



Intervenir précocement dans la psychose

Exemple de l'unité C3P-O

Dr C Béra-Potelle, Psychiatre
Dr M Caiazza, Psychiatre



Naissance d'un projet

Les troubles du spectre de la schizophrénie



Maladie chronique et invalidante

Complexe tant par sa clinique, sa physiopathologie et sa prise en charge

Début entre 15 et 25 ans mais un délai de 2 ans en moy avant prise en soins

3^{ème} cause de morbi-mortalité chez les hommes âgés de 15-24 ans

Taux de suicide élevé la première année



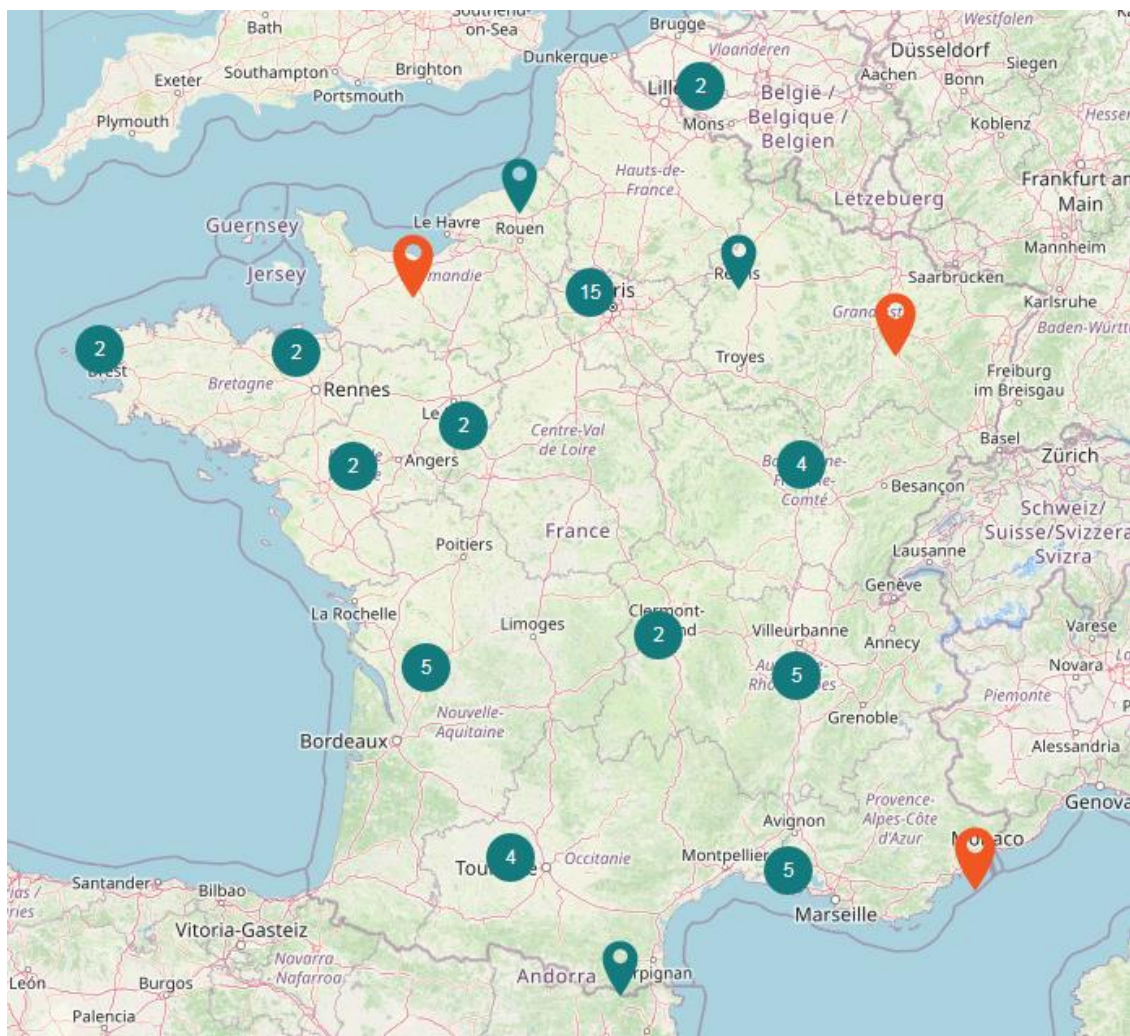
Projet d'établissement 2018-2022

Améliorer le parcours patient

C3P-O: Centre de Prise en charge Précoce des Psychoses et d'Orientation

- Le projet du C3P-O s'inscrit dans un besoin national de développer la prise en charge précoce
- L'unité ouvre en septembre 2019 pour le travail de formation de l'équipe,
- L'ouverture au public se fait en Novembre 2019, avec arrivée dans les locaux en juin 2020.
- Dispositif à vocation régionale Champagne Ardenne

*En France il existe un **retard important**, par rapport aux autres pays au niveau mondial, concernant le dépistage et la prise en charge précoce de la schizophrénie, aux conséquences désastreuses (Elkhazen et al., 2003).



- Participation au réseau national d'intervention précoce TRANSITION
- Dynamique régionale Grand Est I2P avec les centres d'intervention précoce de Nancy et Dijon

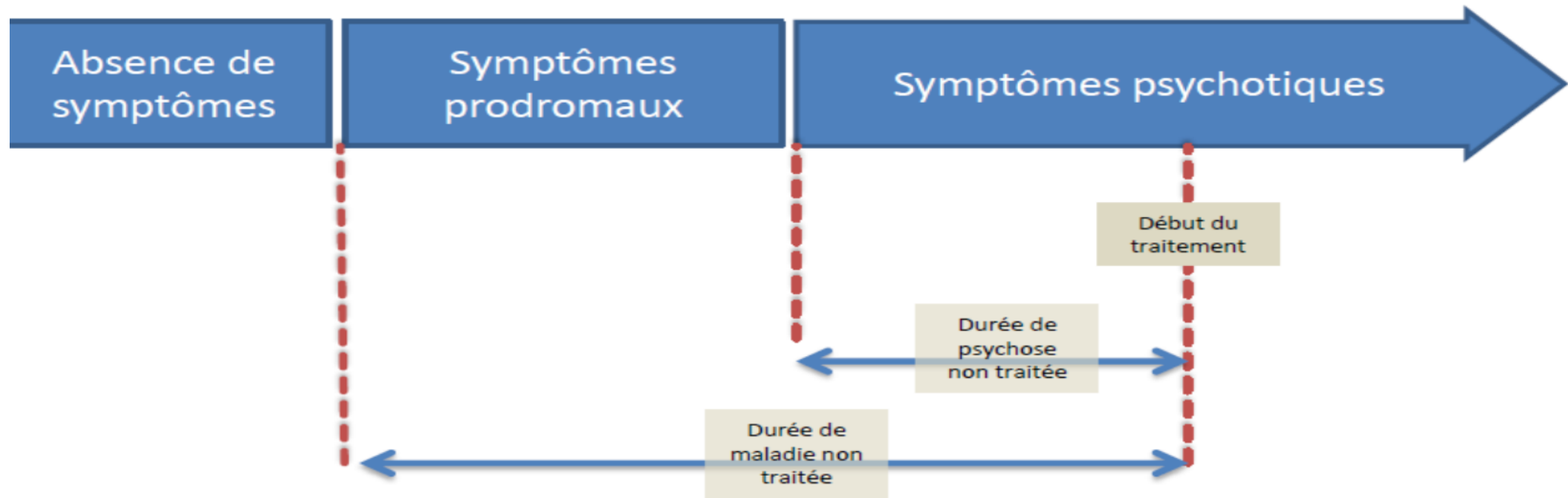


Enjeux et principes de la prise en charge précoce

Enjeux de la prise en charge précoce

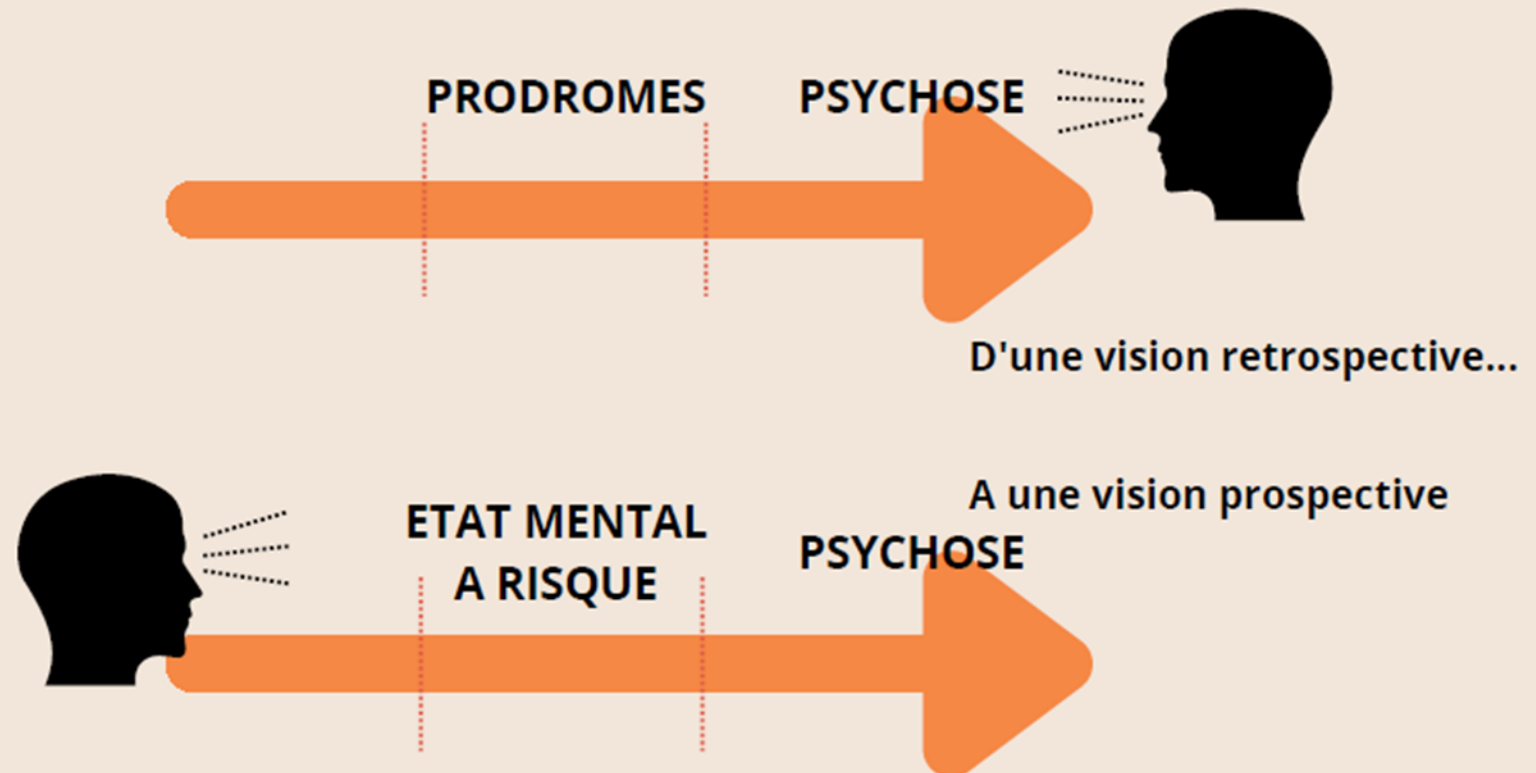
- Diminuer la durée de psychose non traitée et améliorer le pronostic clinique et fonctionnel des patients (**A. LillevikThorsen et Al. 2014**)
- Proposer une offre de soins adaptée à un public jeune : favoriser l'adhésion et l'engagement aux soins, limiter les ruptures de parcours scolaires et/ou professionnels

Enjeux de la prise en charge précoce



D'après Riecher Rössler et al. 2006

Un changement de perspective



Prodromes

« Symptômes précoces d'une maladie qui précèdent l'apparition complète du trouble ou une période de perturbations qui constitue un écart par rapport à ce que le sujet est habituellement (comportement, expérience) »

Young et Mc Gorry (1996)

INDICATEURS PRODROMIQUES PRÉCOCES (NON SPÉCIFIQUES)

Retrait social

Détérioration du fonctionnement

Humeur dépressive

Diminution de la concentration

Diminution de la motivation

Troubles du sommeil

Anxiété

Méfiance

INDICATEURS PRODROMIQUES TARDIFS (SYMPTÔMES ATTENUÉS)

Comportement étrange

Diminution de l'hygiène personnelle

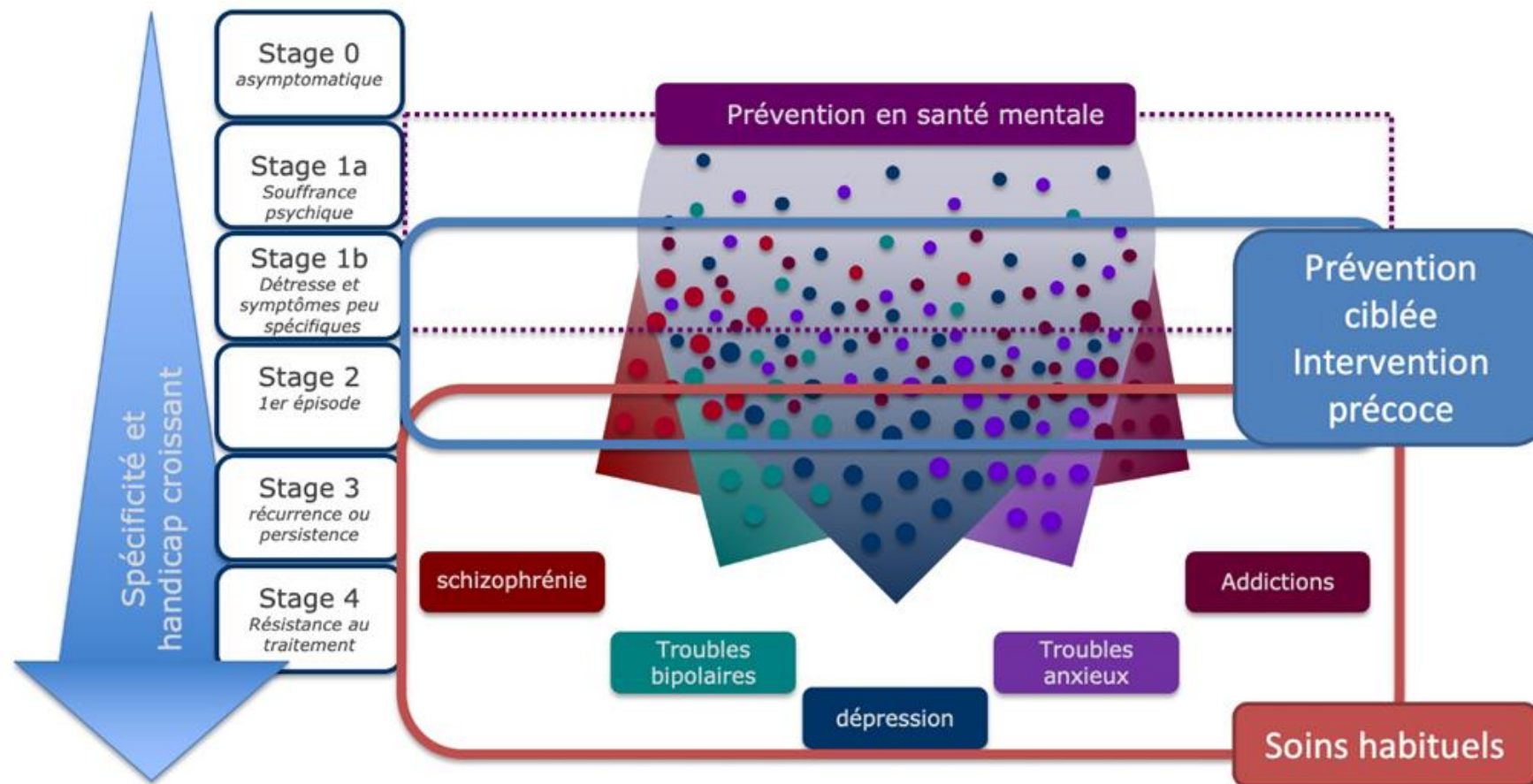
Affect inapproprié

Discours vague ou trop élaboré

Discours circonstanciel

Croyances bizarres ou pensées magiques

Expériences perceptives inhabituelles



Plusieurs évolutions possibles

D'après Mc Gorry, 2016
Fusar Poli 2018_World J Psychiatry

Staging selon Mc Gorry (2006)

Stade clinique	Définition	Population cible/adressage	Intervention potentielle
0	Risque augmenté mais AUCUN SYMPTÔME	Adolescents apparentés de 1 ^{er} degré	Promouvoir la santé, éducation e la famille, éducation sur les toxiques
1a	SYMPTÔMES Légers, non spécifiques, déclin fonctionnel modeste	Adolescents souvent adressés par les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, Réduction active des toxiques
1b	SYMPTÔMES subliminaires, déclin fonctionnel (UHR)	Patients adressés par confrères	Psychoéducation familiale, TCC, Réduction active des toxiques
2	1 ^{er} épisode	Souvent dans les suites d'un passage aux urgences	Psychoéducation familiale, TCC, Réduction active des toxiques tt antipsychotique

En quoi consiste le bilan médicale au C3P-O ?

Echelles d'évaluation

Entretien



1. SYMPTÔMES POSITIFS

- 1.1 TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE
- 1.2 IDÉES NON-BIZARRES
- 1.3 ANOMALIES DE LA PERCEPTION
- 1.4 DISCOURS DÉSORGANISÉ

2. CHANGEMENT COGNITIF : ATTENTION / CONCENTRATION

- 2.1 CHANGEMENTS COGNITIFS SUBJECTIFS
- 2.2 CHANGEMENTS COGNITIFS OBJECTIFS

3. PERTURBATION ÉMOTIONNELLE

- 3.1 PERTURBATION ÉMOTIONNELLE SUBJECTIVE
- 3.2 ÉMOUSSEMENT DE L'AFFECT OBSERVÉ
- 3.3 AFFECT INAPPROPRIÉ OBSERVÉ

4. SYMPTÔMES NÉGATIFS

- 4.1 ALOGIE
- 4.2 AVOLITION / APATHIE
- 4.3 ANHÉDONIE

5. MODIFICATION DU COMPORTEMENT

- 5.1 ISOLEMENT SOCIAL
- 5.2 ALTÉRATION DU COMPORTEMENT
- 5.3 COMPORTEMENTS DÉSORGANISÉS, BIZARRES, STIGMATISANT
- 5.4 COMPORTEMENT AGRESSIF / DANGEREUX

6. CHANGEMENTS PHYSIQUES / MOTEURS

- 6.1 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT MOTEUR
- 6.2 CHANGEMENTS DANS LE FONCTIONNEMENT MOTEUR OBSERVÉ
- 6.3 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS CORPORELLES
- 6.4 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES FONCTIONS VÉGÉTATIVES

7. PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

- 7.1 MANIE
- 7.2 DÉPRESSION
- 7.3 INTENTION SUICIDAIRE ET AUTOMUTILATION
- 7.4 LABILITÉ DE L'HUMEUR
- 7.5 ANXIÉTÉ
- 7.6 TROUBLES OBSESSIONNELS ET COMPULSIFS (TOC)
- 7.7 SYMPTÔMES DISSOCIATIFS
- 7.8 DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS HABITUEL

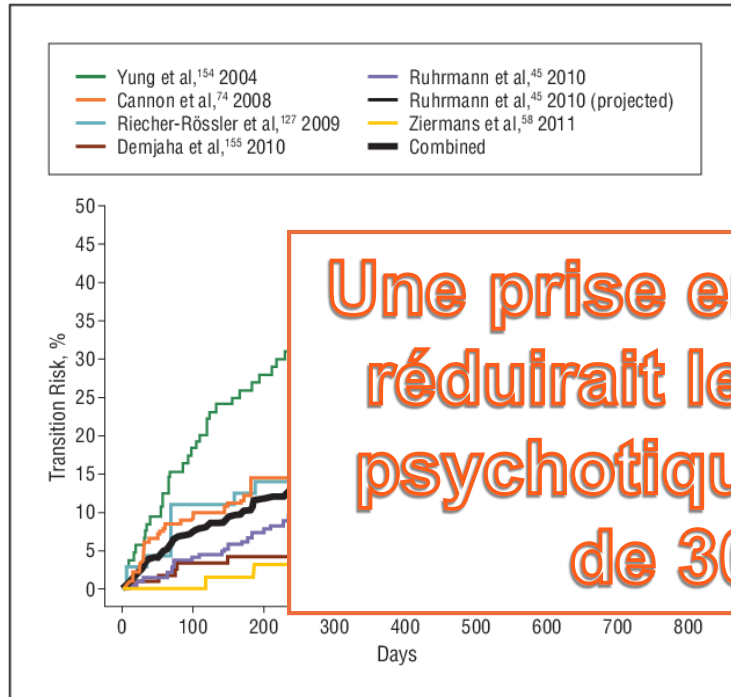
ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL (SOFAS)

Évaluer la fonctionnalité sociale et professionnelle sur un continuum allant d'un fonctionnement excellent à un fonctionnement altéré de façon massive. Inclure les altérations du fonctionnement dues à des causes physiques au même titre que celle dues à des causes psychiques. Pour être prise en compte, l'altération doit être la cause directe de problèmes de santé mentale et physique. Ne pas tenir compte des conséquences d'un manque d'occasions ou d'autres facteurs limitants d'ordre environnemental.

NOTE	(NB : utiliser des notes intermédiaires lorsque cela est justifié, par exemple 45, 68, 72)
100	
	Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités.
91	
90	
	Fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, professionnellement et socialement efficace.
81	
80	
	Légère altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex : conflit interpersonnel occasionnel, retard temporaire dans le travail scolaire)
71	
70	
	Quelques difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.
61	
60	
	Difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex : peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail)
51	
50	
	Altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex : absence d'amis, incapacité à garder un emploi)
41	
40	
	Altération majeure du fonctionnement dans plusieurs domaines comme le travail, l'école ou les relations familiales (par ex : un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille, et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école)
31	
30	
	Incapacité à fonctionner dans presque tous les domaines (par ex : reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis)
21	
20	
	Incapacité intermittente à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner de façon autonome.
11	
10	
	Incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner sans se faire du mal ou faire du mal à autrui ou en l'absence d'une assistance par des tiers importante (par ex : nursing et surveillance).
1	
0	Information inadéquate

Score ACTUEL : _____

Prédire / prévenir la transition psychotique ?



Une prise en charge spécifique
réduirait le taux de transition
psychotique des UHR à 3 ans
de 30 % à 10-15%

Transition psychotique chez patients UHR
ayant bénéficié d'une prise en charge non
standardisée (4 de l'évolution naturelle et des

30 % après 3 ans

Meta-analysis of transition risks in
studies reporting Kaplan-Meier
estimates of psychosis transition over
time in the high-risk state (n=984
individuals)

**TOUS LES UHR n'évoluent pas vers une
psychose**

Faux positifs

Facteurs protecteurs ?

Effets des actions sur les facteurs

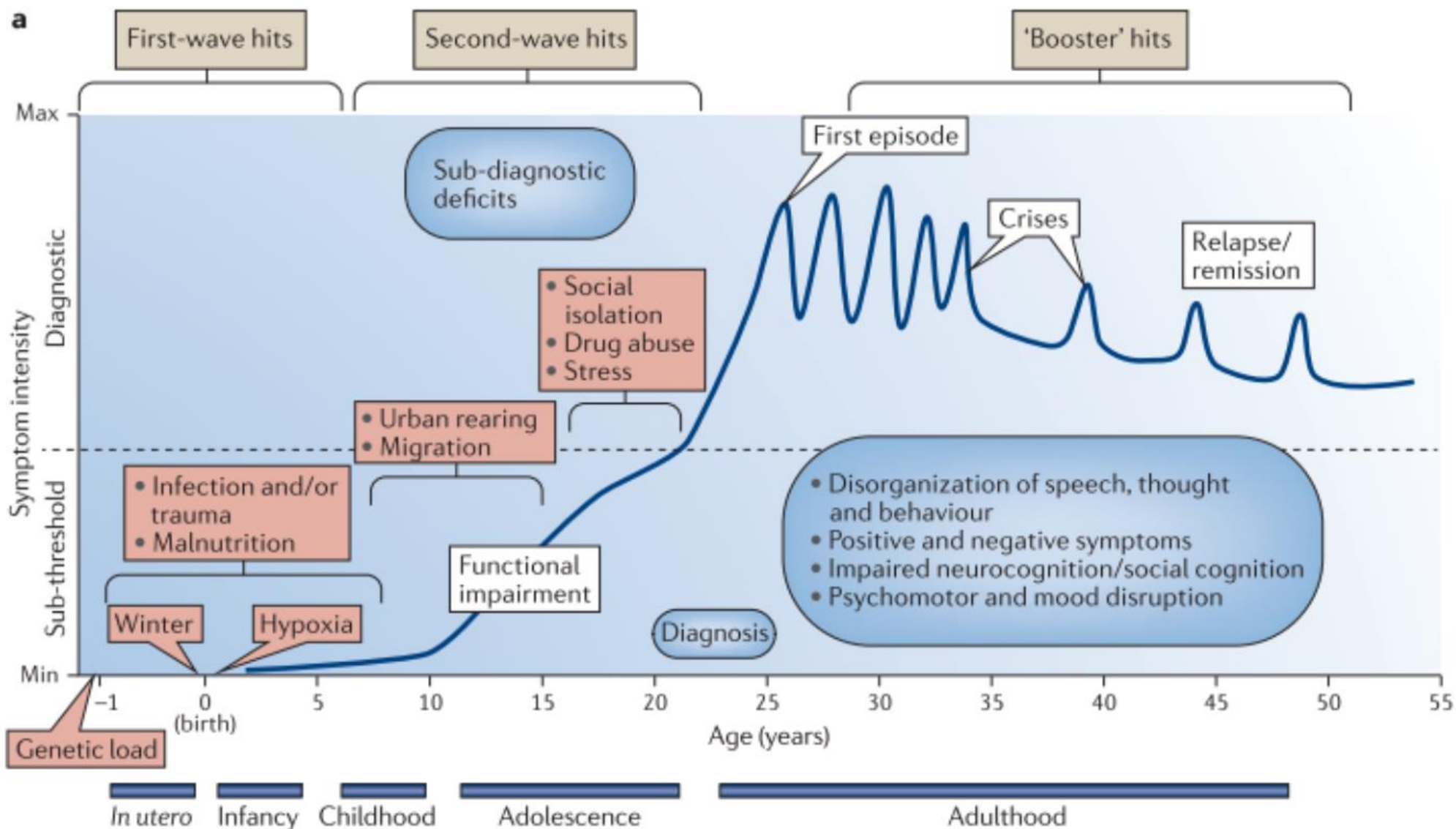
précipitants

The psychosis high-risk state. Fusar-Poli et al., JAMA Psychiatry 2013

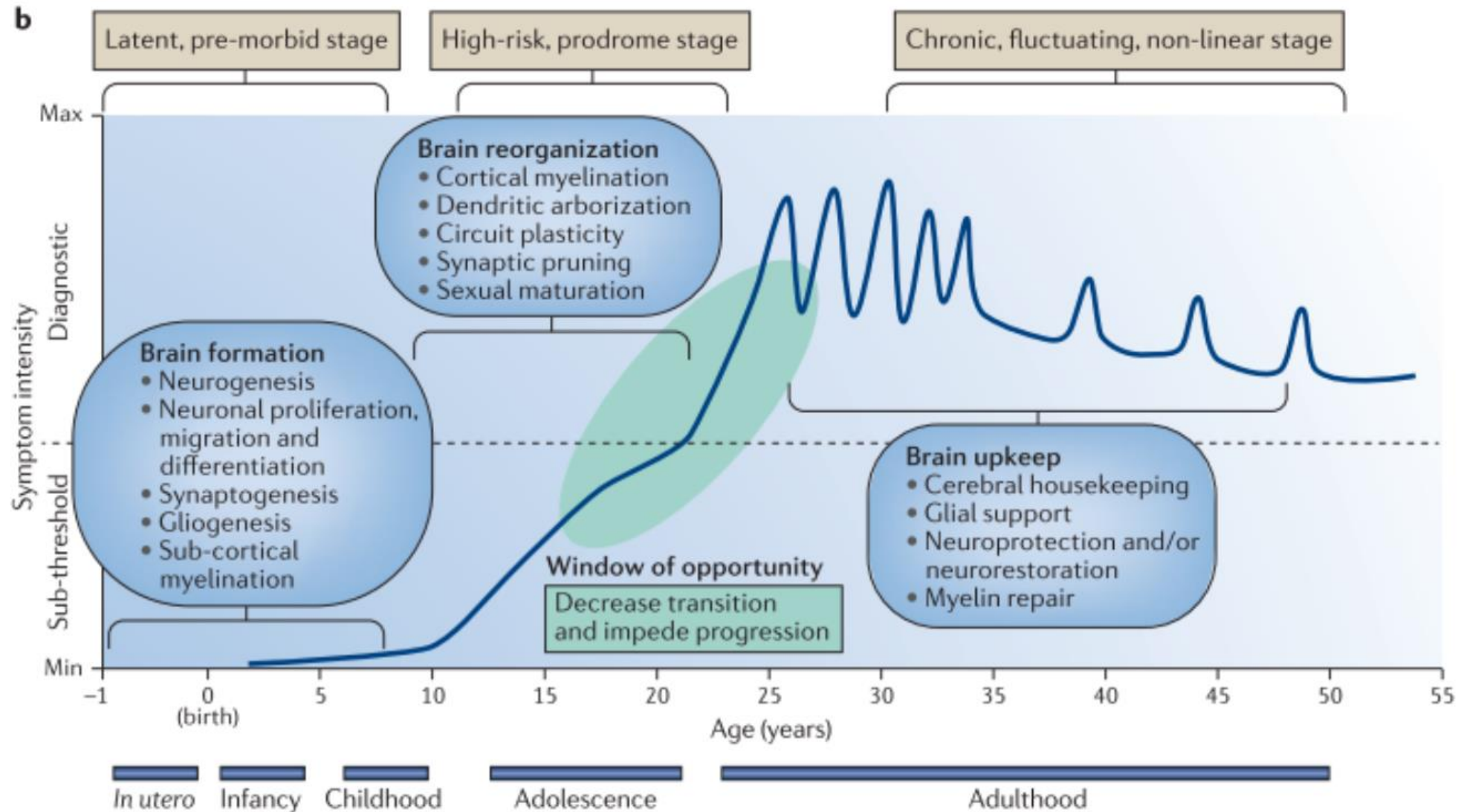


C'est dans les 3 à 5 premières années de la maladie que la majorité des déficits (cognitifs et fonctionnels) apparaissent

= Période critique

b

SOURCE: *Altering the course of schizophrenia: Progress and perspectives*



SOURCE: *Altering the course of schizophrenia: Progress and perspectives*



Accompagner une personne en devenir

Soigner pour favoriser le rétablissement

Se rétablir : « C'est comprendre, accepter et surmonter les incapacités en lien avec un trouble pour apprendre à bien vivre avec »

Le rétablissement est une notion de **bien-être** qui implique de

- Se connaître et s'accepter
- Ne pas avoir peur de la rechute
- S'accomplir
- Accepter et utiliser les expériences passées pour avancer
- Améliorer ses connaissances sur ses ressources et ses vulnérabilités
- Améliorer ses compétences (cognitives, relationnelles...)

● Choc et déni

● Prise de conscience / désespoir

● Préparation au changement

● Reconstruction

● **Croissance**
« Je vis bien avec la maladie et les autres »



D'après Andresen (2003)

Distinguer la personne de la maladie

Auto-stigmatisation : Intériorisation des préjugés souvent véhiculés au sein de la société. L'auto-stigmatisation peut entraîner un renoncement aux projets, un retrait social, une baisse d'estime de soi, une dévalorisation, une augmentation des symptômes dépressifs et parfois des idées suicidaires. Elle toucherait 31,3 % des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique grave

« L'expérience de la stigmatisation est l'un des principaux facteurs prédisant l'autostigmatisation. Le défaut de repérage précoce, de prise en charge et d'accompagnement dès les premiers signes de troubles pour limiter les transitions psychotiques, l'altération du fonctionnement, ainsi que la sévérité des symptômes cliniques des personnes présentant des troubles psychiques sévères favoriseront eux aussi l'autostigmatisation. »

Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness : A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. Schizophr Bull. 2021



Développement psycho-social de l'ado et du jeune adulte

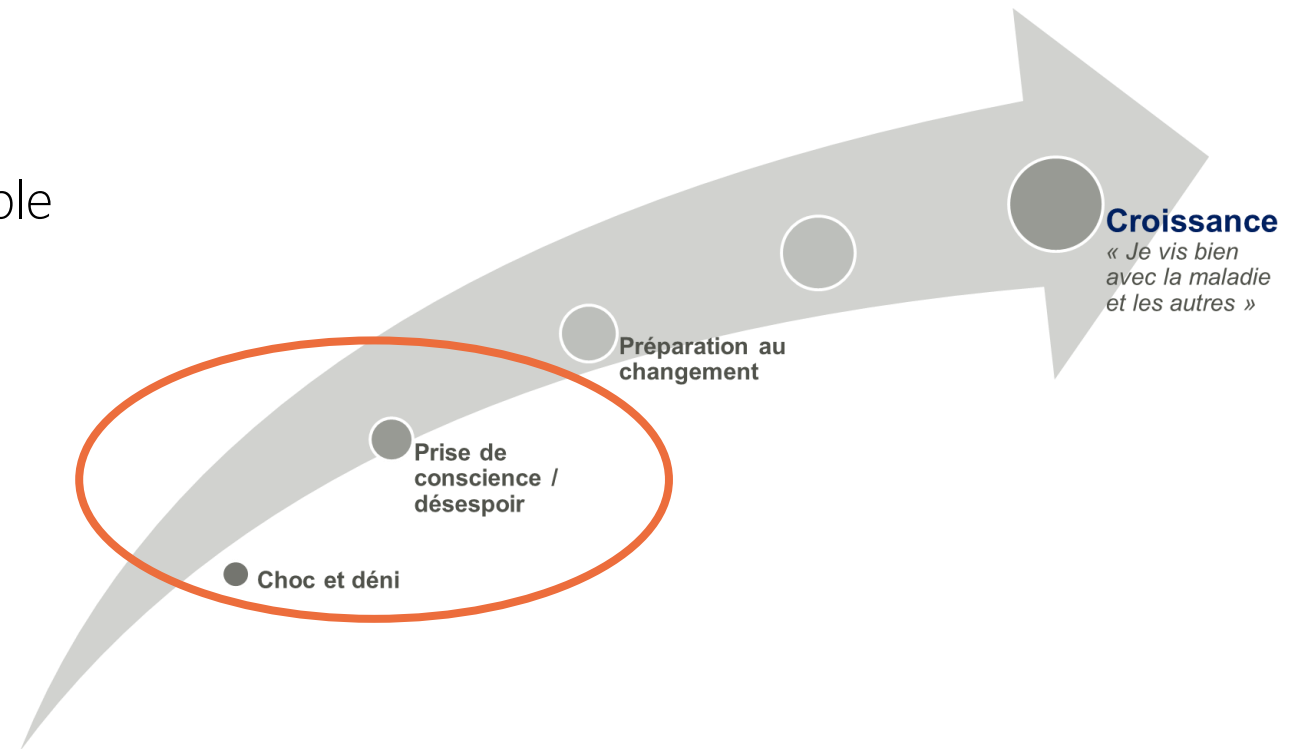
- **15-30 ans** : période de construction de l'individu mais d'instabilité (études, déménagements, changements d'amis, 1ères relations sentimentales, émancipation des parents...)
- **Développement cognitif** : développement de la pensée abstraite et logique. L'entrée au lycée, avec la complexification des attentes est souvent un moment de rupture.
- Meilleure prise de conscience de soi et de la capacité à réfléchir sur soi. Remise en question des normes et des règles.
- **Développement émotionnel** : développement et maturation des régions contrôlant les émotions à l'origine d'une labilité émotionnelle normale.

Développement progressif des capacités d'inhibition et diminution de l'impulsivité au profit de comportements axés sur les objectifs. Mais processus long...

- **Développement de l'autonomie** : l'adolescent va être en recherche de plus de liberté, d'indépendance : expose à des comportements à risque, prise de toxiques
- **Développement de la socialisation** : importance des groupes de pairs. Les adolescents qui se retrouvent sans groupe de pairs peuvent développer des sentiments intenses de différence et d'exclusion.

Particularités du jeune

- Manque de connaissance et d'expérience de la maladie
- Besoin de résultats immédiats, difficultés à s'engager
- N'utilise pas les mêmes moyens de communication
- Utilisation fréquente des toxiques
- Encore chez ses parents
- Projet de vie encore flou ou instable



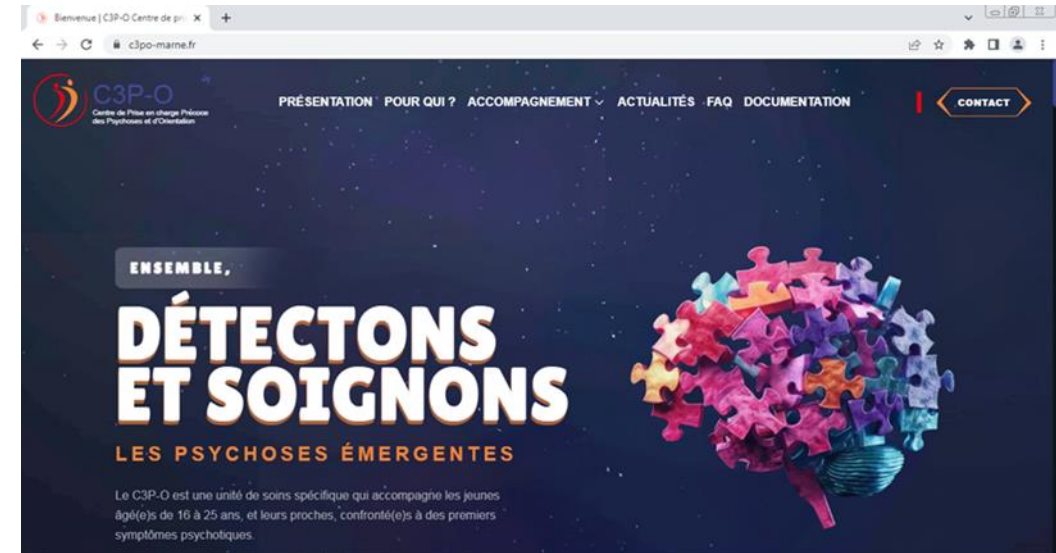
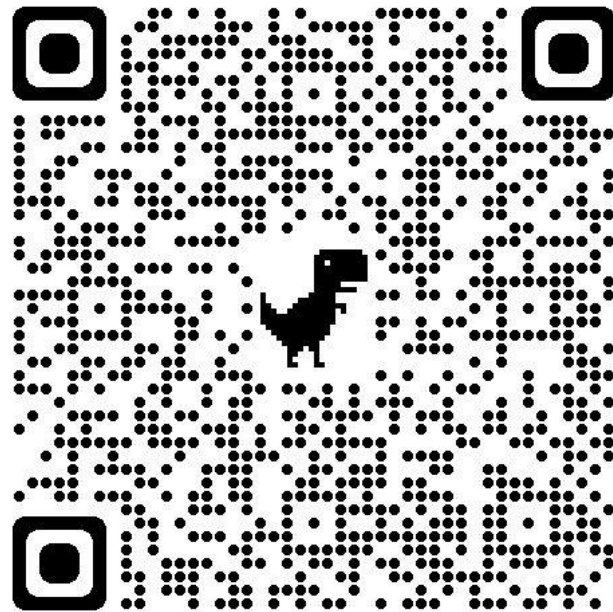


Organiser le dépistage et les soins

Diminuer le délai de demande d'aide

25

- Information de la population (campagnes d'information)
- Information et sensibilisation des professionnels intervenant auprès des jeunes
- Déstigmatisation



Diminuer le délai de rendez-vous

- Informer les professionnels de première ligne (MG, psy libéraux, SUP)
- Réactivité de l'équipe d'intervention précoce :
 - 24 heures si patient aux urgences
 - 48 heures si demande d'aide spontanée ou orientation pour symptomatologie aigue
 - 2 semaines si orientation pour avis
- Lieu dédié, destigmatisant, « young friendly »



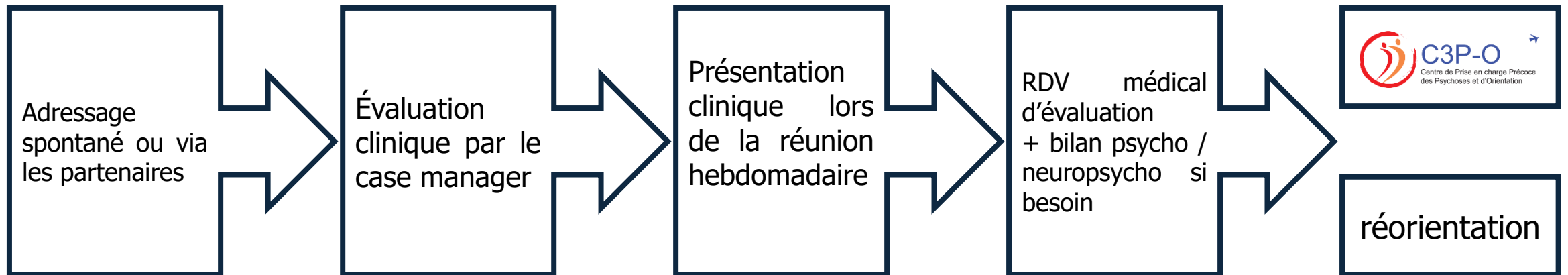
Public cible

- Patients entre 16 et 25 ans
- Présence de rupture récente avec l'état de fonctionnement habituel
- Présence de prodromes mis en évidence par un professionnel de santé
- Premier passage par les urgences psychiatrique pour symptômes psychotiques
- Première hospitalisation en psychiatrie pour premier épisode psychotique

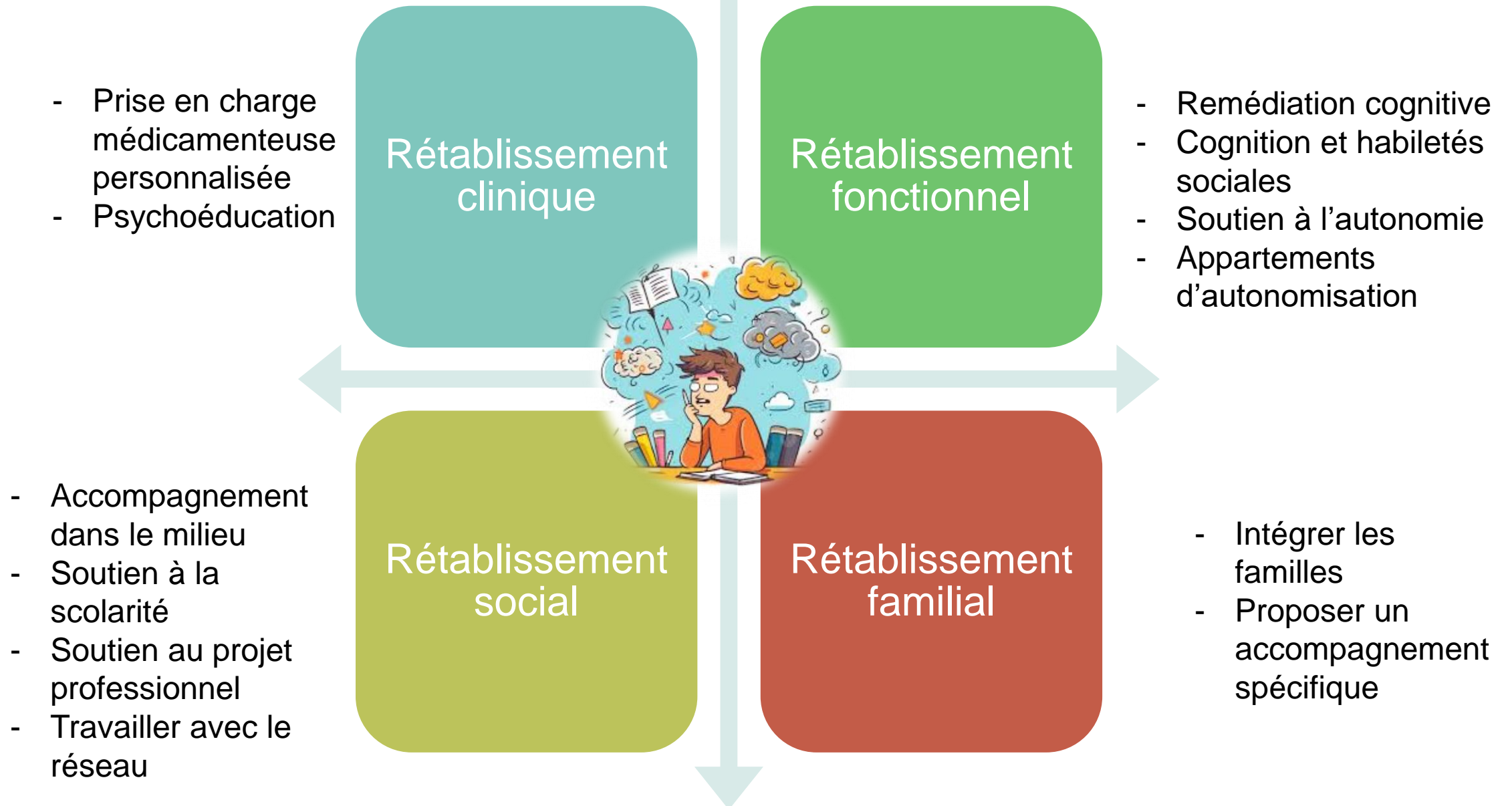
Equipe pluridisciplinaire



Orientation et Admission au C3P-O



Des soins au service du jeune



Prise en charge pharmacologique (START LOW, GO SLOW)



Amisulpride

Start with:
50-100 mg/day
Initial target dose:
300-400 mg/day
Highest dose:
up to 800 mg/day

Aripiprazole

Start with:
5-10 mg/day
Initial target dose:
15-20 mg/day
Highest dose:
up to 30 mg/day

Quetiapine

Start with:
25-50 mg/day
Initial target dose:
300-400 mg/day
Highest dose:
up to 750 mg/day
**Rapid dose
adaptation from
starting dose
recommended**

Risperidone

Start with:
0.5-1 mg/day
Initial target dose:
2-3 mg/day
Highest dose:
up to 6 mg/day

Ziprasidone

Start with:
20-40 mg/day
Initial target dose:
80-120 mg/day
Highest dose:
up to 160 mg/day

**PAS D'INDICATION A L'INTRODUCTION D'UN
ANTIPSYCHOTIQUE AVANT LE STADE 2 !!**

La comorbidité la plus représentée reste la dépression, l'introduction d'un traitement antidépresseur a un impact dans la diminution du risque de transition psychotique dans la population cible (Fusar-Poli et al. 2012).

An abstract graphic on the left side of the slide. It features a series of curved, overlapping lines that originate from the left edge and fan out towards the center. The lines are colored in a gradient: teal for the outermost lines, transitioning through grey and brown to a solid orange for the innermost lines. The lines are of varying lengths and curves, creating a sense of movement and depth. A solid teal vertical bar is positioned on the far left edge of the slide.

Retour d'expérience

La prise en charge individuelle

PRISE EN CHARGE DANS LE MILIEU

Patients et/ou leur famille ne souhaitent pas une prise en charge à leur domicile. Vécu peut être intrusif.

Il faut parfois plusieurs mois de prise en charge afin de pouvoir mettre en place cette modalité de soin.

ACCOMPAGNEMENT CASE-MANAGER

Accompagnement intensif, en fonction des besoins du jeune et de sa famille. La disponibilité, l'adaptabilité, la flexibilité sont les points forts de cet accompagnement.

Peu de rupture totale avec notre unité. Les résultats sont au rendez-vous.

Smartphone professionnel

La prise en charge de groupe

ATELIERS THÉMATIQUES EN GROUPE

Ateliers proposés sur un format court, non engageant, pour découvrir des thématiques en lien avec les problématiques actuelles des jeunes. (écrans, estime de soi, affirmation de soi, émotions, harcèlement).

Peu de patients intéressés ou alors pas suffisamment de patient pour créer un groupe.

GROUPE DE PRÉ-RENTRÉE

- Élaboré par notre neuropsychologue, a pour objectif de permettre aux jeunes en parcours scolaire ou de formation (effective ou projet) de préparer la rentrée plus sereinement.
- Les objectifs principaux:
 - identifier leurs difficultés, leurs forces
 - trouver des stratégies pour organiser leur année à l'aide d'outils pratiques et faciles à mettre en place.

Remédiation cognitive

PRÉCONISATIONS

- Les programmes de remédiation type RECOS ou PRESCO sont désinvestis rapidement, les patients
- Rapportent d'avoir le sentiment qu'ils ne ciblent pas efficacement leur besoin.

FORMAT PERSONNALISÉ PAR NOTRE NEUROPSYCHOLOGUE

Les jeunes nous demandent un soutien concret face à leurs difficultés en cognition froide. Un accompagnement dans leur cours à l'aide d'outils tel que la carte mentale, le plan de révision, etc, leur permet de retrouver progressivement des meilleures compétences cognitives et les résultats académiques adéquats.

Le soutien du projet professionnel

- **Coordinatrice soins / insertion professionnelle**
 - Accompagnements individuels ayant pour objectif d'aider à la réflexion et la mise en place d'un projet professionnel (insertion ou maintien dans l'emploi, formation, reprise ou poursuite d'études),
 - Prise en compte des souhaits du jeune, de ses expériences et de ses difficultés
 - Travail en réseau avec les professionnels de l'insertion pro en milieu ordinaire ou non
 - Possibilité d'accompagnement dans la prise de poste « Job Coach »

L'accompagnement à la vie autonome

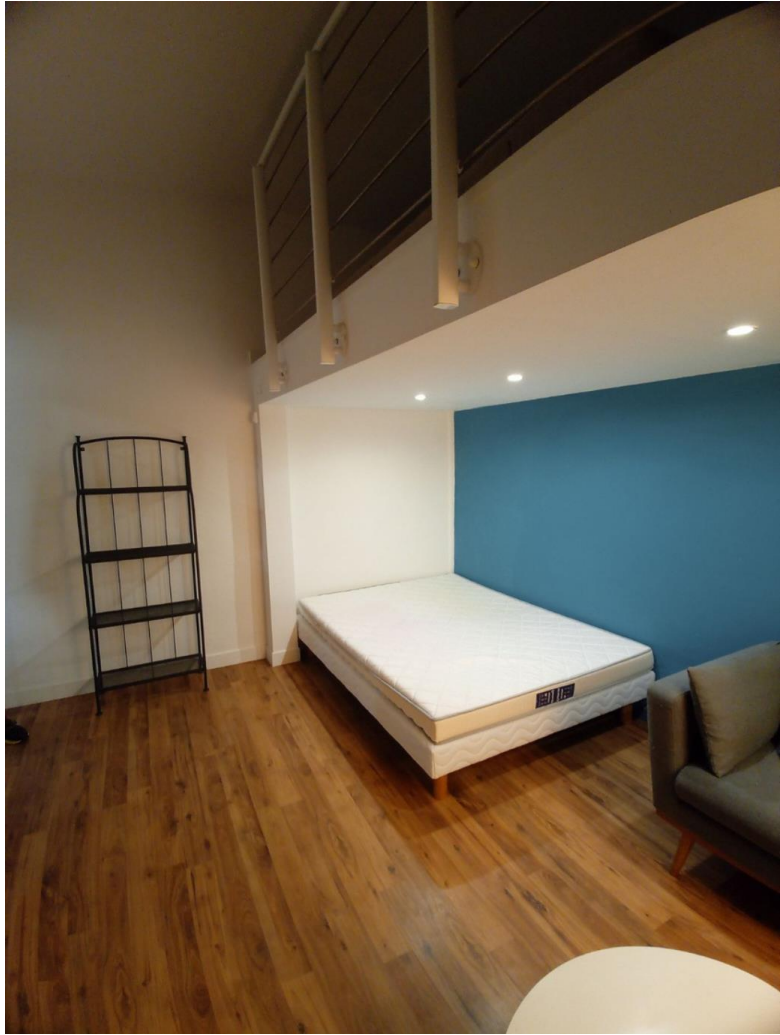
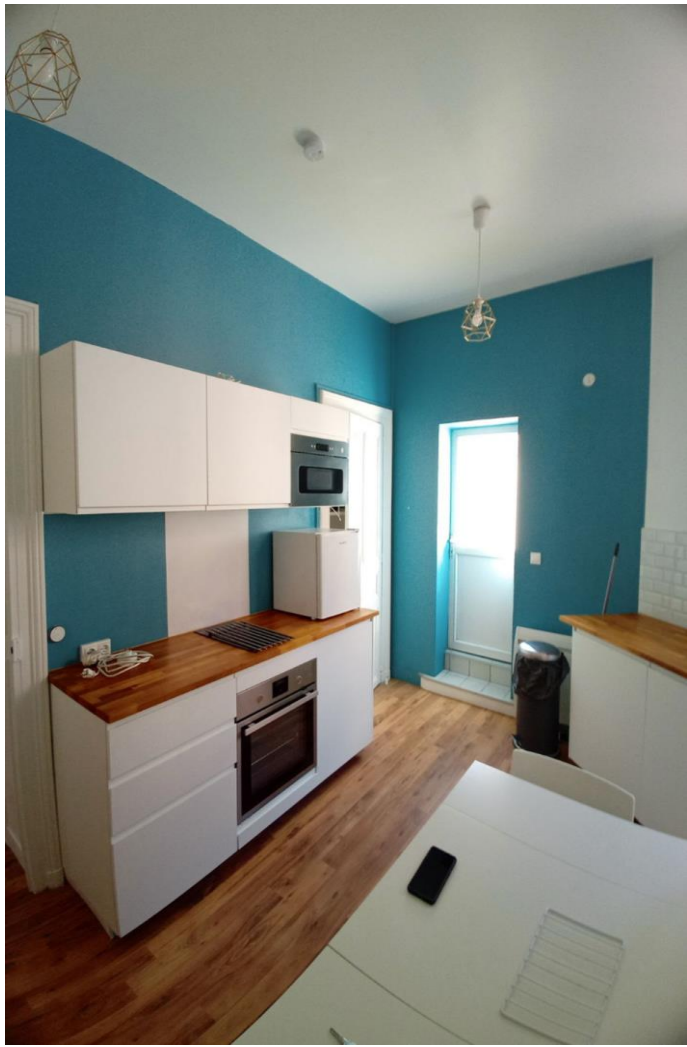
APPARTEMENTS D'AUTONOMISATION

Très souvent non proposés avant le PEP. Nous disposons de deux appartements un T1 et un T2 dans Reims bénéficiant du nécessaire pour apprendre à gérer le quotidien

- Objectifs:
 - évaluation fonctionnelle
 - Apprentissage de la gestion du quotidien
 - Expérimentation de la vie autonome

ACTIVITÉS DE GROUPE

Afin de permettre aux jeunes de développer leurs compétences, nous avons imaginé des temps de groupe conviviaux et ludiques. La journée s'articule autour d'un repas en formule plat et dessert à partager. La préparation est faite en binôme « jeune / case- manager ». Il suit un temps de jeu dans l'après-midi. Un temps nettoyage et rangement est prévu après chaque évènement.



Profils des patients accompagnés

- Pathologies associées fréquentes : psychotrauma, troubles anxieux, TND
- Très peu de perdus de vue : ++ profil avec consommation de toxiques et troubles de personnalité antisociale associés
- 1 patiente « guérie » intervenant comme pair-aidante dans les groupes de psychoéducation
- Peu de transitions en dehors des premiers épisodes venant dévoiler une schizophrénie déjà installée



**Merci pour votre attention,
des questions?**

equipe.c3po@epsm-marne.fr

Dr C Béra-Potelle, Psychiatre
Dr M Caiazzo, Psychiatre