

PSYCHOSES DÉBUTANTES :

**POUR UNE PRISE
EN CHARGE PRÉCOCE
ET INTÉGRÉE**

Professeur Marie-Odile KREBS,
Chef de service
Centre d'Évaluation Jeunes Adultes-Adolescents - CJAAD
Centre Hospitalier Sainte-Anne

Docteur Florian LEJUSTE
Assistant spécialiste
Centre d'Évaluation Jeunes Adultes-Adolescents - CJAAD
Centre Hospitalier Sainte-Anne

En partenariat avec

hve
human health care



SOMMAIRE

- 01** POURQUOI CE LIVRET, POURQUOI PARLER DE PSYCHOSE DÉBUTANTE ?.....03
- 02** QU'EST-CE QU'UN "PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE" ?.....04
- 03** QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?...05
- 04** PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES PEP.....06
- 05** LE BILAN INITIAL.....07-08
5.1 Le bilan clinique
5.2. Le bilan paraclinique
- 06** LA PRISE EN CHARGE INITIALE.....09-11
6.1 Le traitement médicamenteux
6.1.1 Le choix de l'antipsychotique
6.1.2 Le PEP peut être l'expression d'un trouble thymique
6.1.3 Les autres traitements
6.2 La psychoéducation
6.3 La prise en charge addictologique
- 07** LE SUIVI.....12
7.1 L'efficacité
7.2 L'évolution des troubles et des complications
7.3 La surveillance de la tolérance
- 08** UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE : DE LA REMÉDIATION À L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL.....13
8.1 La psychoéducation
8.2 Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)
8.3 Un accompagnement personnalisé : le « case-management »
8.4 Remédiation cognitive / réinsertion professionnelle
- 09** ET EN CAS DE RECHUTE ?.....14
9.1 Stratégies de prévention des rechutes
9.2 Conduite à tenir devant une rechute
- 10** CONCLUSIONS.....15
- 11** RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET POUR ALLER PLUS LOIN.....15
11.1 Articles
11.2 Ouvrages
11.3 Recommandations
11.4 Formations
11.5 Psychoéducation

La schizophrénie et les troubles bipolaires sont des maladies qui touchent l'adulte jeune ou l'adolescent. Lorsqu'elles sont dans une phase chronique ou récurrente, ces maladies ont un impact important sur la trajectoire de vie du patient.

L'intérêt pour les phases précoces de la psychose (« psychose débutante ») a été récemment amplifié du fait de 3 observations :

- **La durée moyenne** des troubles psychotiques **avant la mise en place** d'une prise en charge est de **1 à 2 ans** ;
- **Le retard à la prise en charge est associé à un moins bon pronostic** sur le plan symptomatique et fonctionnel (qualité de l'insertion, qualité de vie) ;
- La réversibilité des troubles est meilleure à un stade précoce, dès les premiers symptômes ou le premier épisode.

Cette brochure est une mise à jour sur les principes de prise en charge des **« premiers épisodes psychotiques »** (PEP). Ceux-ci constituent une situation clinique particulière. Ils déterminent « l'entrée » dans une maladie, dont la nature reste en partie incertaine : les évolutions possibles sont souvent un trouble schizophrénique ou un trouble bipolaire, mais aussi un trouble anxieux, addictif ou de personnalité ou encore... rien du tout ou pas grand-chose.

L'enjeu principal est d'instituer rapidement des soins intégrés et adaptés au stade évolutif de la maladie, en veillant à limiter la stigmatisation, à faciliter l'adhésion des jeunes aux soins et à les réinsérer au mieux dans leur trajectoire de vie.

Ce livret s'adresse aux personnels soignants amenés à rencontrer des jeunes, généralement âgés de 15 à 30 ans, présentant un premier épisode psychotique. En attendant la rédaction des recommandations françaises, il propose une synthèse des recommandations internationales concernant l'orientation et la prise en charge initiale des jeunes souffrant d'un premier épisode psychotique.

02 QU'EST-CE

« QU'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE » ?

Le **premier épisode psychotique** est caractérisé par l'émergence de symptômes psychotiques (délires, hallucinations et désorganisations). Le tableau est souvent manifeste, mais il peut être plus difficile à déterminer dans les phases plus précoces, quand les symptômes psychotiques sont encore atténués ou peu fréquents (phase prodromique). Il est généralement admis que la « transition psychotique » (c'est-à-dire l'émergence du premier épisode) est atteinte lorsque les symptômes psychotiques sont exprimés à un niveau de fréquence ou d'intensité significatif pendant une durée supérieure à 7 jours. Sous ce seuil, les personnes sont considérées comme ayant un **état mental à risque**. L'utilisation d'échelles standardisées, telle que la CAARMS (*Comprehensive Assessment of At Risk Mental States*), peut être utile pour évaluer les symptômes, leur fréquence, et leur sévérité, dans ces phases précoces.

Le premier épisode psychotique ne constitue pas, en tant que tel, une catégorie nosologique. Dans un certain nombre de cas, **la pathologie peut régresser**, en particulier lorsque l'épisode initial a été favorisé par la consommation de substances psychoactives (cannabis en particulier). Dans d'autres cas, il **peut évoluer vers une forme chronique**. Près de 60% des cas rempliront à terme les critères d'un trouble schizophrénique, et 14% les critères d'un trouble du spectre de la schizophrénie (incluant le trouble schizo-affectif). Le 1/4 restant se partage entre les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques (dépression ou trouble bipolaire), et les autres psychoses.

Reprenant le modèle de stades évolutifs des maladies somatiques (par exemple : hypertension, cancer, diabète), il est considéré aujourd'hui que la **schizophrénie** classique est l'évolution chronique ou récurrente d'un trouble psychotique (stade 3), dont la forme résistante est la forme la plus évoluée (stade 4 ou 5).

La notion de « Psychose débutante » recouvre les phases prodromiques (stade 1 : avec des symptômes infra-cliniques ou transitoires – cf. le

pré-diabète) et le premier épisode psychotique (stade 2 : la première fois que les symptômes dépassent le seuil clinique).

Le PEP apparaît ainsi comme un **stade évolutif**, dont il faut éviter l'évolution vers la chronicité (cf figure 1).

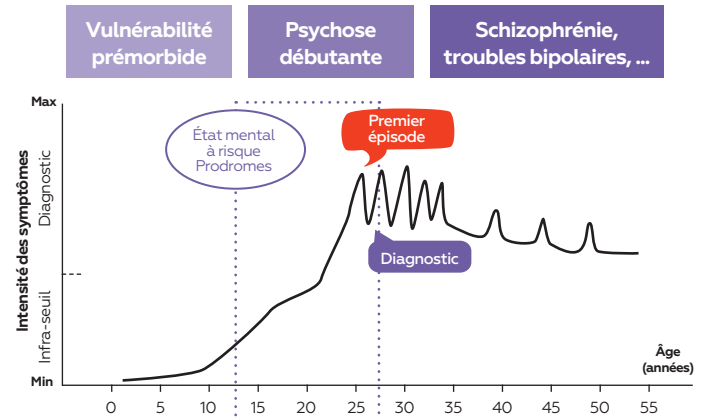


FIGURE 1

D'après MO Krebs, Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place du réseau de soins, Revue française des affaires sociales 2004/1, p. 91-102.

POINTS ESSENTIELS :

Premier épisode psychotique = Symptômes psychotiques manifestes pendant plus de 7 jours.

Évolution

Rémission
Schizophrénie
Autre trouble psychotique (troubles bipolaires)



03 QUELS SONT

LES FACTEURS DE RISQUE ?

Les connaissances sur les psychoses et les troubles schizophréniques ont progressé ces dernières années, même si de nombreuses inconnues persistent.

Le trouble schizophrénique est aujourd'hui considéré comme la manifestation tardive d'un **trouble du neuro-développement**, qu'il soit secondaire à un trouble génétique et/ou à certains facteurs d'environnement précoce (complications obstétricales, grippe, etc.). Le fait d'être élevé en ville (urbanité) ou d'être d'une famille issue de l'immigration seraient des facteurs favorisant, sans doute par l'intermédiaire de processus multiples.

La question principale est de comprendre pourquoi et comment certaines personnes « vulnérables » (et pas d'autres) **évoluent vers l'émergence d'un épisode psychotique au cours de l'adolescence** (entre 15 et 30 ans), une période critique pour le développement cérébral.

L'évolution vers la maladie serait la conséquence d'interactions complexes, pendant cette phase de maturation cérébrale, entre :

- une vulnérabilité préexistante génétique ou acquise et

- des facteurs environnementaux tardifs tels que l'inflammation, le stress, le cannabis ou peut-être certaines infections..

Il est important de souligner que la grande majorité des personnes « vulnérables » ne deviendront pas malades, loin de là. Et que les personnes présentant des symptômes atténués (état mental à risque) n'évolueront vers un PEP que dans **15 à 30%** des cas seulement.

Comprendre les facteurs qui expliquent l'évolution est donc une manière de progresser vers des stratégies de prévention ciblées, de la même manière que la mise en place de mesures pour éviter le diabète chez des personnes repérées comme présentant un « pré-diabète ».

04 PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES PEP



« La durée de psychose non traitée est un facteur de mauvais pronostic »

La prise en charge doit être la plus précoce possible. **La durée de psychose non traitée** correspond au délai séparant la transition psychotique de la mise en place d'un traitement antipsychotique. Elle **impacte le pronostic de façon majeure**. Un allongement de cette durée a été associé à :

- Une rémission plus lente et moins complète,
- Une moins bonne réponse aux antipsychotiques,
- Une augmentation du risque de rechute,
- Des perturbations dans l'évolution sur le plan social (insertion professionnelle, études, etc.) et en termes de qualité de vie.

06

La prise en charge d'un premier épisode doit être considérée comme une **urgence relative** : il est primordial de réduire la durée de psychose non traitée tout en se laissant le temps d'un **bilan adapté** et **multidisciplinaire**.

- 01 Proposer une évaluation psychiatrique rapide,
- 02 Évaluer le risque suicidaire,
- 03 Réaliser **un bilan** pour éliminer une pathologie organique et adapter la thérapeutique,
- 04 Introduire un traitement **antipsychotique de seconde génération** en priorité si le premier épisode psychotique est confirmé,
- 05 Prendre en charge les comorbidités addictives (cannabis en particulier),
- 06 Recevoir l'entourage avec l'accord du patient, **engager la famille dans les soins**,
- 07 Évaluer le fonctionnement psycho-social, proposer des interventions sociales,
- 08 Évaluer **les fonctions cognitives** et proposer une remédiation quand nécessaire,
- 09 **Engager** le patient dans les soins, par une psychoéducation, individuelle ou en groupe,
- 10 Établir un **accompagnement** médical et psychosocial.

Symptômes psychotiques >7j



Premier épisode psychotique

Délai <7j



Consultation avec un psychiatre

Rapidement, après bilan approprié



Traitement antipsychotique

05 LE BILAN INITIAL



Dès la suspicion diagnostiquée, le patient doit être reçu par un psychiatre dans un délai le plus court possible, et ne dépassant pas une semaine.

5.1 LE BILAN CLINIQUE

Le premier entretien a une importance particulière, puisqu'il est le moment clef de la création d'une relation thérapeutique de confiance entre le jeune sujet et le praticien. Cet entretien doit être suffisamment long pour recueillir l'ensemble des informations nécessaires au diagnostic et pour laisser la place aux questions et aux préoccupations du patient.

La présence d'un accompagnant familial est très utile.

Une anamnèse précise doit être entreprise.

Il est important d'insister sur le recueil de l'histoire personnelle générale et psychiatrique, la recherche d'antécédents familiaux de maladie psychiatrique et de suicide, ainsi que de maladies génétiques, métaboliques ou cardio-vasculaires.

L'entretien initial doit également évaluer la présence de :

- comorbidités psychiatriques (dépression, anxiété, troubles de la personnalité, etc.),
- et les consommations de substances addictives (cannabis, alcool, ecstasy, et autres toxiques) qui pourront faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

Le retentissement fonctionnel (relations amicales et familiales, scolarité, emploi, loisirs, sport) est également un élément d'évaluation important.

La recherche d'éléments d'atypicité dans l'histoire de la maladie permet d'orienter le bilan para-clinique initial (**recommandations Australiennes de 2016 : Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, Second edition updated June 2016**). Il est estimé que 3% des premiers épisodes psychotiques ont une origine organique. Un **examen physique** doit être réalisé, incluant un **examen neurologique soigneux**, une prise des constantes avec un ECG, ainsi que la prise des mesures de la taille, du poids et du tour de taille.

Cet examen a pour objectifs :

- la recherche d'une pathologie associée ou à l'origine des symptômes (maladies neurologiques, immunitaires, infectieuses, auto-immunes, métaboliques, etc.),
- le bilan pré-thérapeutique, notamment avant la mise en place d'un traitement antipsychotique.

07

POINTS ESSENTIELS :

- La première visite doit comprendre les points suivants :**
- la recherche de symptômes atypiques ou évocateurs d'une pathologie organique,
 - un examen neurologique,
 - la recherche de consommations de substances,
 - la recherche de comorbidités psychiatriques (dépression, anxiété, tentatives de suicide, addiction),
 - l'évaluation du retentissement fonctionnel (parcours éducatif, professionnel, social, etc.),
 - la recherche d'éléments pouvant anticiper la tolérance aux traitements (anamnèse métabolique, cardiaque, allergique, auto-immune, neurologique, etc.).

“ 3% des premiers épisodes psychotiques auraient une origine organique ”

5.2 LE BILAN PARACLINIQUE :

Le bilan paraclinique vise à :

- rechercher un diagnostic différentiel potentiellement curable,
- établir un bilan de l'état de santé général du patient avant d'initier un traitement médicamenteux, pour anticiper le profil de tolérance.

Les recommandations françaises sur les examens complémentaires à réaliser systématiquement sont anciennes et doivent être

remises à jour en fonction des pratiques internationales. Les recommandations australiennes de 2016 (*Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, Second edition updated June 2016*) ont formulé des propositions dans ce sens et sont détaillées ici.

BILAN INITIAL SYSTÉMATIQUE

o Bilan biologique :

- NFS-plaquettes, CRP,
- Ionogramme sanguin avec calcémie,
- Urée, créatinine, calcul de la clairance,
- Bilan hépatique,
- Glycémie à jeun,
- Bilan lipidique,
- Prolactine,
- TSHus, T4,
- Vitamine B12, folates (B9),
- TPHA-VDRL (Syphilis),
- Cuivre sérique, céruléoplasmine (Wilson)*,
- Anticorps anti-nucléaires,
- Sérologie VIH,
- Sérologie VHC (hépatite C) si facteurs de risque,
- Recherche de toxiques urinaires,
- Béta HCG chez les jeunes filles.

o **Bilan d'imagerie** : IRM cérébrale. Elle doit être systématique dans le cadre d'un premier épisode psychotique.

o **Bilan électro-physiologique** : EEG (électro-encéphalogramme). Il n'est pas indiqué de manière systématique. Néanmoins, il s'agit d'un examen non invasif, peu coûteux et d'accès relativement simple. Il peut permettre des diagnostics différentiels (ex. des

encéphalites auto-immunes) et de dépister des personnes ayant un seuil convulsif abaissé.

Des examens complémentaires plus spécifiques peuvent être discutés en fonction de la clinique et du premier bilan.

* la maladie de Wilson peut aussi être dépistée sur l'IRM, bien que les signes soient un peu moins spécifiques.

BILAN INITIAL COMPLÉMENTAIRE :

o Bilan sanguin et urinaire complémentaires (pathologies immunitaires, métaboliques, etc.) par exemple l'homocystéinémie, le génotypage MTHFR**, l'ammoniémie, les anticorps auto-immuns plus spécifiques.

o Ponction lombaire : elle peut être indiquée pour rechercher un trouble métabolique ou inflammatoire spécifique, notamment en cas de pathologies d'apparition suraiguë faisant craindre une encéphalite.

o Caryotype, CGH-array en cas de suspicion de troubles génétiques ou du développement.

Les examens génétiques sont généralement différés, et réalisés si possible après une consultation avec un généticien.

** Méthylénétetrahydrofolate réductase.

06 LA PRISE EN CHARGE INITIALE :



« Le traitement repose sur l'introduction d'un traitement antipsychotique avec un accompagnement psychosocial »

6.1 LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

6.1.1 Le choix de l'antipsychotique

L'introduction d'un antipsychotique atypique (de seconde génération) est le pilier fondamental de la prise en charge d'un patient présentant un premier épisode.

Mais les patients présentant un PEP sont plus sensibles aux antipsychotiques, tant pour l'efficacité que pour l'apparition d'effets secondaires, qui interviennent à des posologies moindres que chez des patients plus avancés dans la maladie.

Il faut donc **débuter à faible dose et l'augmenter progressivement, en fonction de la réponse**. L'amélioration à 2 semaines serait fortement corrélée à la réponse à long terme.

Il faut adapter l'antipsychotique et le dosage au profil du patient :

- privilégier une molécule faiblement pourvoyeuse de syndrome métabolique chez un patient présentant déjà des altérations.
- privilégier une molécule à faible incidence neurologique en cas de trouble du développement ou en cas de mauvaise tolérance neurologique initiale.

L'association transitoire d'un antipsychotique à visée anxiolytique peut s'avérer utile en cas d'agressivité ou d'angoisse majeure ou en situation d'urgence. La prescription doit rester limitée dans le temps pour **revenir à une monothérapie**, dès que possible.

Le **ressenti de la personne lors de l'initiation du traitement a une incidence majeure sur son adhésion aux soins**. Le syndrome métabolique induit par certains antipsychotiques serait responsable d'une morbi-mortalité importante. Il est important de surveiller les effets secondaires et favoriser les conseils

hygiéno-diététiques : **pas de prescription sans information sur le traitement, ses possibles effets secondaires et les règles hygiéno-diététiques** à mettre en œuvre (sport, activité, nutrition et sommeil).

6.1.2 Le PEP peut être l'expression d'un trouble thymique

La suspicion d'un trouble bipolaire doit orienter la prescription vers un thymo-régulateur (prioritairement le lithium, selon les recommandations australiennes de 2016) en complément d'un antipsychotique de seconde génération.

La suspicion d'une dépression avec caractéristiques psychotiques doit orienter la prescription vers un antidépresseur à faible posologie, en plus de l'antipsychotique de 2^{ème} génération après avoir écarté le risque d'un trouble bipolaire.

6.1.3 Les autres traitements

Pour éviter l'escalade trop rapide des doses d'antipsychotiques, l'adjonction transitoire de benzodiazépines peut être utile en cas d'anxiété ou d'agressivité.

Bien évidemment, en fonction du bilan, d'autres thérapeutiques pourront être discutées, en adjonction à l'antipsychotique (par ex. : folates, vitamine B12, ...).



« START LOW – GO SLOW »

Les principes du traitement adaptés des recommandations australiennes de 2016, pourront être ainsi formulés :

- **Principe 1** : prendre en compte les effets indésirables attendus,
- **Principe 2** : prévenir et prendre en charge une urgence psychiatrique,
- **Principe 3** : distinguer un épisode psychotique avec une part thymique (épisode thymique avec caractéristiques psychotiques),
- **Principe 4** : start low, go slow : « commencer à faible posologie, augmenter lentement »,
- **Principe 5** : éviter la prescription de plusieurs antipsychotiques, sauf de manière transitoire,
- **Principe 6** : évaluer régulièrement l'observance et évaluer les raisons d'une mauvaise observance,
- **Principe 7** : chercher et prendre en charge la survenue d'effets secondaires,
- **Principe 8** : prendre en charge les comorbidités (addictives +++),
- **Principe 9** : caractériser une absence de réponse ou une réponse insuffisante après un temps suffisamment long (au minimum 15 jours).
- **Principe 10** : à situation particulière, traitement particulier :
 - Femme enceinte ou allaitante,
 - Patients avec diabète,
 - Enfants.

6.2 LA PSYCHOÉDUCATION

10

La **compréhension de la maladie, la construction d'un projet de soin accepté de tous et l'adhésion au traitement sont déterminantes pour le pronostic à long terme** d'un premier épisode. La psychoéducation doit être adaptée et prendre en compte le contexte culturel, les modèles explicatifs ainsi que les représentations des patients et de leurs proches.

L'objectif est de permettre au patient et à ses proches de mieux comprendre sa pathologie, ses symptômes, les facteurs de risque d'aggravation ou de rechute, le fonctionnement et l'enjeu du traitement médicamenteux.

Elle doit être initiée dès le début du traitement.

Il faut privilégier les **programmes spécifiques au premier épisode** puisqu'un premier épisode psychotique n'est pas toujours une schizophrénie débutante. Le programme doit rester **positif et non stigmatisant et favoriser l'engagement** dans les soins.

Pour les patients :

Certains programmes existent en français :

- Le programme TIPP (Tech Immersion and Placement Programme) développé à Lausanne propose des documents bien adaptés aux grands adolescents et jeunes adultes,
- Le programme TCC (Thérapie Cognitive Comportementale) développé à Montréal pour les premiers épisodes,
- Le programme iCARE (programme articulant une prise en charge pour le patient et sa famille), s'inspirant des programmes précédents et du programme AVEC élaboré par Tania Lecomte pour les parents.

Pour les familles :

En formant les familles à une meilleure connaissance de la pathologie, les programmes de psychoéducation comme Profamille, conçu pour les familles ayant un proche souffrant d'une schizophrénie, ont démontré leur efficacité et réduisent de moitié le taux de ré-hospitalisation des patients, le handicap et améliorent la santé physique et psychique de la famille. Il existe un programme dédié au premier épisode : le programme AVEC (Accompagner, Valider, Echanger, Comprendre) élaboré par Tania Lecomte, au Québec (<http://lespoir.ca>) qui reprend les mêmes principes et qui sera prochainement adapté en France, dans son format original pour les premiers épisodes.

6.3 LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

Les consommations de substances addictives ne doivent pas être banalisées chez un jeune souffrant d'un PEP. Elles sont sources de rechutes, favorisent les ré-hospitalisations et diminuent l'observance au traitement.

La consommation de cannabis a un rôle particulièrement nocif en majorant les signes positifs et en interagissant avec la maturation cérébrale qui survient durant l'adolescence et chez le jeune adulte jusqu'à 30 ans.

La prise en charge d'un abus et plus encore d'une dépendance est **facilitée par le recours à une équipe spécialisée** et avec des techniques thérapeutiques adaptées. Les techniques d'entretien motivationnel sont particulièrement utiles et adaptées au premier épisode psychotique.

POINTS ESSENTIELS :

Le traitement repose sur un antipsychotique atypique (de seconde génération), à faible dose.

La psychoéducation est ESSENTIELLE, dès l'initiation du traitement.

Penser aux traitements spécifiques des comorbidités (dépression, addiction et pathologies associées).

Les thérapies cognitives et comportementales, thérapies motivationnelles sont à développer.

La prise en charge initiale doit être globale : médicale, sociale, familiale, etc.

Le suivi doit évaluer la persistance de symptômes, la tolérance des traitements, la qualité de vie du patient et sa réinsertion sur le plan psychosocial (autonomie, reprise d'études, orientation ou réorientation professionnelle, vie sociale...).

7.1 L'EFFICACITÉ

Une absence de réponse ou une réponse incomplète oriente en premier lieu vers l'évaluation de l'observance. **Ensuite, un changement de traitement** au profit d'un autre antipsychotique atypique doit être discuté.

Le délai pour estimer la réponse est variable selon les recommandations. Classiquement estimé de 4 à 8 semaines, certains travaux récents montrent que la réponse à 2 semaines à dose efficace est corrélée à la réponse à long terme.

L'absence d'efficacité de deux antipsychotiques atypiques à posologie optimale et de durée suffisante doit inciter à des stratégies de recours spécifiques en cas de résistance au traitement (clozapine, TMS* pour les hallucinations, électroconvulsivothérapie notamment en cas de catatonie, etc.).

7.2 L'ÉVOLUTION DES TROUBLES ET DES COMPLICATIONS

Le suivi régulier du patient doit permettre d'évaluer son état général et de **détecter précocement des signes de rechute**. Celle-ci se manifeste volontiers par des symptômes non spécifiques tels que l'anxiété, les troubles du sommeil et l'irritabilité.

L'évaluation régulière du **risque suicidaire** est essentielle. La grande majorité des tentatives de suicide des patients ayant fait un premier épisode psychotique ont lieu au décours de la rémission du premier épisode, et généralement dans les 3 à 6 mois suivant la sortie de l'hospitalisation. Il s'agit d'une période particulièrement à risque où un suivi rapproché et spécialisé doit être poursuivi (recommandations australiennes de 2016).

* Stimulation Magnétique Transcrânienne.

Le suivi et la prise en charge spécifique, en parallèle, de la **consommation de substance** sont essentiels, car celle-ci peut précipiter des rechutes.

7.3 LA SURVEILLANCE DE LA TOLÉRANCE

Le traitement médicamenteux doit faire l'objet d'une surveillance de la tolérance, les effets indésirables étant une raison de non compliance et d'arrêt de suivi.

- Le **syndrome métabolique** ne doit pas être négligé : il doit être surveillé au moyen d'examen cliniques (tour de taille initial, poids et BMI tous les 3 mois) et para-cliniques simples (glycémie après 3 mois puis tous les ans, bilan lipidique tous les 2 ans).

- Le **syndrome extrapyramidal** doit être recherché par l'interrogatoire et l'examen physique dès la première semaine et au long cours.

- Les **effets secondaires sur la sexualité** doivent être abordés (dysfonction érectile, anéjaculation ou éjaculation précoce chez l'homme, dysfonctions orgasmiques chez la femme). Ils sont une des raisons d'arrêt de traitement chez les jeunes.

	T0	M1	M3	Trimestriellement	Annuellement	Tous les 5 ans
Poids et IMC	✗	✗	✗	✗		
Périmètre Ombilical	✗					
Glycémie à jeun	✗		✗		✗	
Bilan lipidique	✗		✗			✗
Pression artérielle	✗		✗		✗	

T0 : avant le traitement / M1 : 1 mois après le début du traitement / M3 : 3 mois après le début du traitement
 Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques, source ANSM, 2010.
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9e002e5e6200861b2e0.pdf

08 UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

DE LA REMÉDIATION À L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL

8.1 LA PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation doit être poursuivie et adaptée à la situation rencontrée par le patient et sa famille. Outre les informations sur la maladie et les médicaments (qui facilitent le suivi de l'efficacité et de la tolérance), elle doit aussi introduire plus largement des règles hygiéno-diététiques pour favoriser le sommeil, l'alimentation équilibrée, la reprise d'activité physique pour limiter la prise de poids. La reprise d'activité physique ou d'activité de loisir ou sociale est importante. Ces activités diminuent l'évolution déficitaire et participent à une stimulation cognitive, et à une meilleure qualité de vie et d'estime de soi.

8.2 LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES (TCC)

Les techniques de thérapies cognitives et comportementales ont montré leur intérêt et leur bonne acceptation dans la prise en charge des phases précoces de la psychose. Elles peuvent viser la gestion du stress, un des facteurs de rechute ; ou plus largement les modes d'ajustement (« coping style »), les habilités sociales, les symptômes thymiques mais aussi les symptômes psychotiques eux-mêmes. Encore peu développées en France, les TCC sont intégrées dans certains programmes de psychoéducation : il ne s'agit pas seulement d'informer le patient mais de lui proposer des stratégies alternatives en cas d'idées délirantes, pour gérer le stress, les relations sociales, etc.

8.3 UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ : LE « CASE-MANAGEMENT »

Les recommandations australiennes de 2016 insistent sur l'intérêt du « case-management ». Le gestionnaire de cas « case-manager » a pour mission d'accompagner, généralement pour une durée limitée de 2 ou 3 ans, le jeune patient. Les objectifs sont de faciliter le retour

du jeune patient dans son parcours d'étude ou de formation, dans son milieu amical et familial, tout en optimisant son maintien dans les soins et entre les différents intervenants. Peu développé en France encore, certaines équipes mobiles proposent un accompagnement jouant en partie ce rôle.

8.4 REMÉDIATION COGNITIVE / RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

Les troubles cognitifs sont précoces et présents dès le premier épisode psychotique. Ils représentent une source de handicap, avec un impact possiblement important sur l'accès à l'éducation, à l'emploi et plus globalement sur le fonctionnement.

La remédiation cognitive permet de travailler deux axes cognitifs :

- Les cognitions « froides » : raisonnement, mémoire, planification, attention, etc.
- Les cognitions « chaudes » : impliquées dans les interactions sociales.

Une évaluation cognitive, au décours d'un premier épisode et après rémission symptomatique, est utile pour estimer les capacités du jeune patient et déterminer des leviers pour améliorer le devenir fonctionnel et le projet éducatif ou d'insertion professionnelle.

POINTS ESSENTIELS :

Le traitement antipsychotique doit être contrôlé pour suivre l'efficacité et la tolérance et adapter le traitement si nécessaire.
La psychoéducation doit être poursuivie et adaptée au suivi.
La prise en charge doit être globale : médicale, sociale, familiale, éducative, cognitive, diététique, etc.

L'objectif de la prise en charge est de favoriser, au-delà de la rémission symptomatique, un rétablissement fonctionnel.

09 ET EN CAS DE RECHUTE?

Le taux de rechute (défini par la réapparition de symptômes délirants) après un premier épisode psychotique reste élevé, 28% à 1 an, et jusqu'à 54% à 3 ans. Les facteurs majorant le risque de rechute sont une symptomatologie initialement plus sévère, la persistance d'une consommation de toxiques, un soutien insuffisant de l'entourage et surtout une mauvaise adhésion au traitement (recommandations australiennes de 2016). La rechute est volontiers précédée d'une période d'aggravation de l'anxiété, de l'apparition de symptômes dépressifs, ou de symptômes psychotiques atténués, qu'il faut repérer au plus vite (recommandations australiennes de 2016).

9.1 STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES RECHUTES

Les mesures d'accompagnement et de TCC décrites ci-dessus sont essentielles pour prévenir les rechutes.

S'il est constaté, au cours du suivi, la réapparition de symptômes psychotiques, les traitements devront être repris s'ils ont été interrompus ou adaptés s'ils ont été pris correctement. Un dosage sanguin peut être utile.

Les traitements antipsychotiques de forme retard (action prolongée) pourront être discutés avec le patient, notamment si la prise des traitements est problématique.

Les stratégies de prévention de la rechute incluent également un rapprochement des rendez-vous médicaux ou avec l'équipe soignante ou le case-manager, la communication des coordonnées des soins d'urgence, la reprise ou le rapprochement des séances de psychoéducation. Les thérapies comportementales et cognitives centrées sur la prévention de la rechute pourront être proposées, à un niveau individuel comme familial (recommandations australiennes de 2016).

9.2 CONDUITE À TENIR DEVANT UNE RECHUTE

La conduite à tenir est fortement dépendante de la situation. Outre la question d'une éventuelle hospitalisation, en cas de mise en danger, le traitement peut :

- Être réintroduit si un traitement initialement efficace avait été arrêté. La réponse n'est malheureusement pas toujours aussi bonne. Une forme à libération prolongée peut être proposée car elle facilite le maintien du traitement.
- Être modifié en cas de résistance à une première ligne de traitement (qui pourrait concerner entre 10 et 50% des patients avec un premier épisode psychotique) ou en cas de mauvaise tolérance (qui entraînerait un nouvel arrêt de traitement).

L'accompagnement psychosocial, la psychoéducation du jeune et de son entourage, les TCC et les autres stratégies de prévention sont essentiels.

Les raisons d'un éventuel arrêt de traitement et le contexte de la rechute doivent toujours être discutées avec le jeune et son entourage afin d'y apporter une réponse et éviter ... une nouvelle rechute.

10 CONCLUSIONS



Le premier épisode psychotique constitue un enjeu essentiel à un niveau individuel, et en termes de santé publique. La prise en charge de ces patients doit être **précoce, multidisciplinaire et rapprochée**.

L'instauration d'un traitement **antipsychotique de seconde génération** est un élément primordial. Dès le bilan pré-thérapeutique effectué, un traitement doit être mis en place de façon **individualisée**, en fonction du profil clinique et du bilan métabolique. Ce traitement doit être initié à **faible posologie**, pour atteindre une posologie minimale efficace la plus faible.

La psychoéducation et l'implication de la famille ou des proches sont des éléments clés pour favoriser l'observance et l'engagement dans les soins.

La prise en charge doit être globale et viser un rétablissement fonctionnel (reprise d'étude, de formation, de vie sociale, etc.), au-delà de la réponse symptomatique. La vigilance quant au **risque suicidaire** ne doit pas se cantonner à l'état aigu, mais être maintenue au décours du premier épisode. Les données actuelles montrent que la période de **« psychose débutante »**, qui englobe phase prodromique et premier épisode, est une fenêtre d'opportunité pour un traitement permettant un **rétablissement de grande qualité**, voire une rémission complète, ouvrant sur **l'espoir d'une prévention** des troubles psychotiques.

Favoriser l'accès précoce à des soins spécialisés et individualisés est un enjeu permanent, qui doit nous faire réfléchir à l'accès et au parcours de soins ainsi qu'à la représentation des troubles psychotiques non plus comme une maladie chronique mais comme une **maladie dont le premier épisode, s'il n'a pu être évité, doit rester le dernier**.



11 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET POUR ALLER PLUS LOIN

11.1 ARTICLES

- Bourgin J, Krebs MO. Détection précoce et intervention précoce dans le premier épisode psychotique. Rev Prat. 2013 Mar;63(3):336-42. French.
- Revue Santé Mentale. Dossier : l'entrée dans la schizophrénie. Juin 2016, numéro 209.

11.2 OUVRAGES

- Signes précoces de schizophrénie : des prodromes à la notion de prévention. Sous la coordination du Pr MO Krebs, Rapport du CPNLF, Edition Dunod, Paris, pp 224; ISBN 978-210073843-4.

11.3 RECOMMANDATIONS

- Australiennes de 2016 : Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, Second edition updated June 2016.

<https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>

- NICE: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-Recommendations-Psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management>
- Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques, source ANSM, 2010.

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf

11.4 FORMATION

- DU DIPPEJAAD : <http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/psychiatrie-addictologie/detection-et-intervention-precoces-des-pathologies-psychiatriques-emergentes-du-jeune-adulte-et-de-l-adolescent-dippejaad>

- Master class, Documentation : www.institutdepsychiatrie.org

11.5 PSYCHOÉDUCATION

- Programme TIPP – Lausanne : <http://www.chuv.ch/psychiatrie/dp-tipp>
- Programme TCC – AVEC <http://www.lespoir.ca>
- Programme iCARE – Paris : <http://www.institutdepsychiatrie.org/>



hve

human health care



En partenariat avec

