

ECHO[®] CHUM

Troubles concomitants

Programme de télémentorat accrédité
par le DPC de l'Université de Montréal

État à haut risque de psychose

10 avril 2024

Jean-François Morin

Psychiatre, Continuum santé mentale jeunesse CHUM
Professeur adjoint, Département de psychiatrie et d'addictologie, UdeM

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom du conférencier : Jean-François Morin

**Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel
en lien ou non avec le contenu de cette présentation.**

Objectifs de la capsule de formation

Permettre aux partenaires de :

1 Comprendre le concept d'état à haut risque de psychose

2 Approfondir les interventions psychosociales

3 Explorer le traitement pharmacologique

État mental à risque de psychose

Introduction

L'état mental à risque : au-delà de la prévention de la psychose.

Jean-François Morin, Jean-Gabriel Daneault, Marie-Odile Krebs, Jai Shah et Alessandra Solida-Tozzi

Santé mentale du Québec

Volume 46, numéro 2, automne 2021

État mental à risque de psychose

Introduction

Harry Stack Sullivan et l'intervention précoce dès 1927

Longue DUP → moins bonne évolution

Certaines interventions peuvent diminuer la DUP et améliorer l'évolution

La pertinence d'identifier le stade qui précède le début du trouble psychotique, l'état mental à risque de psychose (**EMR-P**), pour intervenir avant ou pendant la « période critique » pour:

- Empêcher le trouble psychotique (*prévention primaire*)
- Retarder son apparition
- Changer son évolution (*prévention secondaire*)

État mental à risque de psychose

Prodrome

Prodrome = période continue de Sx non psychotique(s) juste avant l'apparition de la psychose /
Concept rétrospectif

Ex. critères des symptômes du prodrome de la schizophrénie du DSM-III-R au moins 2, qui constituent une détérioration claire du fonctionnement antérieur, qui n'est pas liée à une perturbation de l'humeur ou d'une substance psychoactive

Isolement ou retrait social	Discours vague et contenu pauvre
Détérioration du fonctionnement	Croyances bizarres ou pensée magique
Présence de comportements bizarres	Expériences perceptuelles insolites
Détérioration marquée de l'hygiène	Manque d'initiative
Affects émoussé ou inapproprié	

État mental à risque de psychose

Définition de l'EMR-P

EMR-P = période continue de Sx non psychotique(s) juste avant ce qu'on croit être une psychose en installation / Concept prospectif

N'évolue pas nécessairement vers la psychose

Outils pour évaluer:

- Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (**CAARMS**)
- Structured Interview for Prodromal Syndromes (**SIPS**)
- Positive Symptoms and Diagnosis Criteria for the CAARMS Harmonized with the SIPS (**PSYCHS**)*

État mental à risque de psychose

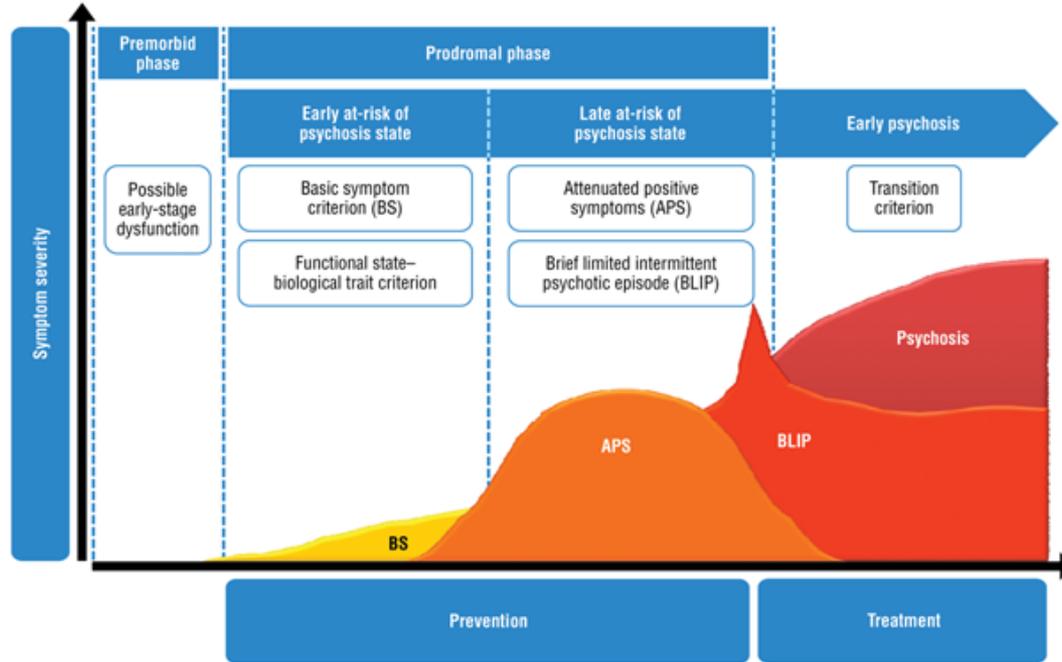
Critères de l'EMR-P

- 1- Sx psychotiques atténués – SPA/APS (85%)**
- 2- Sx psychotiques intermittents brefs – SPIB/BIPS/BLIPS(10%)**
- 3- Risque génétique avec détérioration – RGD/GRD (5%)**

Non exhaustif – entre autres, Sx de base (*basic symptoms*)

État mental à risque de psychose

Continuum



État mental à risque de psychose

Symptômes psychotiques atténués (SPA)

Critères de recherche pour le syndrome de psychose atténuée selon le DSM-5

A - Au moins l'un des symptômes suivants est présent sous une forme atténuée, **sans altération importante de la capacité à discerner la réalité**. Mais leur intensité ou leur fréquence est suffisante pour justifier une **prise en compte clinique** :

Délire(s)

Hallucination(s)

Désorganisation du discours

B - Le(s) symptôme(s) a(ont) duré(s) **au moins 1 semaine** durant le mois passé.

C - Le(s) symptôme(s) a(ont) débuté(s) ou s'est(se sont) aggravé(s) l'année précédente.

D - Le(s) symptôme(s) est(sont) suffisamment stressant(s) ou handicapant(s) pour l'individu pour justifier une prise en compte clinique.

E - Le(s) symptôme(s) n'est(ne sont) pas mieux expliqué(s) par un autre trouble mental, incluant un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, et n'est pas attribuable à l'effet d'une substance ou d'une autre condition médicale.

F - Les critères pour un trouble psychotique n'ont jamais été remplis.

État mental à risque de psychose

Caractéristiques des personnes avec un EMR-P

EMR-P associé à plus de:

Trauma, victimisation (intimidation), trouble de l'usage, comorbidité psychiatrique, idéations suicidaires, automutilation

Pour les trois groupes (SPA, SPIB, RGD), il y a un **déclin du fonctionnement psychosocial** et souvent **recherche d'aide** associée

En moyenne **2 ans après le début des SPA** pour obtenir des services

Majorité des personnes avec EMR-P (95%) ne sont ni référées par les clinique d'EMR-P ni évaluées durant la phase EMR-P

État mental à risque de psychose

Évolution de l'EMR-P

Transition vers la psychose : 15 à 30% à 1 an / 22% à 3 ans / 35% à 10 ans

Facteurs de risque de transition:

-SPA + sévères

-Fonctionnement + bas

-Sx négatifs + sévères

-Déficits cognitifs (mémoire verbale)

Plus souvent schizophréniforme, schizophrénique ou schizo-affective (73%)

État mental à risque de psychose

Évolution de l'EMR-P

ad 60% qui ne développent pas un trouble psychotique continuent de présenter SPA

60-80% présentent ou développent des troubles anxieux ou dépressifs ou de la personnalité

Déficits fonctionnels et cognitifs habituellement stables

État mental à risque de psychose

Intervention psychosociales

- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
- Interventions familiales
- Remédiation cognitive
- Entraînement cognitif social

État mental à risque de psychose

TCC EMR-P

Impact:

- Réduction des **symptômes psychotiques atténués (SPA)**
- **Transition psychotique** retardée

Délires et hallucinations sur un continuum

Objectif premier

- **Normalisation** de l'expérience

État mental à risque de psychose

Interventions familiales

Impact:

- Diminution de l'**intensité des SPA**.

Comprend la psychoéducation à la famille, les interventions familiales et la thérapie familiale.

Objectifs :

- **Plan de prévention** des crises
- **Stratégies d'adaptation**
- **Communication** plus constructive
- Meilleure **résolution de problèmes**

État mental à risque de psychose

Remédiation cognitive

Principes:

- 1) Entraînement, 2) monitoring de stratégies et 3) généralisation.

Comment:

- Cibler **déficit cognitif - impact sur le fonctionnement.**
- Entraînement informatique, approches psychothérapeutiques ou les deux.

Étude FOCUS → amélioration du fonctionnement cognitif global.

Si pratique suffisante des habiletés = **malléabilité cognitive.**

État mental à risque de psychose

Entraînement cognitif social

Biais d'attribution et théorie de l'esprit plus atteints que perceptions émotionnelles et sociales.

Interprétation des indices de cognition sociale chez autrui.

Conseil:

- Aborder déficits cognitifs avant d'entreprendre ce type d'entraînement.

Impact: sur processus de cognition sociale

- **Basique ou proximal** (ex. perception de l'émotion)
- **Distal** (biais d'attribution ou perception sociale) – impact minimal

État mental à risque de psychose

Interventions pharmacologiques

Si prise antipsychotique:

- Discuter avec la personne et ses proches, si impliqués.
- Aborder les effets indésirables.
- Choisir la molécule de préférence du patient.
- Rappeler qu'il n'y a pas d'indication claire et controversée.
- Réévaluer régulièrement.
- Cesser s'il n'est plus indiqué.

Autres molécules comme omega-3 et antidépresseurs

Traiter les conditions psychiatriques associées

État mental à risque de psychose

Suivi

Mandat programmes PEP d'évaluer les EMR-P selon le MSSS

Selon la situation clinique (pas de critères établis) référer à:

- Programme PEP

- Clinique spécialisée en EMR-P comme The Clinic for Assessment of Youth at Risk (CAYR) du Douglas

- Clinique externe de psychiatrie générale

- CLSC pour groupe de thérapie, psychothérapie, service social, IPS

État mental à risque de psychose

Suivi

Aire ouverte

- Services adaptés à la réalité des jeunes 12-25 ans
- Santé mentale et physique
- Conseils pour les études, le travail, le logement ou des renseignements sur l'aide financière et juridique
- Plusieurs points de service (principal ou satellite) au Québec depuis les dernières années (total de 37)

Créer des ponts avec les services appropriés

Ex. pour un jeune patient avec des symptômes de psychose, référer rapidement au programme PEP

État mental à risque de psychose

Conclusion

L'EMR-P constitue une **population grande et hétérogène**.

Besoins cliniques variés.

Risque de complications, incluant la **stigmatisation**.

Des projets comme **Aire ouverte** sont définitivement une piste de solution pour des services cohérents, efficaces, et humains.

Références

1. Morin Jean-François et coll. L'état mental à risque: au-delà de la prévention de la psychose, Santé Mentale du Québec, 2021. 46(2): 85-112. (toutes les références)
2. Andreou Christina et coll., Predictors of transition in patients with clinical high risk for psychosis: an umbrella study. Translational Psychiatry. 2023.
3. Caballero Noe et coll., Recent Updates on Predicting Conversion in Youth at Clinical High Risk for Psychosis. Current Psychiatry Reports. 2023. 25:683-698.
4. Joa Inge et coll., Early Detection of Ultra High Risk for Psychosis in a Norwegian Catchment Area: The Two Year Follow-Up of the Prevention of Psychosis Study. 2021.
5. De Pablo GS et coll., Probability of Transition to Psychosis in Individual at Clinical High Risk An Updated Meta-Analysis. JAMA Psychiatry, 2021, 78(9), 970-978.

QUESTIONS? COMMENTAIRES?

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



MERCI!

Pour information :
echo.tc.jeunesse.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca

Visitez notre site :
<https://ruiss.s.umontreal.ca/cectc/>

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants

