plaisir si ce n'est de « chercher à comprendre » par la réflexion.

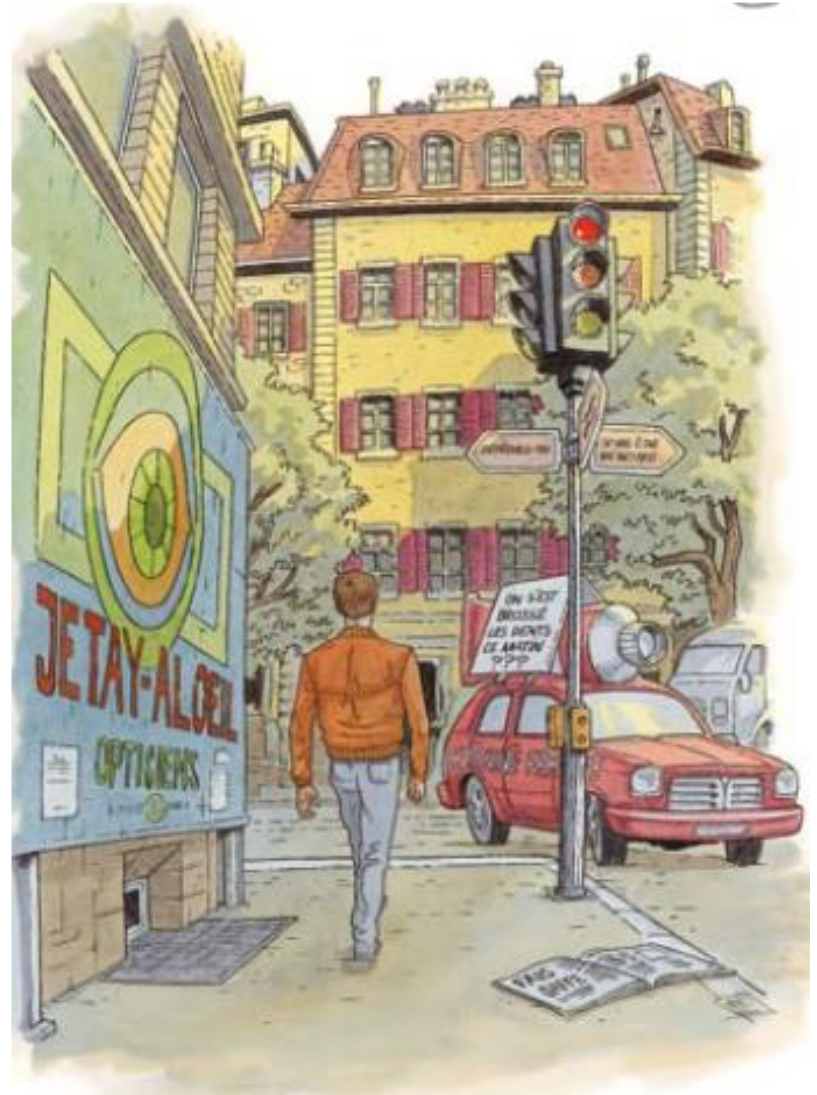
QCM: à vous

- Que proposez-vous à ce jeune homme?

QCM: à vous

- Que proposez-vous à ce jeune homme?
 - a) Un suivi individuel régulier
 - b) Un suivi familiale régulier
 - c) Une psychothérapie pour l'abus de cannabis
 - d) Une médication antipsychotique à faible dose
 - e) Un soutien à la formation
 - f) Rien de tout ça n'est médicalement justifié

Psychoses émergentes, transition



Psychoses

Troubles mentaux caractérisés par 1 ou plusieurs des symptômes suivants:

Hallucinations
Délires
Pensées désorganisées
Comportements désorganisés

Déficits d'expression
Déficits de motivation

} Symptômes positifs

} Symptômes négatifs

Souvent associés à:

Troubles cognitifs
Dysfonction sociale (déclin fonctionnel)



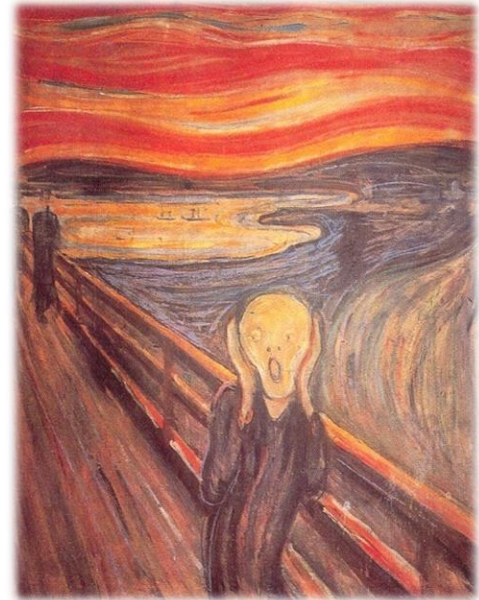
Psychoses

Prévalence à vie ~1 %.
Incidence ~ 1/4000 (1 an)

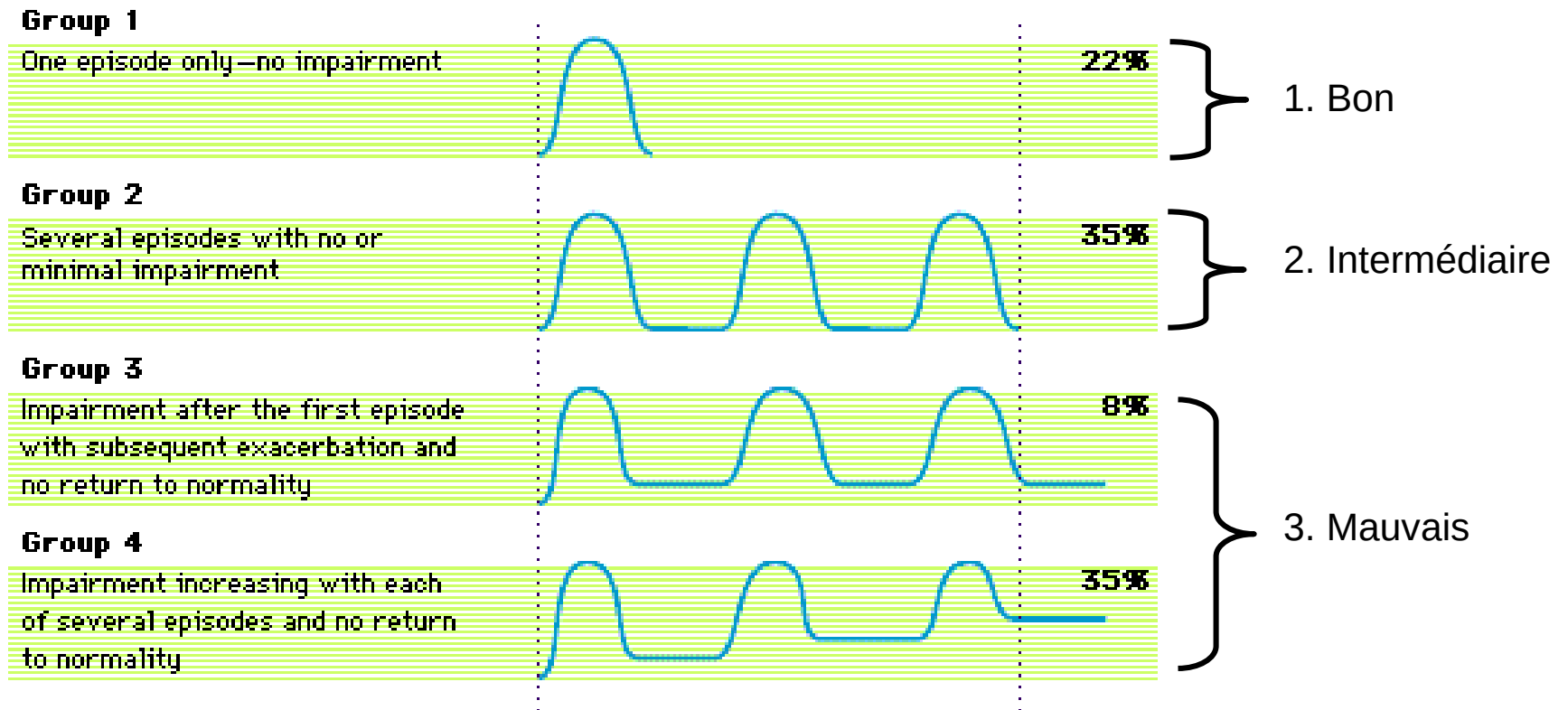
Majoritairement entre 18-25 ans

8^e cause de handicap dans le monde selon l'OMS

Différents types: trouble psychotique bref, trouble schizophréniforme, schizophrénie (chronique), trouble schizo-affectif...



Pronostic : Les trois tiers



Facteurs pronostiques

Facteurs ayant un impact négatif sur l'évolution de la maladie

Modifiable

- ▶ Mauvaise réponse au traitement
- ▶ Mauvaise observance du traitement
- ▶ Rechutes
- ▶ Mauvais «*insight*»
- ▶ Comorbidité de la toxicomanie
- ▶ Symptômes dépressifs
- ▶ Événements stressants de la vie

- ▶ DUP (Duration of untreated psychosis)

Non-modifiable

- ▶ Jeune âge à l'apparition des symptômes
- ▶ Sexe masculin
- ▶ Antécédents familiaux positifs

CLINICAL HIGH RISK – PSYCHOSIS (CHR – P)

STAGE 1 Psychose / Prodrome

	Premorbid	Prodromal (Early)	Prodromal (Late)	First psychotic episode (FEP)
Staging Model	Stage 0	Stage 1a	Stage 1b	Stage 2
Basic Symptoms		Present early, with tendency to increase over time		
GRD	Genetic risk present from birth, deterioration months to year before FEP			
BLIPS			Brief limited intermittent psychotic symptoms	
APS				
Time frame (before FEP)	Lifetime	Months-years	Weeks-months	-

Psychose attÉnuée (APS)

Caractérisée par 1 ou plusieurs des symptômes suivants:

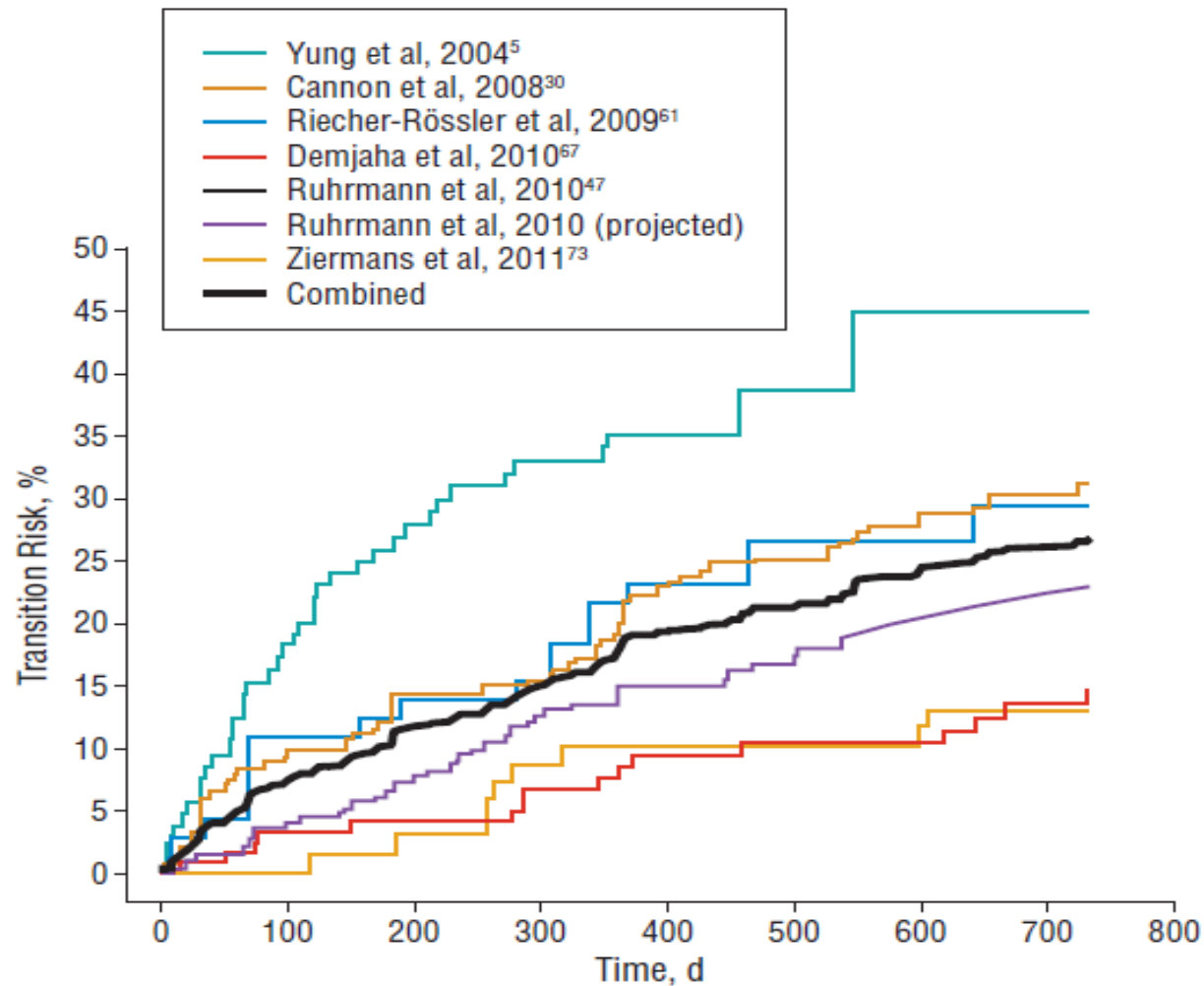
- ▶ Hallucinations
 - ▶ Délires
 - ▶ Pensées désorganisées
- } Sous forme atténuée

Souvent associés à:

- ▶ Troubles cognitifs
- ▶ Dysfonction sociale (déclin fonctionnel)



RISQUE DE TRANSITION (stade 1 au stade 2)



Fusar-Poli et al., Predicting psychosis: Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk *Arch Gen Psy* (2012) 69(3):220

Interventions thérapeutiques – CHP-P

Diminuer DUP : améliorer accueil et suivi des patients CHP-P

Traiter les comorbidités

A priori pas de médicaments antipsychotiques avant psychose
“Stade 2”

Interventions de famille (?)

Interventions psychosociaux (?)

L. Curtis, PD Thesis «Psychosis at the beginning» (2021)

Gallety et al., Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists
clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related
disorders. *Aust N Z J Psychiatry* (2016) 50(5):410

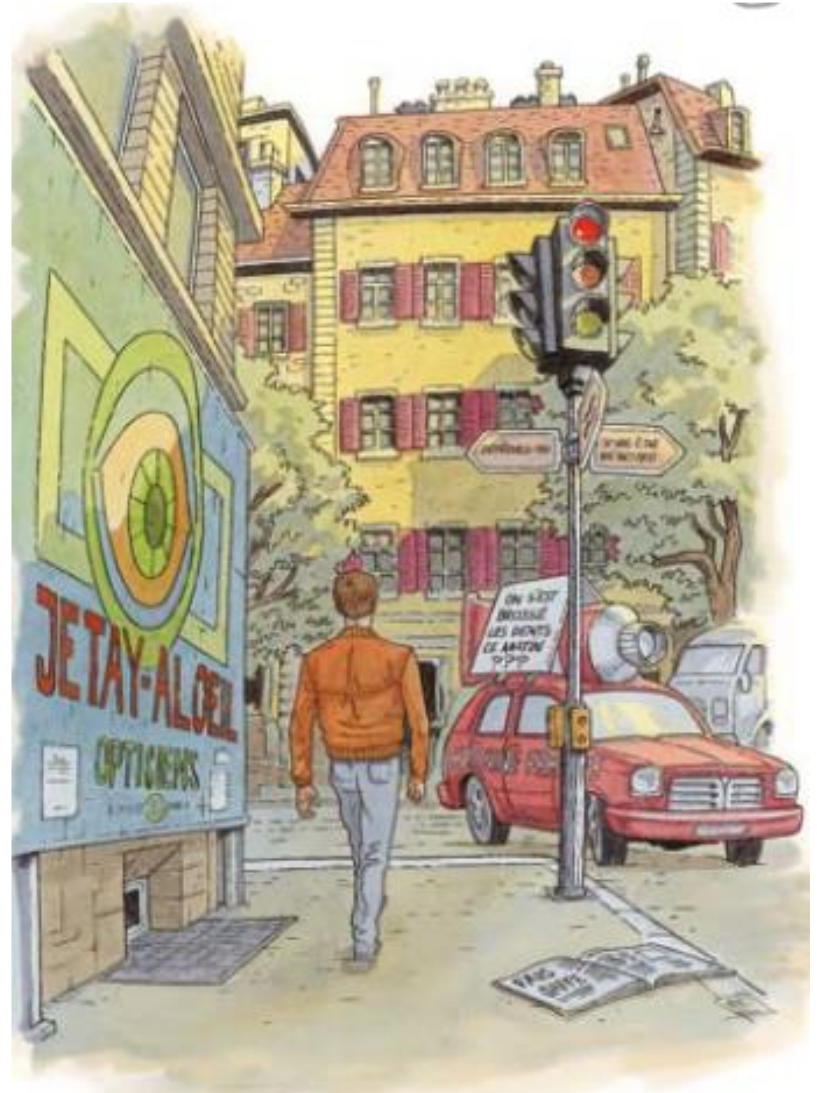
Projet «PsyYoung – Détection et intervention transcantonales précoces chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes avec statut de risque»



Environ 4 à 8% des jeunes entre 18 et 25 ans présentent un risque accru de psychose. L'objectif du projet transcantonal «PsyYoung» est d'optimiser l'identification précoce chez les jeunes tout en réduisant la psychiatisation si elle n'est pas nécessaire. Une meilleure mise en réseau et une coordination tout au long de la chaîne de prise en charge visent une amélioration durable de l'évolution de la maladie, de la qualité de vie et du niveau fonctionnel des personnes concernées.

Plan

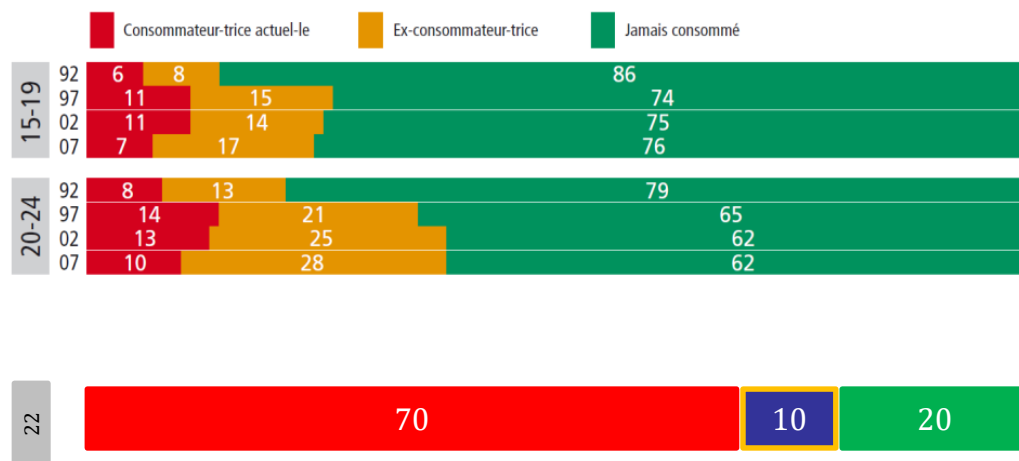
Cannabis & psychose



Consommation de cannabis en Suisse, selon l'âge (comparaison des années 1997, 2002 et 2007)



Sources: pour 1997: ISPA (1999). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 1997. n = 12 989
pour 2002: ISPA (2004). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2002. n = 19 678
pour 2007: ISPA (2009). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2007. n = 18 702

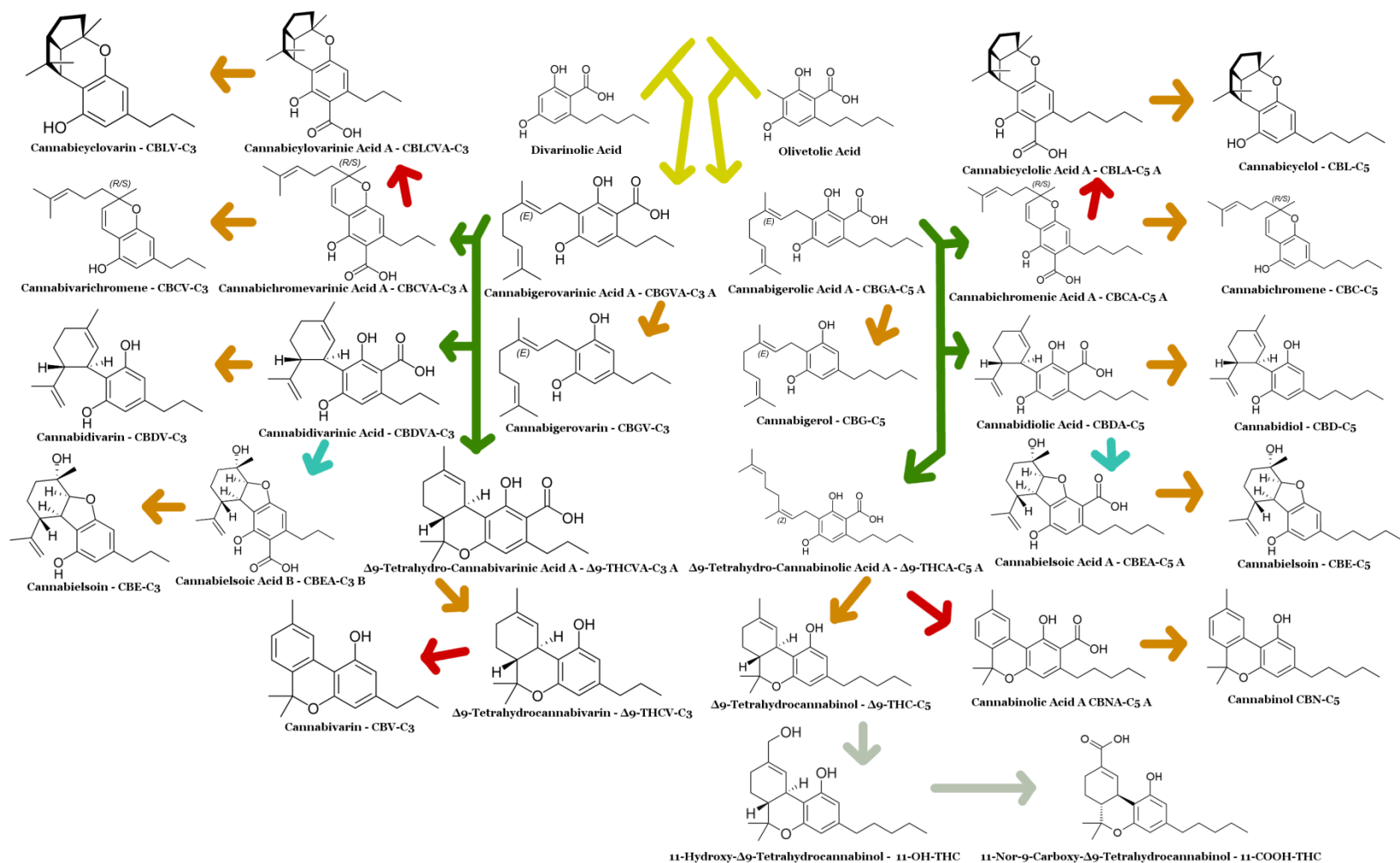


Patients hospitalisés pour un épisode psychotique
2011

Alizé



Programme hospitalier
pour jeunes adultes



Les substances psychoactives du cannabis sont les cannabinoides

The diagram illustrates the complex metabolic pathways of cannabinoids, starting from various precursor molecules and leading to the final products, THC and CBD.

Key Molecules and Pathways:

- Top Row:** Cannabicyclovarin (CBLV-C₃) and Cannabicyclovarinic Acid A (CBLVA-C₃) are precursors. Cannabicyclovarinic Acid A can be converted to Divarinolic Acid or Olivetolic Acid via yellow arrows. Olivetolic Acid can be converted to Cannabicyclic Acid A (CBLA-C₅A) via an orange arrow, which then leads to Cannabicyclol (CBL-C₅).
- Middle Section:** Cannabichromene (CBC-C₅) and Cannabichromenic Acid A (CBCA-C₅A) are shown. CBCA-C₅A can be converted to Cannabidiol (CBD-C₅) via a red arrow. Cannabidiol is circled in red.
- Bottom Section:** Cannabigerol (CBG-C₅) and Cannabigerovarin (CBGV-C₃) are precursors. CBGV-C₃ can be converted to Δ⁹-Tetrahydrocannabivarin (THCV-C₃) via a green arrow. THCV-C₃ can be converted to Δ⁹-Tetrahydrocannabinol (THC-C₃) via a red arrow. THC-C₃ is circled in red and leads to the final product, THC.
- Other Pathways:** Cannabidiol (CBD-C₅) can be converted to Cannabielsoin (CBE-C₅) via a red arrow. Cannabielsoin can be converted to Cannabinol (CBN-C₅) via a red arrow. Cannabinol can be converted to Cannabinolic Acid A (CBNA-C₅A) via a red arrow. CBNA-C₅A can be converted to Δ⁹-Tetrahydrocannabinol (THC-C₅) via a red arrow. THC-C₅ is circled in red and leads to the final product, THC.

Final Products:

- THC (Δ⁹-Tetrahydrocannabinol):** The primary psychoactive component, formed from THCV-C₃, THC-C₃, or THC-C₅.
- CBD (Cannabidiol):** The non-psychoactive component, formed from CBCA-C₅A or CBD-C₅.

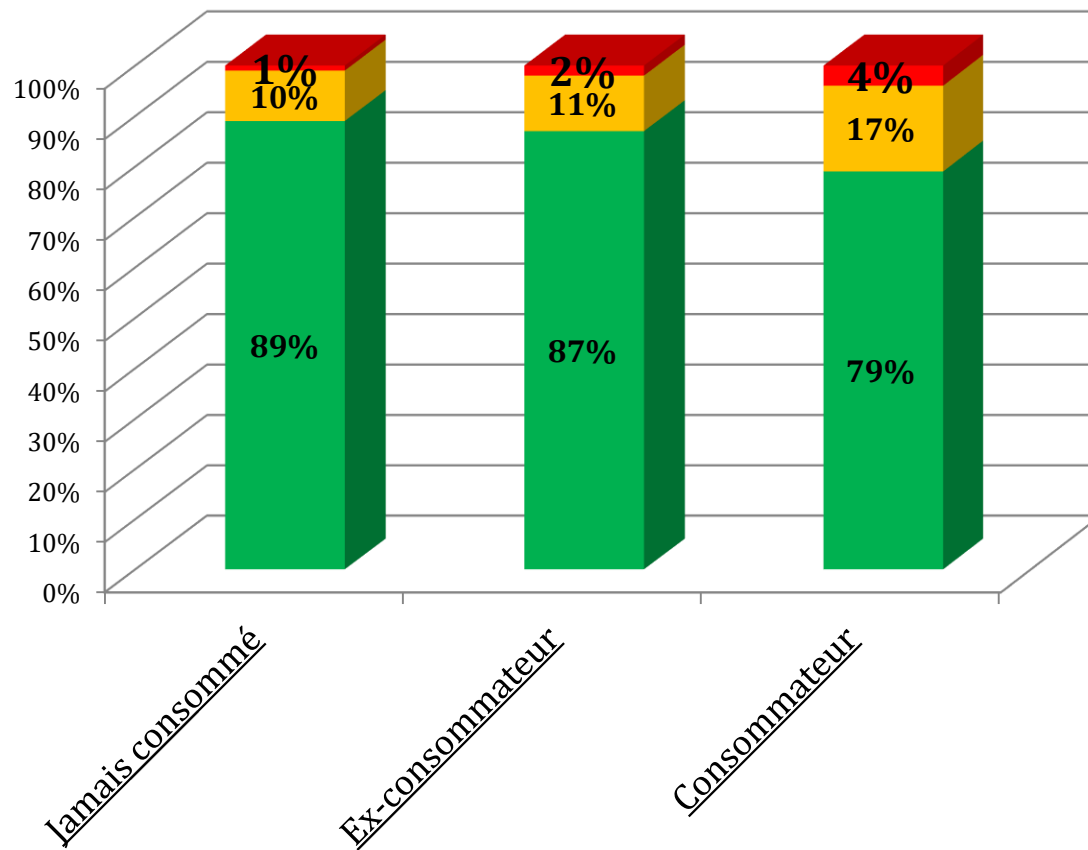
Perception des effets du cannabis, selon l'expérience de consommation (Pourcentage d'adhésions aux affirmations suivantes, chez les 13 à 29 ans)

Source: ISPA (2005). Calculs de l'ISPA sur la base des résultats de la première enquête (2004) du Monitoring de la problématique du Cannabis en Suisse.

	Expérience de consommation (%)		
	aucune	non actuelle	actuelle*
Effets positifs			
Détend	25	41	59
Procure une sensation agréable / plaisir / rend joyeux	38	38	46
Aide les malades atteints du cancer ou du sida	7	9	4
Aide en cas d'autres maladies	32	30	14
Rend loquace	3	5	8
Autres effets positifs	10	11	24
Ne sait pas / pas de réponse	8	4	5
n (nombre personnes)**	581	593	484
Effets négatifs			
Troubles de la concentration et de la mémoire, confusion, limitation des capacités cognitives	33	38	41
Engendre la passivité et l'apathie	18	37	37
Perturbation de la perception, troubles de la motricité	25	24	14
Dépendance	24	22	11
Rend malade / mutations génétiques	19	12	13
Problèmes psychiques (angoisses et crises de panique, schizophrénie, maladies psychiques)	9	15	21
Diminution des performances, échec scolaire, autres problèmes durant la formation	4	6	3
Problèmes émotionnels	4	6	5
Autres effets négatifs	13	15	14
Ne sait pas / pas de réponse	10	4	3
n (nombre personnes)**	2439	1522	585

* consommation de cannabis dans les 6 mois précédant l'enquête.

** nombre de personnes qu'y trouvent des effets positifs, respectivement négatifs (100%). La somme des pourcentages est plus élevée que 100%, car plusieurs réponses étaient possibles.



- Trouble Santé Mentale Sévère
- Trouble Santé Mentale
- Pas de Trouble

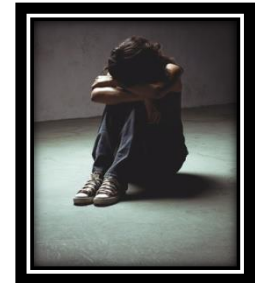
Van Ours, 2009

Santé Mentale & Consommation Cannabis en Australie

Cannabis & Dépression

- L'association entre l'utilisation du cannabis et la dépression chez l'adulte n'est pas clairement établi (Lev-Ran, 2014)
- Par contre, un lien entre l'utilisation adolescente et le développement ultérieur est plus net (Patton, 2002)

1600 étudiants suivi entre les âges de 14 et 21 ans

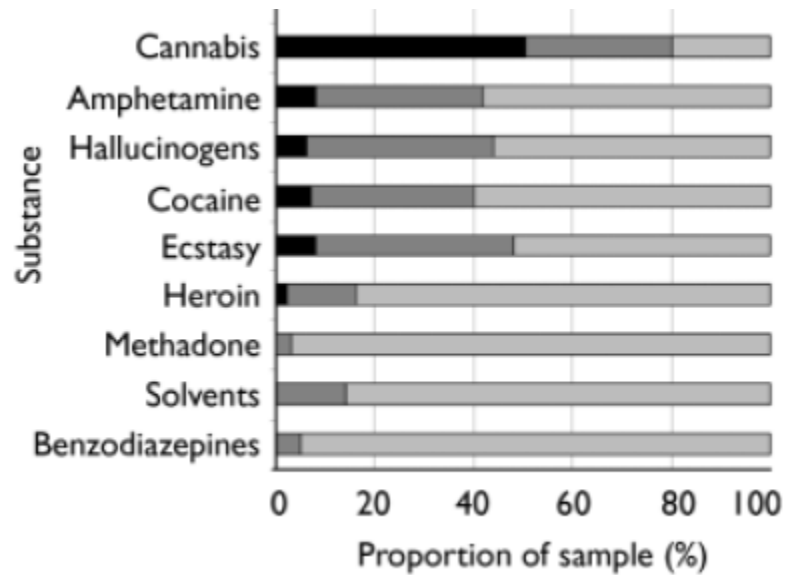


Utilisation de cannabis hebdomadaire → 2x plus de risque de développer une dépression

Utilisation de cannabis quotidienne → 5x plus de risque de développer une dépression



Patients hospitalisés pour un épisode psychotique
2011



Daily Mail

**Eight out of ten new
mental patients are
heavy cannabis users**

Utilisation de substances chez patients avec psychose

- , abuse or dependence
- , use but not abuse
- , never used.

Barnett, 2007

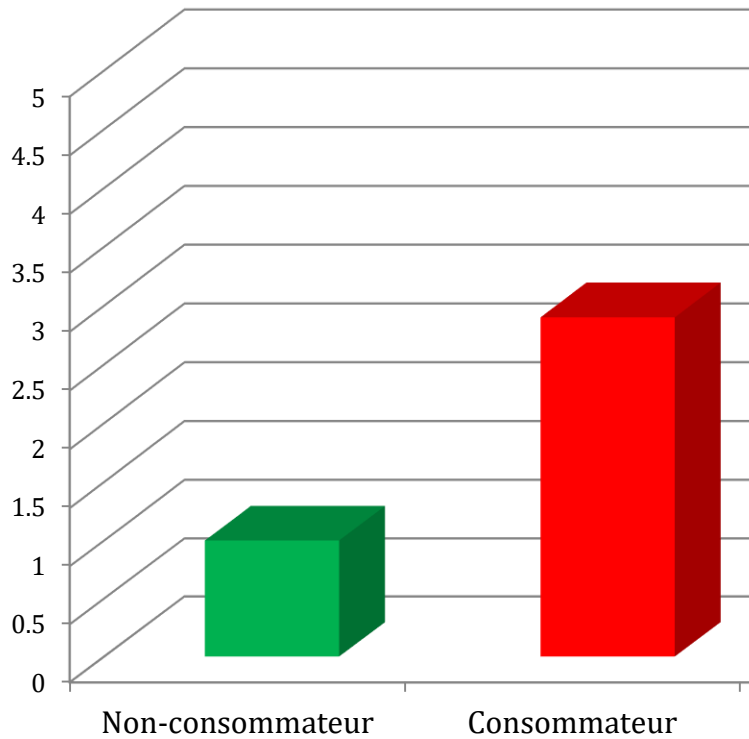
Cannabis & Psychose

Chez les patients présentant une psychose, le cannabis accentue les symptômes psychotiques



Cannabis & Psychose

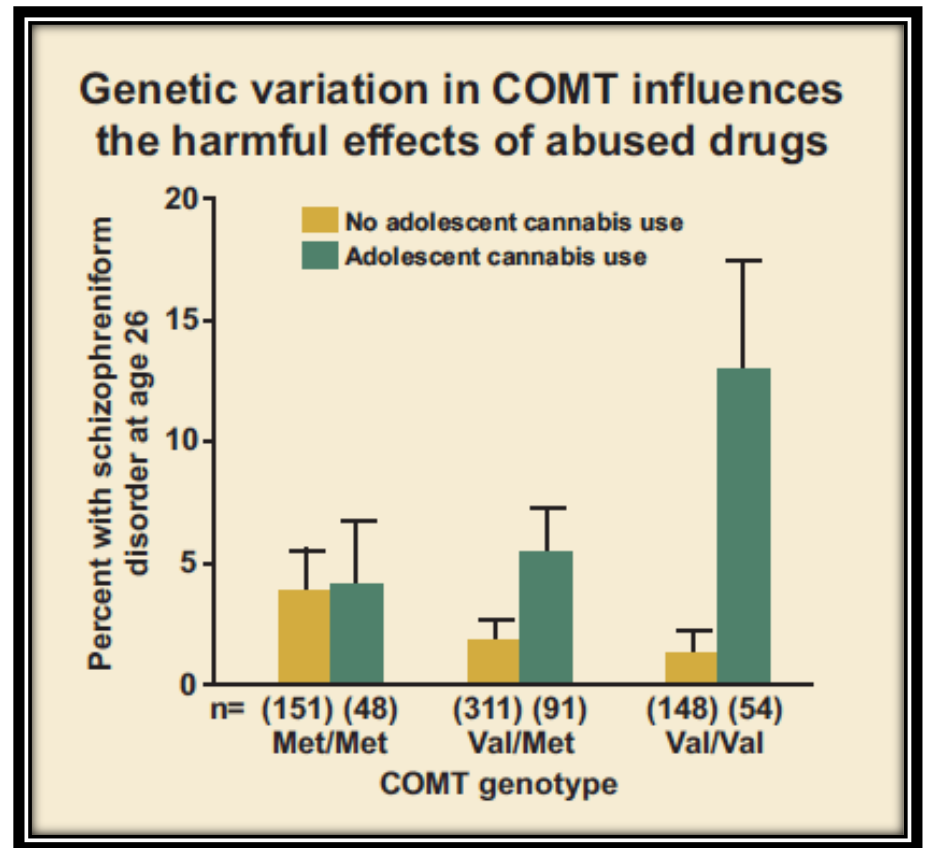
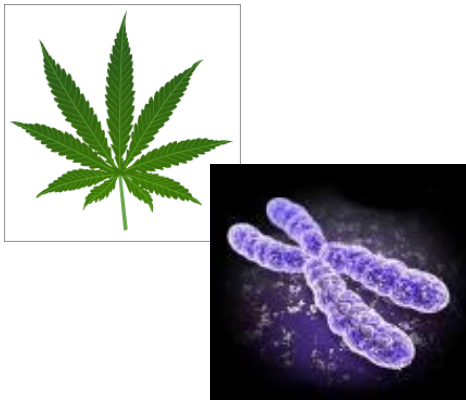
Risque de développer une psychose



Arsenault, 2007



Cannabis & Psychose



Cannabis & Psychose

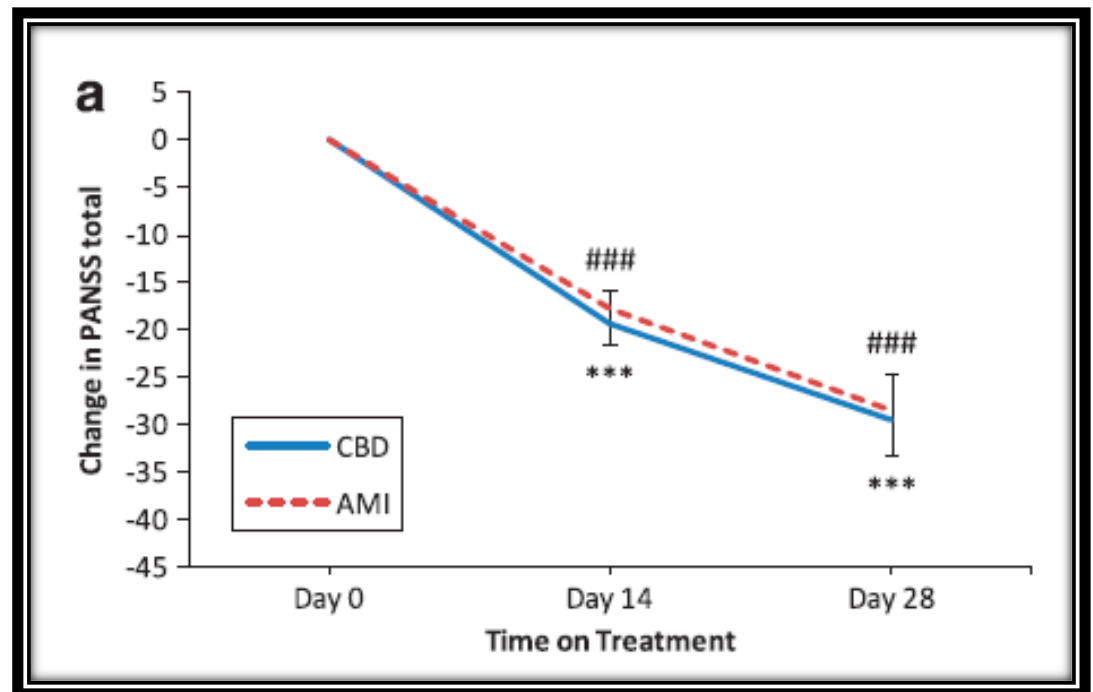
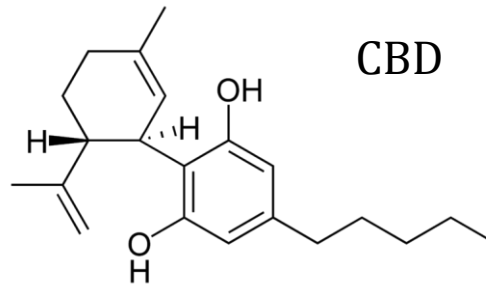
Le risque pour un consommateur de cannabis de développer une psychose est **2-3x** plus grand que celui d'un non-consommateur



Une minorité des psychoses (moins de 10%) peut être attribuée au cannabis

Une minorité des consommateurs (moins de 1%) développera une psychose

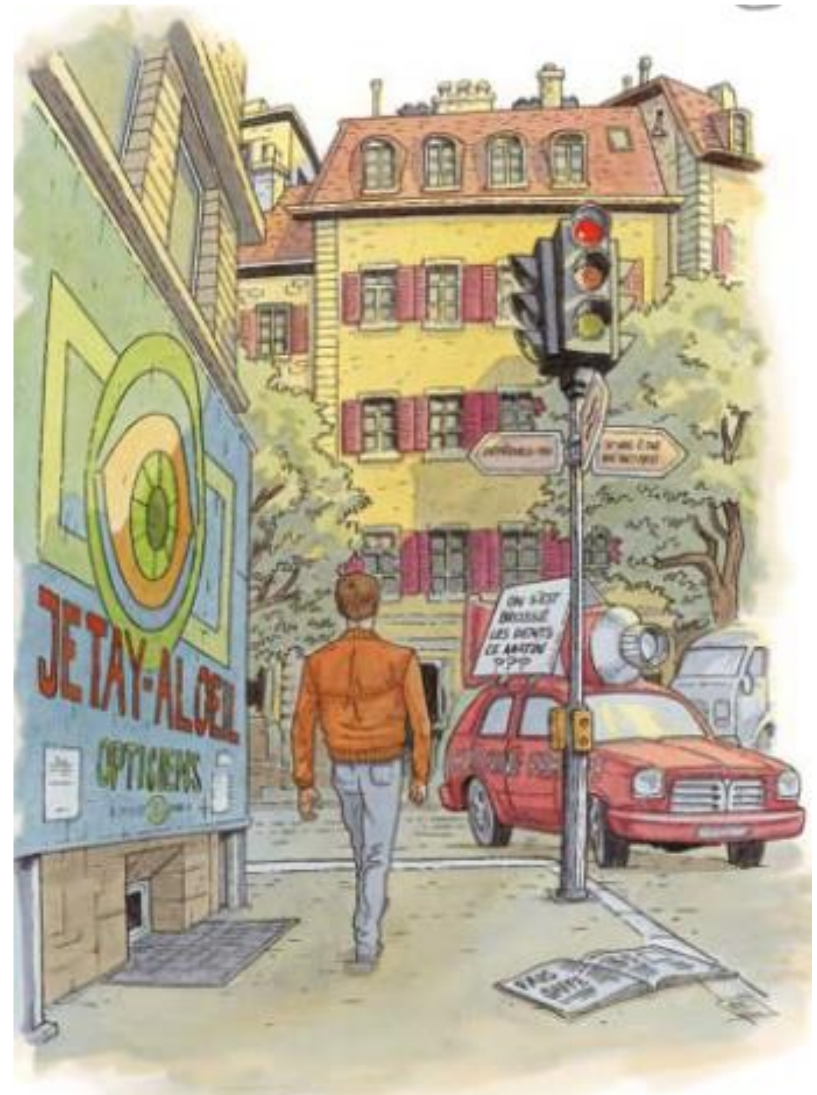
Cannabidiol & Psychosis



Leweke, 2012

Plan

1. Cas clinique
2. Psychoses émergentes, transition
3. Cannabis & psychose
4. **Cas clinique suite**
5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques
6. Take home messages





4. Cas clinique

- Depuis que vous le suivez, le jeune homme (22 ans) a été hospitalisé à deux reprises en milieu psychiatrique pour un épisode psychotique aigu.
- Il consomme toujours du cannabis, auquel est venu s'ajouter l'alcool. Il est dépendant de ces deux substances.
- Après le premier épisode psychotique, il a stoppé au bout de deux mois son traitement de Risperidone 6 mg/j-idem après le 2^{ème} épisode psychotique
- A tenté plusieurs petits stages en cuisine, comme paysagiste, de quelques semaines, mais n'a pas poursuivi
- N'a pas d'autres intérêts, a inversé son rythme veille-sommeil
- Il s'occupe comme surveillant des devoirs surveillés 2x2h par semaine.
- Officiellement il habite chez sa mère, mais vit chez son amie (les parents de son amie).
- Il n'a pas d'autres revenus que l'argent de poche donné par ses parents.
- Les parents sont séparés mais seraient prêts à payer une scolarité privée à leur fils
- Sur le plan somatique, il est en BSH
- Une démarche de formation initiale avec l'AI est en suspend car il ne veut pas signer le formulaire de demande AI



4. Cas clinique: éléments complémentaires

Au status

- Jeune homme, fait son âge orienté aux 3 modes
- S'exprime lentement, tente de synthétiser ses pensées, qui vont généralement trop vite et sont désorganisée
- Intelligence au dessus de la norme
- Présence de troubles formels du discours ou du cours de la pensée
- Pas de troubles de l'humeur
- Affects abrasés
- AP: ras
- Se sent absolument sûr qu'il peut travailler demain s'il trouve ce qu'il veut faire
- Il commence à souffrir de la réalité de sa situation, se compare à son amie qui termine sa maturité
- N'estime pas qu'il a des problèmes psychiques, il doit juste trouver sa voie.
- Rationalisation et illogisme lorsqu'on lui demande pourquoi il ne la trouve pas:
«Je ne suis pas allé me renseigner à l'ECG parce que si je dois aller au collège, alors me renseigner sur l'ECG ne sert à rien»



4. Cas clinique

- Depuis que vous le suivez, le jeune homme (22 ans) a été hospitalisé à deux reprises en milieu psychiatrique pour un épisode psychotique aigu.
- Il consomme toujours du cannabis, auquel est venu s'ajouter l'alcool. Il est dépendant de ces deux substances.
- Après le premier épisode psychotique, il a stoppé au bout de deux mois son traitement de Risperidone 6 mg/j-idem après le 2^{ème} épisode psychotique
- A tenté plusieurs petits stages en cuisine, comme paysagiste, de quelques semaines, mais n'a pas poursuivi
- N'a pas d'autres intérêts, a inversé son rythme veille-sommeil
- Il s'occupe comme surveillant des devoirs surveillés 2x2h par semaine.
- Officiellement il habite chez sa mère, mais vit chez son amie (les parents de son amie).
- Il n'a pas d'autre revenus que l'argent de poche donné par ses parents.
- Les parents sont séparés mais seraient prêts à payer une scolarité privée à leur fils
- Sur le plan somatique, il est en BSH
- Une démarche de formation initiale avec l'AI est en suspend car il ne veut pas signer le formulaire de demande AI



4. Cas clinique: éléments complémentaires

Au status

- Jeune homme, fait son âge orienté aux 3 modes
- S'exprime lentement, tente de synthétiser ses pensées, qui vont généralement trop vite et sont désorganisée
- Intelligence au dessus de la norme
- Présence de troubles formels du discours ou du cours de la pensée
- Pas de troubles de l'humeur
- Affects abrasés
- AP: ras
- Se sent absolument sûr qu'il peut travailler demain s'il trouve ce qu'il veut faire
- Il commence à souffrir de la réalité de sa situation, se compare à son amie qui termine sa maturité
- N'estime pas qu'il a des problèmes psychiques, il doit juste trouver sa voie.
- Rationalisation et illogisme lorsqu'on lui demande pourquoi il ne la trouve pas:
«Je ne suis pas allé me renseigner à l'ECG parce que si je dois aller au collège, alors me renseigner sur l'ECG ne sert à rien»

STATUS PSYCHIATRIQUE

Elaboré par le Prof Hasler en 2019

Description/Psychomotricité:

- Signe d'intoxication ou de sevrage
- Tenue, hygiène
- Calme / tendu / agité
- Collaborant
- Retard / ralentissement
- Catatonie

Cognition:

- Orientation,
- Concentration,
- Mémoire
- Attention et vitesse mentale,
- Méditation

Thymie/Affects :

- Humeur (tristesse, sauts d'humeur)
- Anhédonie, aboulie,
- Espoir et Elan vital, (énergie, intérêts, niveau d'activité, repli sur soi, apathie)
- Culpabilisation, Dévalorisation,
- Sentiment de honte
- Impulsion

Peurs :

- Attaques de panique,
- Inquiétudes exagérées
- Phobies [anxiété sociale, taille, sang, insectes, serpents, lieux publics, claustrophobie, maladies],
- Evitements anormaux

Compulsions :

- Actes compulsifs
- Pensées obsessionnelles (toc)

Trouble du moi/Psychose :

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Comportement désorganisé
- Discours désorganisé

Sommeil :

- Endormissement
- Troubles circadiens
- Fatigue diurne

Appétit:

- Changement appétit
- Changement de poids
- Anorexie/Boulimie
- Frénésie alimentaire

Risque suicidaire :

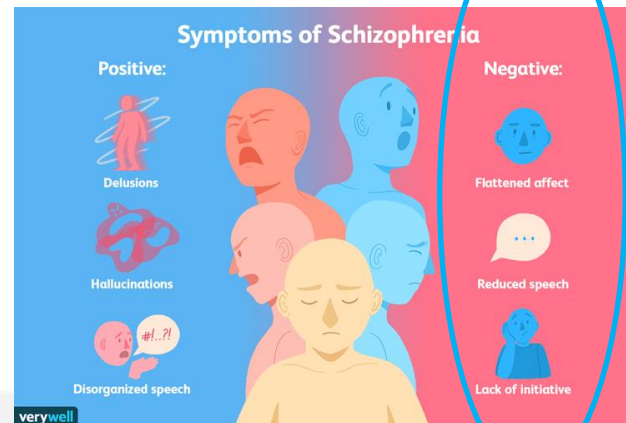
- Pensées
- Projets concrets
- Tentatives précédentes

Dépendances:

alcool, nicotine, cannabis, médicaments, drogues illicites, dépendances comportementales (au jeu, à l'informatique)

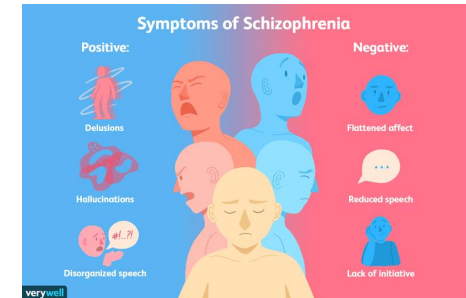


- Quel problème principal présente ce jeune homme?
- a) Les addictions non stabilisées
- b) La psychose non traitée
- c) Les symptômes négatifs de la schizophrénie
- d) L'inachèvement de la formation professionnelle
- e) L'intrication des problèmes addictifs et psychiatriques





- Quelle va être votre proposition thérapeutique?
 - a) Travailler l'alliance thérapeutique et viser la reprise d'un traitement neuroleptique adapté (cariprazine, brexpiprazol)
 - b) Travailler sur le mode motivationnel et viser une amélioration des comportements addictifs
 - c) Proposer une hospitalisation volontaire en milieu psychiatrique pour réintroduire un traitement antipsychotique et effectuer un sevrage d'alcool et de cannabis
 - d) L' AS doit prendre un rendez-vous avec une conseillère d'insertion de l'AI et le patiente pour avancer dans une perspective de formation professionnelle
 - e) Toutes les options décrites ci-dessus doivent être mises en œuvre de manière coordonnée et successive





5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques



- Cause d'invalidité les plus fréquentes dans le monde: Schizophrénie et autres psychoses¹
- ¼ des nouvelles rentes AI en CH²
- Seuls 40% des patients évoluent favorablement³
- Rémission des symptômes et du fonctionnement psychosocial 1 cas/7⁴
- Un traitement aux stades **précoces** améliore l'évolution de la maladie et ses conséquences psychosociales⁵



1 patient sur 2
fera au moins une
tentative de suicide
10 % EN DÉCÈDENT

L'USAGE RÉGULIER DE
cannabis
AVANT 18 ANS
x 2 le risque
de schizophrénie



Troubles du spectre de la schizophrénie: les défenses

Le déni



La fuite



Alliance thérapeutique: Intérêt d'une
approche relationnelle progressive



Programme spécialisé: le traitement avant/après le premier épisode psychotique

Haut risque

- Intervention psychothérapeutique focalisée sur l'engagement dans les soins
- Dans le milieu
- TTT des abus de substances
- Implication de la famille
- **Ø TTT médicamenteux¹¹**
- Psychoéducation

Après le 1^{er} épisode psychotique¹²

- TTT antipsychotique (efficacité clinique 80%)
-  des effets indésirables
- Neuroleptiques atypiques- dose minimale efficace
- Intervention psychothérapeutique ciblée sur la compliance-1 à 2 ans de traitement
- TTT de la consommation THC



Schizophrénie et autres troubles du spectre (psychoses)

Présentation clinique

8. La phase aiguë:

- **Prodromes** psychotiques (SIPS): symptômes non-spécifiques ou «**négatifs**»: ←
- Symptômes diagnostiques selon **ICD10**¹

Au moins 1 symptôme suivant

ou

Pensée en écho, ou enregistrées
Délire de contrôle ou d'influence, perception délirante, paranoïa
Hallucinations auditives qui commentent les actes du patient
Délire de grandeur, mystique, pouvoir surhumain
≥ 1 mois

Au moins 2 symptômes suivants

Hallucinations persistantes dans toutes les modalités
Pensées désorganisée, incohérente, néologisme, discours non relevant
Comportement catatonique ou agitation, négativisme, stupeur, mutisme
Apathie, pauvreté du discours, discordances affectives
Perte d'intérêt, pas de but, pas d'idée, attitude centrée sur soi, retrait social



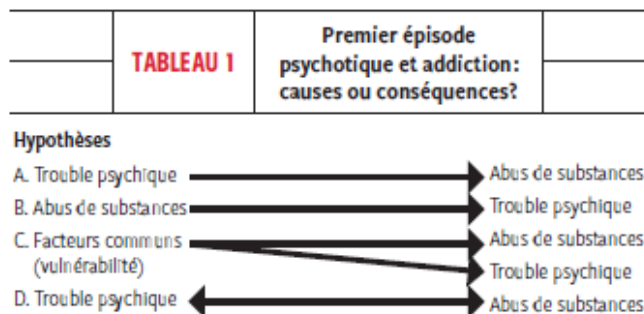
5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques



5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques

L'addiction : cause ou conséquence de la maladie psychique ?

- Déterminer quel trouble a précédé l'autre permet d'orienter les stratégies thérapeutiques.
- Plusieurs maladies psychiques primaires sont connues pour être fréquemment associées à une addiction secondaire et sont considérées comme facteur causal.
- A contrario, la maladie addictive peut être primaire, et le trouble psychique s'installer secondairement.
- Important de différencier une psychose induite par les substances consommées, d'un trouble psychotique primaire.





5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques

Que faut-il savoir?

Les patients souffrants de troubles concomitants:

- Utilisent plus fréquemment les services médicaux d'urgence, les services sociaux.
- Présentent une adhérence au traitement problématique.
- Sont instables du point de vue de leur hébergement.
- Adoptent plus régulièrement des comportements criminels ou violents.
- Sont régulièrement hospitalisés en milieu psychiatrique/milieu somatique/résidentiels/EMS¹.
- Les intervenants comme le contexte de soins peuvent être insuffisamment préparés à les recevoir ou les programmes de soins proposés s'avérer inadaptés.

1. Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsych* 1996;66:42-51



5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques

Addictions et Tr. du spectre de la schizophrénie

Que faut-il savoir?

- Les patients schizophrènes sont particulièrement exposés à la consommation et au mésusage des substance psychoactives.
- Prévalence des conduites de dépendance chez les patients schizophrènes évaluée à 50%¹.
- La schizophrénie est 4x +fréquente chez les alcoolos dépendants que dans la population générale.²
- Non traités, le pronostic global des patients schizophrènes et dépendants est plus mauvais, entraînant des hospitalisations plus longues et plus nombreuses en raison de rechutes dans les deux problématiques.

1. Chouljian et coll.1995, ECA

2. Deroisy A, Jacqueille Y. Profil clinique et évolutif des patients schizophrènes et dépendants. Alcoolologie et Addictologie 2007;20(2):122-130



5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques

Quelques études importantes sur:

L'accessibilité des soins:

- une partie importante des patients souffrant de troubles comorbides ne consulte pas,
- les consultations spécialisées ne sont pas assez développées¹
- les structures de soins ne sont pas assez accessibles².
- l'étude de Harris et al. montre qu'environ 65% des patients souffrant de troubles co-morbides ne consultent pas.
- La probabilité de ne pas recevoir de soins pour les abus de substance augmente avec la présence et la gravité de la pathologie mentale³.

1. Wu LT, Ringwalt CL, Wilam CE. Use of substance abuse treatment services by persons co-occurring mental and substance use problems. *Psychiatr Serv.* 2003 Mar;54(3):
2. Watkins KE, Bumam A, Kung FY, Paddock S. A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2001 Aug;52(8):1062-8.
3. Harris KM, Edlung MJ. Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv.* 2005 Aug;56(8):954-9.



5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques

Quelques études importantes sur:

- **L'hétérogénéité des types de traitements intégrés:**

Ziedonis^{1,2}, relève que les traitements proposés pour les patients co-morbides, varient considérablement suivant si le patient est en milieu résidentiel, à l'hôpital psychiatrique ou en traitement ambulatoire. Pas de TTT standard.

- **Recommandations:** ces patients devraient pouvoir bénéficier d'un dispositif qui intègre, ou qu'ils soient :
- - les soins psychiatriques et leurs médications appropriées (les neuroleptiques atypiques),
 - les soins addictologiques et leurs médications appropriées (traitement de substitution, naltrexone, acamprosate, antiépiléptiques),
 - des stratégies motivationnelles, des screening urinaires,
 - l'intégration de l'entourage,
 - des soins somatiques spécifiques,
 - un accompagnement post hospitalier (case management), une continuité des soins de longue durée en ambulatoire.

1. Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Green AI. Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. J Psychiatr Pract. 2005 Sep;11(5):315-39.

2. Ziedonis DM. Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. CNS Spectr. 2004 Dec;9(12):892-904, 925



5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques

Quelques études importantes sur:

- **L'hétérogénéité des types de traitements intégrés:**

Ziedonis^{1,2}, relève que les traitements proposés pour les patients co-morbides, varient considérablement suivant si le patient est en milieu résidentiel, à l'hôpital psychiatrique ou en traitement ambulatoire. Pas de TTT standard.

- **Recommandations:** ces patients devraient pouvoir bénéficier d'un dispositif qui intègre, ou qu'ils soient :
 - les soins psychiatriques et leurs médications appropriées (les neuroleptiques atypiques),
 - les soins addictologiques et leurs médications appropriées (traitement de substitution, naltrexone, acamprosate, antiépiléptiques),
 - des stratégies motivationnelles, des screening urinaires/questions consommation,
 - l'intégration de l'entourage,
 - des soins somatiques spécifiques,
 - un accompagnement post hospitalier (case management), une continuité des soins de longue durée en ambulatoire.

1. Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Green AI. Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. J Psychiatr Pract. 2005 Sep;11(5):315-39.

2. Ziedonis DM. Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. CNS Spectr. 2004 Dec;9(12):892-904, 925



5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques

TTT des patients schizophrènes et abuseurs de substances ^{1,2}

- Travailler selon le modèle motivationnel de changement de comportement addictif, y compris en milieu hospitalier psychiatrique.
- S'occuper des problèmes somatiques (HIV, hépatite B et C, complication cardiovasculaires, hépatiques et infectieuses).
- Poser des questions sur la consommation/screening urinaires.
- Définir les médications appropriées qui tiennent compte à la fois de la comorbidité psychiatrique et des interactions médicamenteuses avec les drogues.
- Associer des interventions psychologiques efficaces, psychothérapies aménagées.
- Répondre aux problèmes de sommeil, d'anxiété ou de dépression qui peuvent survenir de manière intercurrente. Les médications les plus appropriées semblent être les neuroleptiques atypiques + naltrexone³.

1. Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN et al. Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. J Psychiatr Pract. 2005 Sep;11(5):315-39.

2. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substances use disorders. Am J Psychiatry. 2007 Mar;164(3):402-8

3. Green AI. Pharmacotherapy for schizophrenia and co-occurring substance use disorders. Neurotox Res. 2007 Jan;11(1): 33-40



5. Les défis du traitement des comorbidités psychiatriques

TTT des patients schizophrènes et abuseurs de substances

- Plus de 50 études ont établi qu'il était nécessaire de mettre sur pied des traitements intégrés pour ce type de patients, entre autre pour **surmonter les problèmes de collaborations et de coordinations entre deux filières de soins séparées**.
- Les programmes qui coordonnent suivi psychiatrique, pharmacothérapie adaptée, thérapie psychosociales, conseil en abus de substances, et approches motivationnelles ont de bons résultats, dans la mesure où ils sont administrés par des équipes pluridisciplinaires¹.
- Les traitements antipsychotiques sont efficaces sur la réduction des symptômes positifs et la diminution de la consommation de toxique².
- Des stratégies à long terme de prévention de la rechute sont nécessaires³.
- L'évolution psychosociale des patients double diagnostic après une période d'abstinence durable, s'avère **meilleure** que celle des patients schizophrènes sans antécédents d'addiction, y compris sur le long terme⁴.
- la littérature descriptive suggère que les traitements intégrés produisent de meilleurs résultats:
 - une augmentation de l'adhérence au traitement,
 - une diminution des abus de substance, des hospitalisations aiguës et des arrestations.
 - Moins d'évidence d'efficacité sur l'évolution du trouble psychique.

Take Home Messages

Les abus de substance sont souvent liés à des troubles psychiques émergents – en particulier cannabis et psychose

Le cannabis semble prédisposer à et péjorer la psychose

L'identification précoce d'une psychose émergente permet l'intervention précoce avec amélioration pronostic

Le ciblage de l'abus de substance (cannabis) permet de limiter le risque de progresser vers des troubles psychotiques plus graves



6. Take home message

- La co-morbidité entre addiction et troubles psychiatriques est fréquente, elle reste néanmoins sous-estimée dans les deux sens.
- Un diagnostic psychiatrique précis est difficile à poser en période de consommation.

Pour le traitement:

- Flexibilité de l'offre de soins et d'accompagnement.
- Accompagnement personnalisé (réfèrent continu) quel que soit le lieu de soins ou d'aide sollicité. Continuité des soins.
- Soutien social, santé physique
- Arrêt des consommations n'est pas un objectif immédiat
- TTT pharmacologique du trouble psychiatrique et de l'addiction
- Le personnel doit être formé aux techniques de *counseling* visant à travailler la motivation au changement
- On préconise des hospitalisations de courtes durées en milieu psychiatriques, centrée sur la gestion de la crise.
- Le recours à de longues hospitalisations ne semble pas avoir d'effet positifs sur l'évolution



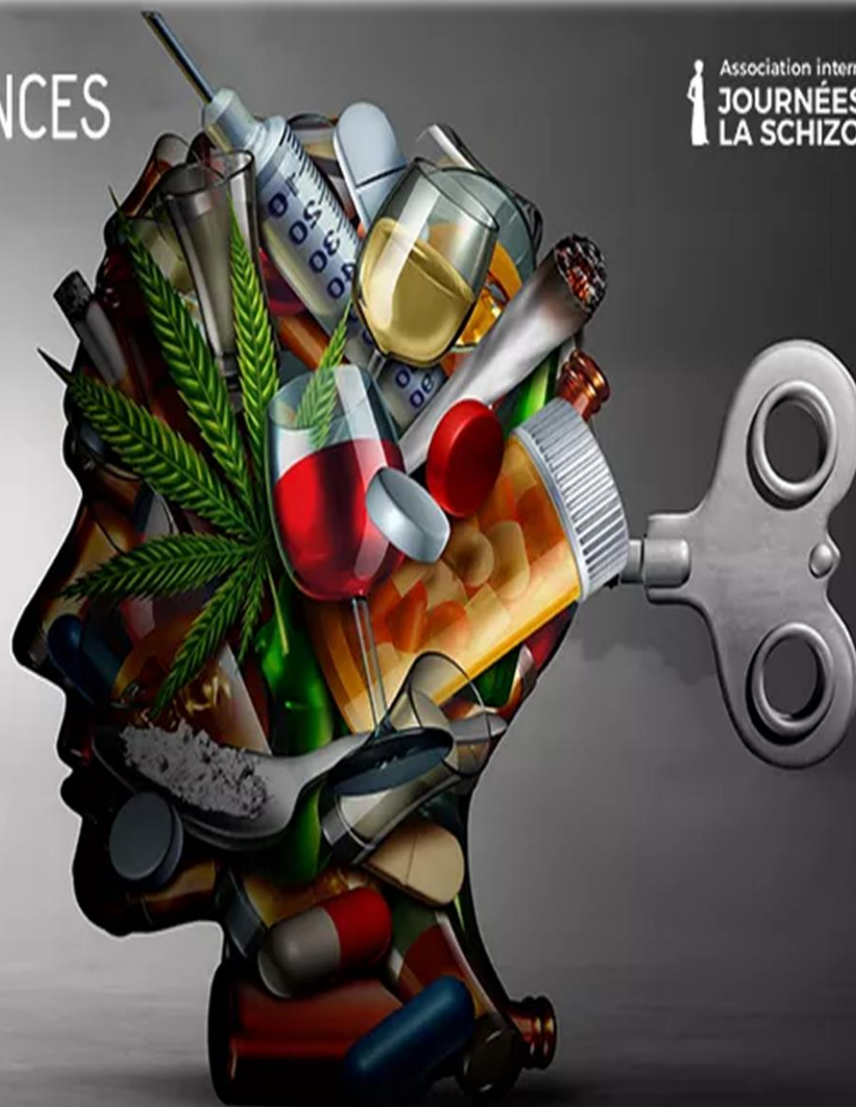
RÉSEAU FRIBOURGEOIS
DE SANTÉ MENTALE
FREIBURGER NETZWERK
FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Merci de votre attention et place aux questions

TROUBLES PSY ET... DÉPENDANCES UNE FATALITÉ?



Association internationale des
**JOURNÉES DE
LA SCHIZOPHRÉNIE**





Informations et ressources pour les médecins, les personnes touchées et les proches

- «Swiss Early Psychosis Project» – informations pour les professionnels et liens vers les centres de dépistage et traitement précoces en Suisse: www.swepp.ch (DE/FR/EN)
- «Basel Early Psychosis Service» (BEATS) – informations générales sur les troubles psychotiques et sur leur dépistage et traitement précoces, ainsi que conseils pour les proches: <https://beats.medizin.unibas.ch> (DE/EN)
- «Programme Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques» (TIPP) – matériel et brochures d'information pour les professionnels au sujet des troubles psychotiques et bipolaires débutants: www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/en-bref/projets-de-developpement/programme-tipp/ (FR)
- Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung in der Psychiatrie (ZINEP) – informations générales sur les troubles psychotiques et bipolaires et leur dépistage précoce, checklist de dépistage précoce

<https://www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/en-bref/projets-de-developpement/programme-tipp/>

Je pète un câble

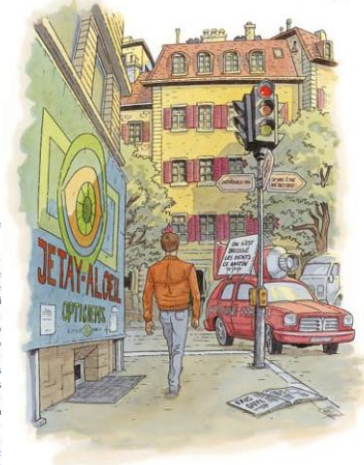


P

Paul a peur de devenir fou et de perdre le contrôle.

L'expérience psychotique commence fréquemment par une augmentation de la sensibilité à l'environnement, comme si les sens devenaient plus aiguisés. Cette augmentation de la sensibilité à l'environnement va donner plus de relief au monde. Des bruits ou des détails insignifiants vont prendre des proportions notables. Ce phénomène est accompagné par un sentiment de fragilité par rapport à l'environnement. Ainsi, le démarrage d'une voiture peut être interprété comme un début de flâture; un mot inscrit sur une affiche publicitaire comme un message personnel ou un avertissement; les rires d'un groupe comme une moquerie pour un défaut quelconque.

Simultanément, l'expérience peut être accompagnée d'une perte de contrôle. La personne peut par exemple se demander comment continuer ou arrêter un mouvement ou une phrase. Elle peut avoir le sentiment que ses pensées ou ses mouvements s'accroissent ou ralentissent. Cette perte de contrôle peut être interprétée comme l'ingérence d'une force extérieure.



Les deux expériences simultanées d'augmentation de la sensibilité à l'environnement et de perte de contrôle vont conduire à une nouvelle interprétation de la réalité. Mais cette interprétation va conserver une certaine logique avec les perceptions sensorielles et l'interprétation du sentiment de perte de contrôle.

En fait la psychose est un changement dans la façon d'intégrer l'expérience. Il s'agit d'un trouble bio-médical bien connu et qui nécessite un traitement médicamenteux et psychologique.



Les traitements de la **Schizophrénie** et autres troubles du spectre

➡ Phase de maintien

RECOMMANDATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA SSPP POUR LE TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE⁸

P. Conus et S. Kaiser

La nature de l'attitude thérapeutique est primordiale dans le traitement, qui doit être conduit en partenariat avec le patient. Au-delà des difficultés liées à la maladie, il est important d'identifier aussi les ressources du patient et de les intégrer dans le plan de traitement.

Souvent, le diagnostic de schizophrénie ne peut pas être posé lors du premier épisode et il demande un temps de recul. Il est primordial d'exclure une cause organique ainsi que de faire le diagnostic différentiel avec une intoxication par des drogues. Enfin, il est important d'identifier les comorbidités qui sont fréquentes et compliquent le traitement.



Dans la phase aiguë, le traitement combine approches médicamenteuse et psychosociale, repose sur la collaboration entre équipes ambulatoires et équipes mobiles et ne nécessite pas forcément une hospitalisation. Les antipsychotiques sont la médication de base, préférentiellement ceux de deuxième génération (ou atypiques) lors d'un premier épisode psychotique. L'utilisation combinée d'anxiolytiques est fréquemment requise. Au-delà de la stabilisation des symptômes aigus, une bonne compréhension du contexte de crise est essentielle, afin de travailler également sur les facteurs de stress psychologiques ou sociaux qui ont précipité l'épisode aigu.



Les effets secondaires des neuroleptiques doivent être pris en compte. Si ceux de deuxième génération induisent significativement moins d'effets secondaires extrapyramidaux, plusieurs peuvent entraîner des troubles du rythme cardiaque et la majorité induisent des troubles métaboliques. Un suivi rapproché du poids, du tour de taille et des lipides sanguins est impératif, ces modifications se développant rapidement en début de traitement et justifiant si possible un changement de traitement.

Modèle du rétablissement: les objectifs du traitement ne sont plus restreints à la seule disparition des symptômes, qui n'est parfois pas l'objectif premier des patients; il est important de les définir avec eux afin de retrouver une vie qui fasse sens.

Le travail avec les proches est un élément essentiel du traitement tant il augmente les chances de rétablissement. Le respect du secret médical est primordial, mais aider les patients à apaiser les liens avec leurs proches est un facteur de succès du traitement.



Les principes d'intervention précoce ont pris une place majeure dans le traitement contemporain des psychoses et de la schizophrénie. Si la détection des patients à haut risque est encore du domaine de la recherche, les programmes spécialisés pour le traitement des premiers épisodes de psychose ont clairement prouvé leur supériorité et leur coût plus faible comparé au traitement habituel.



Réseau Fribourgeois de Santé Mentale
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit

1. Vos T, GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, Murray CJL. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211–59.
2. Schuler D, Tuch A, Buscher N, Camenzind P. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72). Neuchatel; 2016.
3. Emsley R. Early response to treatment predicts remission and recovery at 3 years in people with schizophrenia. Vol. 12, Evidence-Based Mental Health. 2009. p. 43.
4. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 2012/11/23. 2013;39(6):1296–306. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23172003>.
5. Oliver D, Davies C, Crossland G, Lim S, Gifford G, McGuire P, et al. Can We Reduce the Duration of Untreated Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventional Studies. *Schizophr Bull*. 2018.
6. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review. *Arch Gen Psychiatry*. 2013;70(1):107–20.
7. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelfmann BG, Maric NP, Salokangas RK, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015;30(3):405–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25735810>.
8. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017;16:251–65.
9. Van Der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, et al. Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res*. 2013;149(1–3):56–62.
10. Van Os J, Guloksuz S. A critique of the «ultra-high risk» and «transition» paradigm. *World Psychiatry*. 2017;16(2):200–6.
11. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelfmann BG, Maric NP, Salokangas RK, Riecher-Rössler A, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015;30(3):388–404. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25749390>.
12. Keating D, McWilliams S, Schneider I, Hynes C, Cousins G, Strawbridge J, et al. Pharmacological guidelines for schizophrenia: A systematic review and comparison of recommendations for the first episode. *BMJ Open*. 2017;7:e013881.