

Troubles psychotiques 101

Marc-André Roy, MD, MSc, FRCP

**Professeur agrégé de psychiatrie et
neurosciences**

Chercheur au CRIUSMQ

Psychiatre, CNDV/IUSMQ/CIUSSS-CN

marc-andre.roy@fmed.ulaval.ca

Plan

- Étiologie
- Prévalence, incidence
- Manifestations cliniques et principales catégories diagnostiques
- Troubles concomitants
- Traitement

Étiologie: génétique

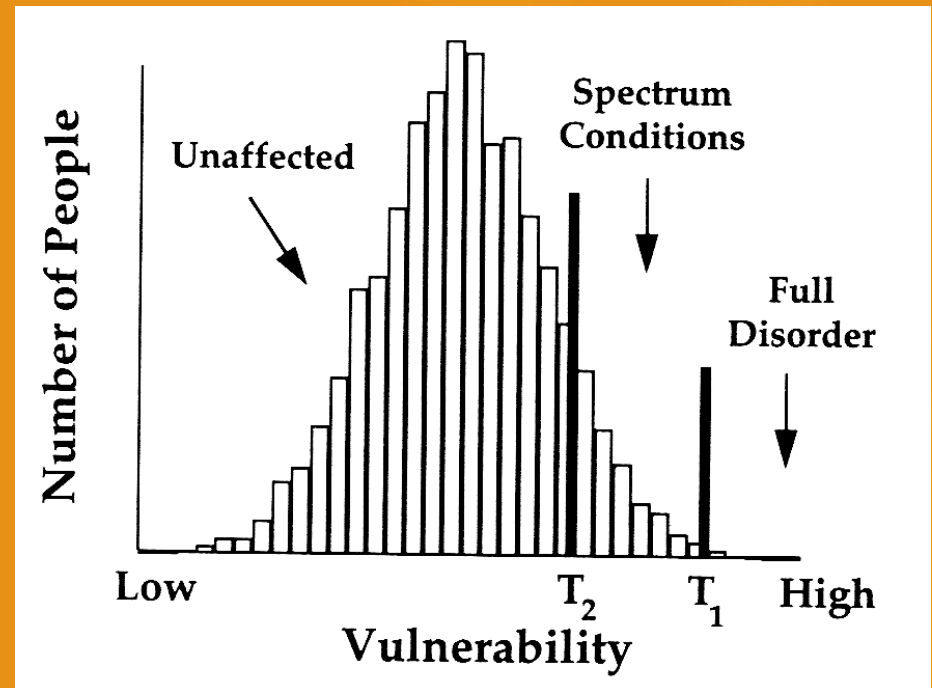
- Facteurs génétiques sont prépondérants comparés aux facteurs environnementaux
 - Concordance chez les jumeaux: 50%: 50X plus que dans la population générale!!!!
 - 1^{er} degré: 10%; 2^{ième} degré: 3%
 - Héritabilité à 80%
- Transmission polygénique: plusieurs gènes, chacun avec un faible effet
- Expressions multiples de cette vulnérabilité:
 - notion des psychoses apparentées à la schizophrénie
 - Lien avec la maladie bipolaire

Étiologie: environnement

- Expliquent 20% de la variance de la vulnérabilité
- En interaction avec facteurs génétiques
- Chacun a un effet modeste
- Principaux candidats
 - Consommation de drogues
 - Complications périnatales
 - Infections, malnutrition pendant grossesse
 - Stress maternel; pendant grossesse
 - Viol
 - Intimidation
 - Immigration

Étiologie: neurobiologie

- Modèle polygénique-multi-factoriel
- Neurobiologie complexe:
 - Plusieurs neurotransmetteurs candidats
 - Plusieurs zones du cerveau affectée
 - Hétérogénéité



Prévalence et incidence

- Très très très grandes variations des estimations
- Difficultés:
 - Participation difficile aux grandes études
 - Populations difficiles à rejoindre: prisonniers, itinérants, etc
 - Méthodes diagnostiques difficiles pour études épidémiologiques
- Généralement:
 - Hommes: incidence max adolescent-jeune adulte
 - Femmes: adolescente, jeune adulte (quelques années après hommes); 2^{ième} pic en péri-ménopause

Schizophrénie et DSM-5

- Passage de diagnostic épisode à diagnostic-vie
- Critères de la schizophrénie
 - Critère A: 2 parmi les 5 suivants, dont au moins 1 des 3
 - Délires
 - Hallucinations
 - Désorganisation de la pensée
 - Comportement catatonique ou bizarre
 - Symptômes négatifs
 - Critère B: persistance d'un fonctionnement inférieur au niveau prémorbide pour une portion significative du temps depuis début de la maladie, ou, chez les adolescents, n'atteint pas le niveau de performance prévue

Schizophrénie et DSM-5

- Critère C: Présence continue d'au moins une manifestation pour 6 mois; ceci peut inclure:
 - Prodrome ou post-psychose
 - Sx négatifs ou manifestations atténuées des autres éléments du critère A
 - Au moins 1 mois à satisfaire critères A, à moins qu'un traitement ait été mis en place avec succès
- Critère D: non attribuable à trouble schizo-affectif ou trouble de l'humeur
- Critère E: non attribuable à condition médicale autre
- Critère F: SZ en présence d'un TED: en plus des autres critères de SZ, doit avoir délire ET hallucinations pour au moins 1 mois (à moins de traitement efficace); différence vs TED: cassure de fonctionnement

Autres troubles psychotiques

- Beaucoup moins étudiés que SZ
- Trouble schizo-affectif:
 - manifestations de la SZ;
 - Manifestations des troubles de l'humeur
 - Symptômes psychotique en-dehors des épisodes affectifs
 - Très mauvaise fidélité inter-juge
- Troubles affectifs:
 - Peuvent présenter les mêmes Sx que dans la SZ
 - Mais les Sx psychotiques ne sont présents que lors des épisodes affectifs
- Trouble délirant: délire seulement
- Trouble schizophréniforme: durée de 1 à 6 mois

DSM-5: vision dimensionnelle

- On doit évaluer les dimensions suivantes:
 - Hallucinations
 - Délires
 - Désorganisation du discours
 - Comportement psychomoteur anormal (\cong catatonie)
 - Symptômes négatifs
 - Déficits cognitifs
 - Dépression
 - Manie
- BEAUCOUP PLUS UTILE QUE LES SOUS-TYPES TRADITIONNELS!
- Doit être intégrée dans la planification individuelle du traitement

Principales manifestations

- Symptômes positifs: délires, hallucinations
- Désorganisation: trouble du cours de la pensée, comportement bizarre
- Catatonie
- Symptômes négatifs
- Cognition
- Agitation-hostilité
- Dépression
- Anxiété
- Etc

Sources d'imprécision diagnostique

- Pas de standardisation des techniques d'entrevue
- Pas de standardisation quant à l'utilisation
- Variations quant à l'application des critères
- Réticences (souvent non-fondées) d'obtenir des informations de tiers: application rigide et sans nuance des règles de confidentialité!!!
- Souvent, pas de continuité dans les soins: vu les facteurs ci-dessus
- Rigueur nécessaire, et suivi suffisamment long aidant

Sources d'imprécision diagnostique

- Variations possibles du tableau au cours de la maladie:
 - Par exemple, présentation initiale psychotiques, tableaux affectifs par la suite
- Critères diagnostiques parfois difficiles à appliquer: troubles schizo-affectifs
- Si la personne va trop bien, alors, ce n'est pas de la schizophrénie!!!
- Les médicaments, en vertu de leurs effets indésirables, peuvent constituer un facteur de confusion

Troubles concomitants

- Sous-diagnostiqués, sous-traités
- Dépression:
 - Fréquente;
 - risque de suicide;
 - danger de confondre sx dépressifs et sx négatifs!!
- Troubles d'utilisation de substances:
 - facteur de rechute psychotique;
 - Liés à actes suicidaires et hétéro-agressifs
 - Souvent associés à non-adhésion au traitement
 - Approche motivationnelle, Clozapine

Troubles concomitants

- Troubles anxieux
 - Fréquents: phobie sociale, 25 à 50%; TOC, 15%
 - Sous-diagnostiqués, sous traités
 - Nécessité d'un questionnaire spécifique
 - Souvent assimilés aux manifestations de la psychose
- Troubles de personnalité
 - Difficile de quantifier leur présence
 - Danger de sur-diagnostiquer, chez des patients difficiles: ne pas collaborer au traitement ne signifie pas qu'on a un trouble de personnalité!!!
Des comportements difficiles peuvent résulter de Sx psychotiques!!!!

Évolution

- La détérioration n'est pas du tout inéluctable
- Mais les délais à l'initiation contribuent à mauvaise évolution: importance de la détection précoce, qui s'avère encore problématique!!!
- Grandes variations inter-individuelles
- Rémission des sx psychotiques fréquente suite à 1^{er} épisode; diminue à chaque récurrence
- Rétablissement fonctionnel souvent difficile à obtenir
- Quand même: % significatif atteint niveau de fonctionnement et d'autonomie intéressants!!!

Évolution: quand ça se complique...

- Risque de geste hétéro-agressif- judiciarisation
- Rechutes et diminution de la réponse au traitement
- Problèmes de l'adhésion au traitement
- Itinérance: prévalence très élevée de psychose
- Risque suicidaire
- Diminution de l'espérance de vie:
 - environ 20 ans
 - En partie expliquée par le suicide
 - Beaucoup par les maladies cardio-vasculaires: tabagisme, conditions de vie, mauvaise forme générale (capacité fonctionnelle)

Orientations du traitement

- Le défi de l'adhésion au traitement
- Objectif du traitement:
 - Stabilité?
 - Rémission?
 - Rétablissement?
- Vision souvent pessimiste de l'évolution

Traitement optimal

- Attitude d'espoir, axé sur la réalisation du projet de vie et le rétablissement
- Utilisation de médicaments antipsychotiques pris sur une base régulière
- Utilisation de la Clozapine dans les cas d'inefficacité des autres antipsychotiques
- Traitement combiné, i.e., gestion de cas, psychothérapie, psycho-éducation, intervention familiale, soutien à l'emploi
- Intervention précoce pour personnes en début d'évolution

Traitement habituel

- Attitude pessimiste, accent sur la consolidation d'un état sub-optimal; préjugés de la part des soignants
- Soins difficiles d'accès
- Souvent, un MD tout seul
 - Manque de ressources;
 - Non reconnaissance de la valeur ajoutée
- Sous-utilisation de la Clozapine et des i.m. injectables à longue action
- Conséquences: fonctionnement sub-optimal;

Traitements pharmacologiques

- Distinction entre les antipsychotiques de première et de seconde génération
- Tous sont des bloqueurs dopaminergiques
- Nuances selon les autres récepteurs touchés, selon la dissociation aux récepteurs
- Clozapine
 - Efficacité supérieure
 - Utilisation plus complexe
 - Sous utilisée
- Formulation injectable à longue-action
 - Efficacité supérieure en prévention de rechute
 - Seulement quelques médicaments disponibles
 - Sous-utilisée

Adhésion au traitement

- Problème absolument omniprésent
- Difficile à détecter avec rx p.o.
- Lié, notamment, à la reconnaissance à la maladie
- Effets délétères de la rechute:
 - Risque suicidaire
 - Risque de judiciarisation
 - Désinsertion sociale
 - Émergence de la résistance au traitement
 - Conséquences neuro-toxiques
- Possibilité d'ordonnance d'autorisation de soins

Effets indésirables

- Effets neurologiques: REP, dyskinésie tardive
- Effets métaboliques: gain de poids, hyperlipidémie, diabète: mais les troubles psychotiques sont eux-mêmes un facteur de risque
- Effets hématologiques (surtout Clozapine)
- Effets cardiaques: conduction surtout
- Effets gastro-intestinaux: constipation
- Ajouts fréquents de Rx pour les contrer, mais qui ont eux-mêmes des effets indésirables....

Intervention précoce 101

- Intervention précoce:
 - Intervenir tôt
 - Intensivement
 - Selon une façon appropriée à l'âge
- Démonstration claire de l'importance des cliniques d'intervention précoce
- Combinaison d'approches
- Approche pro-active: « outreach », accès facile
- Pharmacothérapie pro-active: utilisation moins frileuse de la Clozapine et des injectables à longue-action
- Concept des états mentaux à risque

SIM et SIV 101

- Deux principales approches mises en place par le MSSS
- Se distinguent par l'intensité de suivi et le type de clientèle
- PACT: très normée; prévention hospitalisation démontrée
- CTR: SIV de cas complexes, avec équipe inter

	SIV	SIM
Clientèle	Coopère Relativement stabilisée	Bcp de personnes coopérant peu, maladie sévère
Objectif	Réadaptation; réalisation du projet de vie	Maintien dans la communauté
Ratio	1 pour 20	1 pour 8
Fonctionnement	Gestionnaire de cas	Équipe avec intervenant pivot

MESURE 17

Afin d'intervenir adéquatement et de façon précoce auprès des jeunes atteints d'un premier épisode psychotique, de maximiser leurs chances de rétablissement, de les soutenir tout au long de ce processus et d'assurer un soutien aux membres de leur entourage :

1. le MSSS soutiendra l'élaboration et la diffusion de standards fondés sur les bonnes pratiques, dont celles fondées sur des données probantes, encadrant la composition des équipes et la prestation de services spécifiques destinés à ces jeunes;
2. chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale rendra accessibles des services spécifiques destinés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique, en respectant les standards soutenus par les données probantes.

MESURE 32

Afin de s'assurer que les services de SIV et de SIM appliquent les pratiques qui sont appuyées par des données probantes :

- ▶ le MSSS poursuivra la mise en œuvre, en collaboration avec le CNESM, du mécanisme national de reconnaissance de la qualité des services de SIV et de SIM.

MESURE 33

Afin d'améliorer l'offre de services de soutien dans la communauté à l'intention des personnes qui présentent un trouble mental grave, chaque centre intégré :

1. poursuivra le déploiement des services de SIV, de façon à atteindre un ratio d'au moins 145 places reconnues pour 100 000 habitants;
2. poursuivra le déploiement des services de SIM, de façon à atteindre un ratio d'au moins 55 places reconnues pour 100 000 habitants;
3. intégrera un pair aidant dans au moins 30% des équipes de SIV et dans 80% des équipes de SIM.

MESURE 34

Afin d'améliorer l'offre de services de soutien dans la communauté à l'intention de la clientèle en situation d'itinérance et qui présente des troubles mentaux graves, le MSSS rappelle les engagements énoncés dans le Plan d'action interministériel en itinérance 2014-2019 :

- ▶ une équipe de SIM sera mise en place à Montréal à l'intention de la clientèle en situation d'itinérance et qui présente des troubles mentaux graves. L'équipe interdisciplinaire, qui comprend également un psychiatre, sera formée suivant

les normes reconnues des modèles de suivi intensif dans la communauté qui s'inspirent du modèle PACT (Program for Assertive Community Treatment) et adaptée à la réalité des besoins de la clientèle itinérante.

MESURE 1.4

Afin de reconnaître la détresse des membres de l'entourage d'une personne atteinte d'un trouble mental, de favoriser et de soutenir leur implication dans leur rôle d'accompagnateur, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale :

1. inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des services, des actions et des modalités de suivi concernant l'implication, dans le processus clinique, des membres de l'entourage des personnes utilisatrices de services dans le respect de leurs droits. Ces actions accorderont une attention particulière à l'actualisation de la notion de confidentialité et solliciteront la participation active de personnes utilisatrices de services et de membres de leur entourage;
2. mettra en place un mécanisme visant à renseigner systématiquement les membres de l'entourage sur les associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, dont le mandat est d'offrir des services d'intervention psychosociale, de formation et d'information, des groupes d'entraide et des mesures de répit-dépannage qui leur sont destinés;
3. mettra en place un mécanisme d'orientation systématique à l'intention des membres de l'entourage vers les associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale lorsqu'un besoin en ce sens est déterminé. Une attention particulière doit être accordée aux enfants de personnes atteintes d'un trouble mental afin que ces enfants bénéficient du soutien nécessaire.