



# Intervenir préocemment dans la psychose

Exemple de l'unité C3P-O

Dr C Béra-Potelle, Psychiatre

Dr M Caiazzo, 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<sup>ème</sup> 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

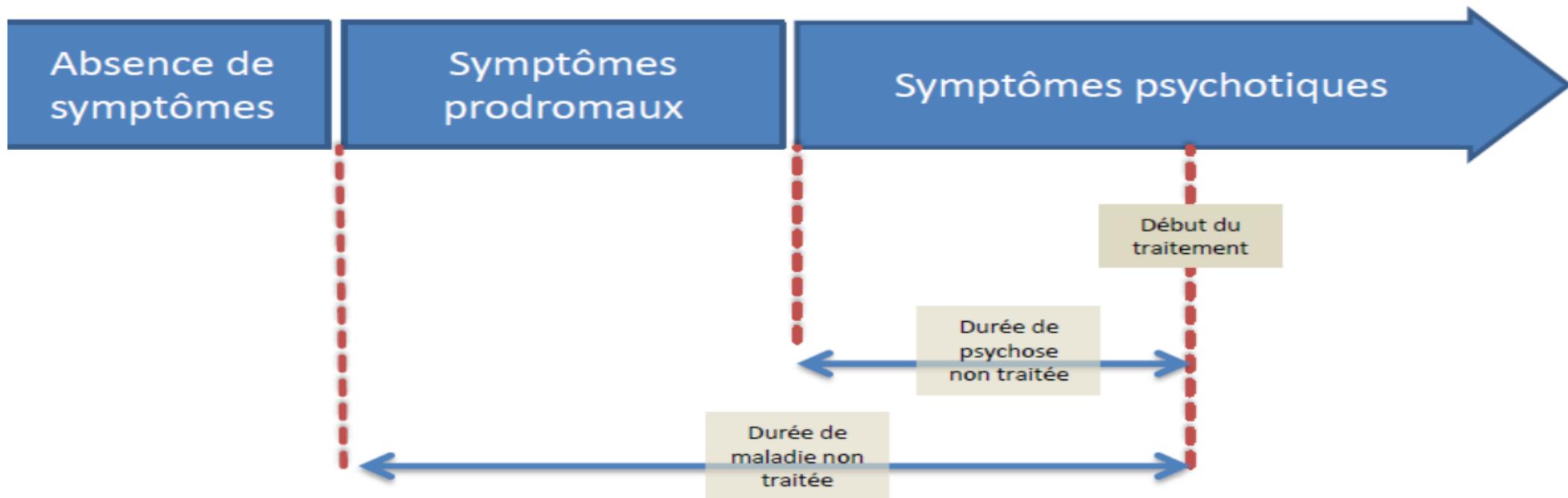


# **Enjeux et principes de la prise en charge précoce**

# Enjeux de la prise en charge précoce

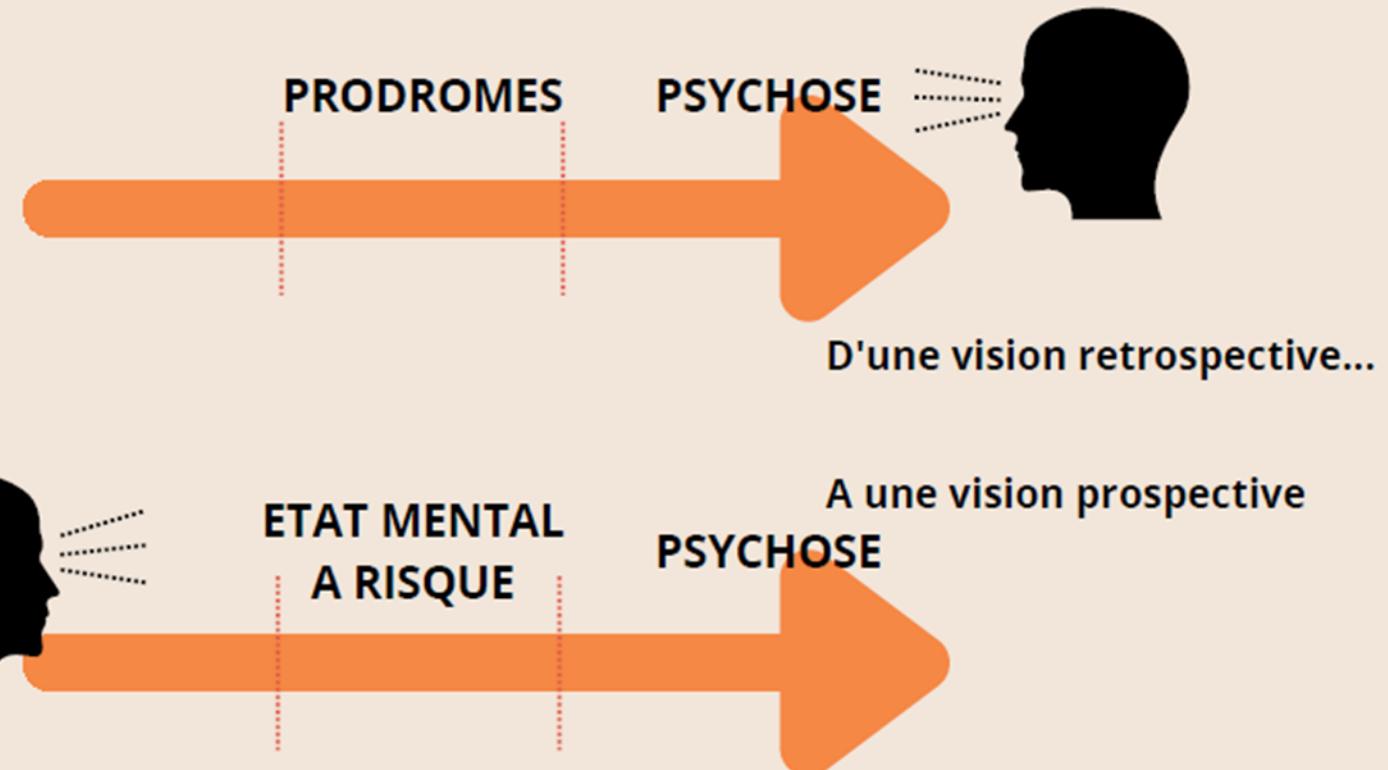
- Diminuer la durée de psychose non traitée et améliorer le pronostic clinique et fonctionnel des patients (**A. LillevikThorsen et Al. 2014**)
- Proposer une offre de soins adaptée à un public jeune : favoriser l'adhésion et l'engagement aux soins, limiter les ruptures de parcours scolaires et/ou professionnels

# Enjeux de la prise en charge précoce



D'après Riecher Rössler et al. 2006

## Un changement de perspective

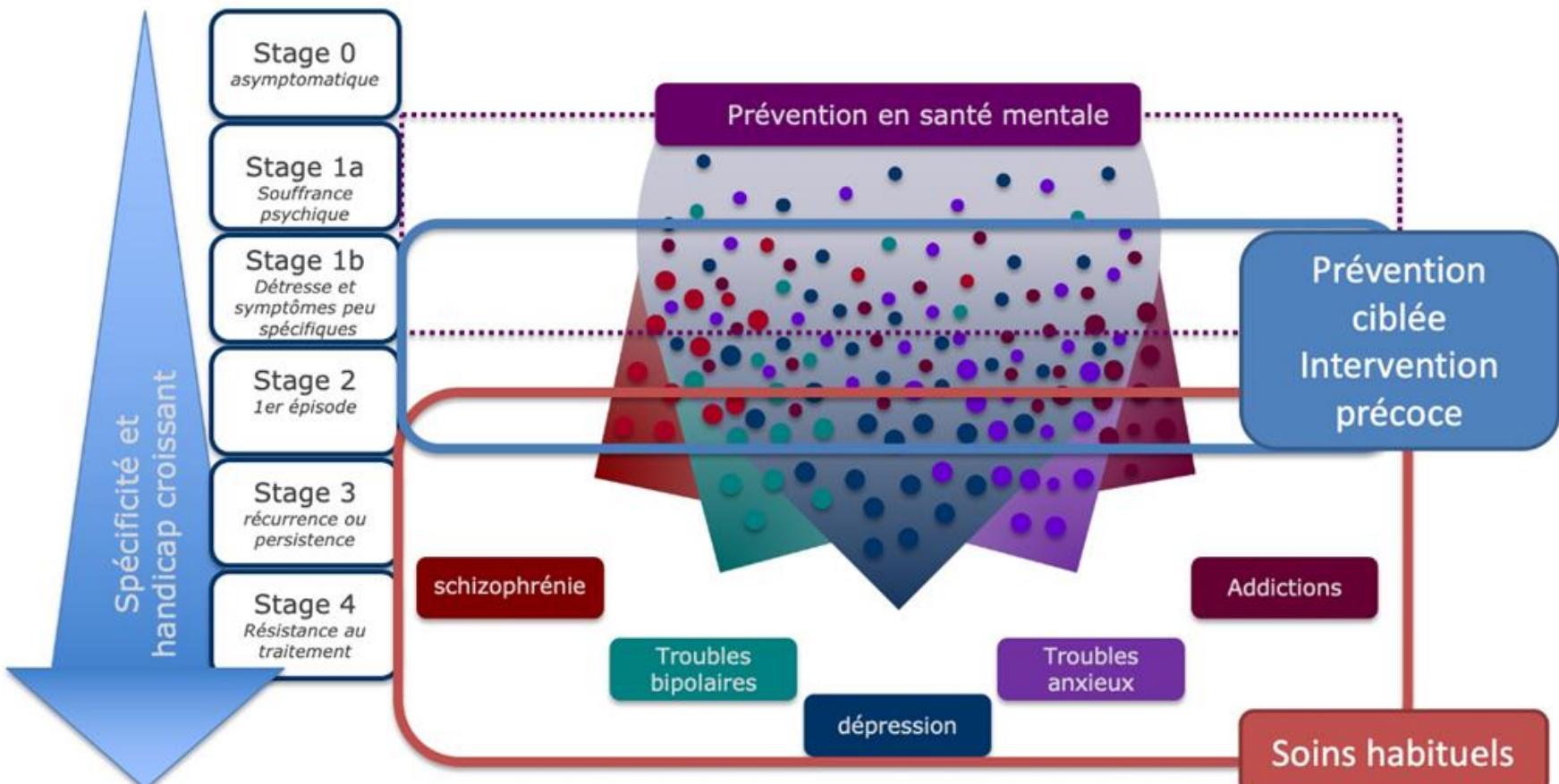


# Prodromes

« 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)	INDICATEURS PRODROMIQUES TARDIFS (SYMPTÔMES ATTENUÉS)
Retrait social	Comportement étrange
Détérioration du fonctionnement	Diminution de l'hygiène personnelle
Humeur dépressive	Affect inappropriate
Diminution de la concentration	Discours vague ou trop élaboré
Diminution de la motivation	Discours circonstanciel
Troubles du sommeil	Croyances bizarres ou pensées magiques
Anxiété	Expériences perceptives inhabituelles
Méfiance	



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 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> épisode	Souvent dans les suites d'un passage aux urgences	Psychoéducation familiale, TCC, Réduction active des toxiques tt antipsychotique

# En quoi consiste le bilan médical au C3P-O ?



## Echelles d'évaluation

### 1. SYMPTÔMES POSITIFS

- 1.1 TROUBLÉS 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 TROUBLÉS OBSESSIONNELS ET COMPULSIFS (TOC)
- 7.7 SYMPTÔMES DISSOCIATIFS
- 7.8 DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS HABITUEL

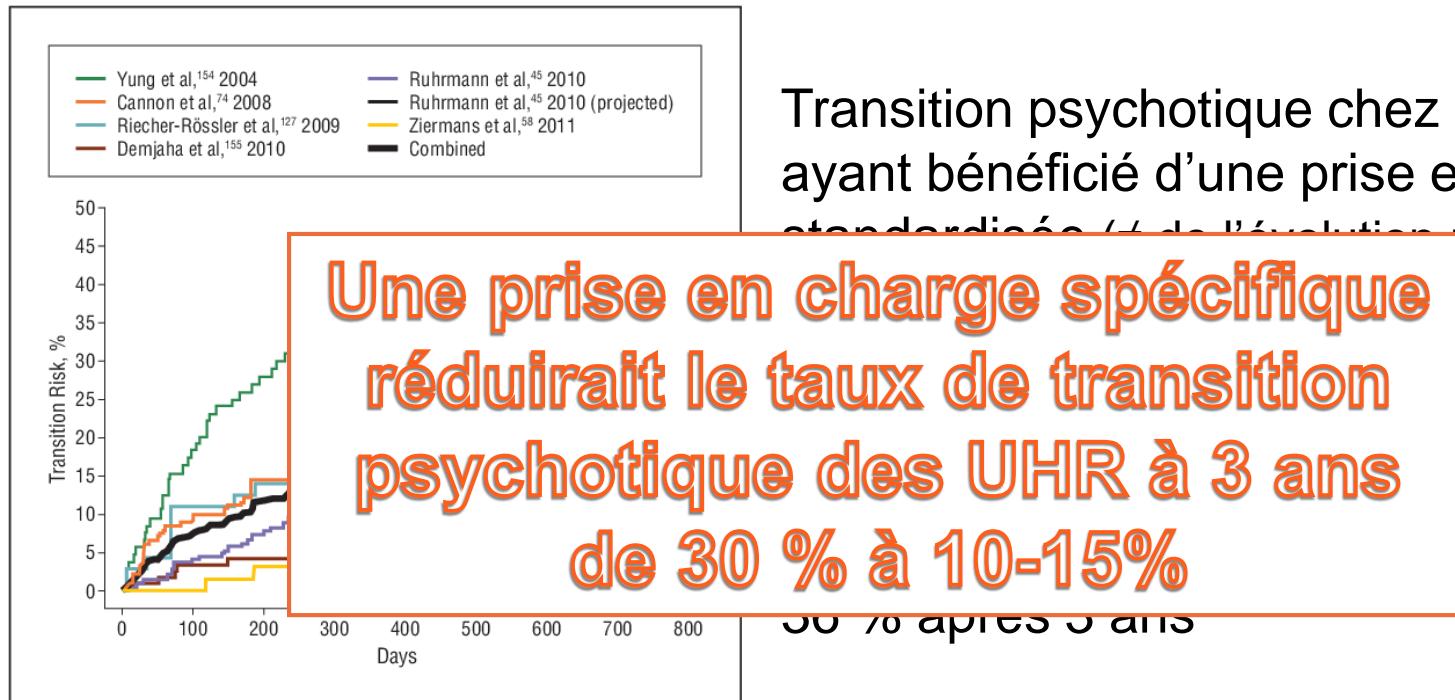
### ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL (SOFAS)

*Évaluer la fonctionnement social et professionnel 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	<i>(NB : utiliser des notes intermédiaires lorsque cela est justifié, par exemple 45, 68, 72)</i>
100	Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités.
91	
90	Fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, professionnellement et socialement efficace.
81	Légère altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex : conflit interpersonnel occasionnel, retard temporaire dans le travail scolaire)
80	
71	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.
70	
61	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)
60	
51	Altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex : absence d'amis, incapacité à garder un emploi)
50	
41	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)
40	
31	Incapacité à fonctionner dans presque tous les domaines (par ex : reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis)
30	
21	Incapacité intermittente à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner de façon autonome.
20	
11	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 importants (par ex : nursing et surveillance).
10	
1	
0	Information inadéquate

Score ACTUEL : \_\_\_\_\_

# Prédire / prévenir la transition psychotique ?



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

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

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

Faux positifs

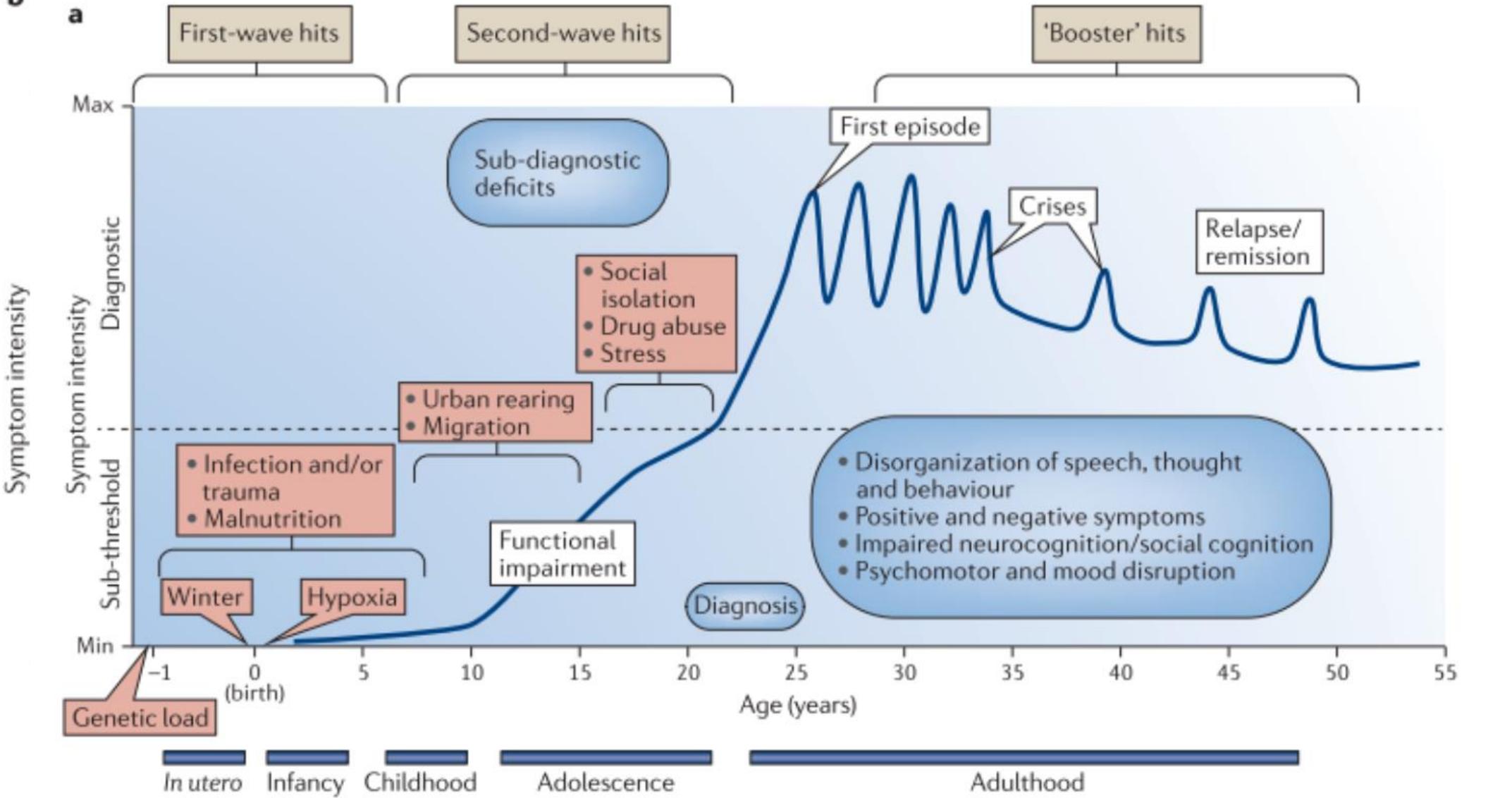
Facteurs protecteurs ?

Effets des actions sur les facteurs précipitants

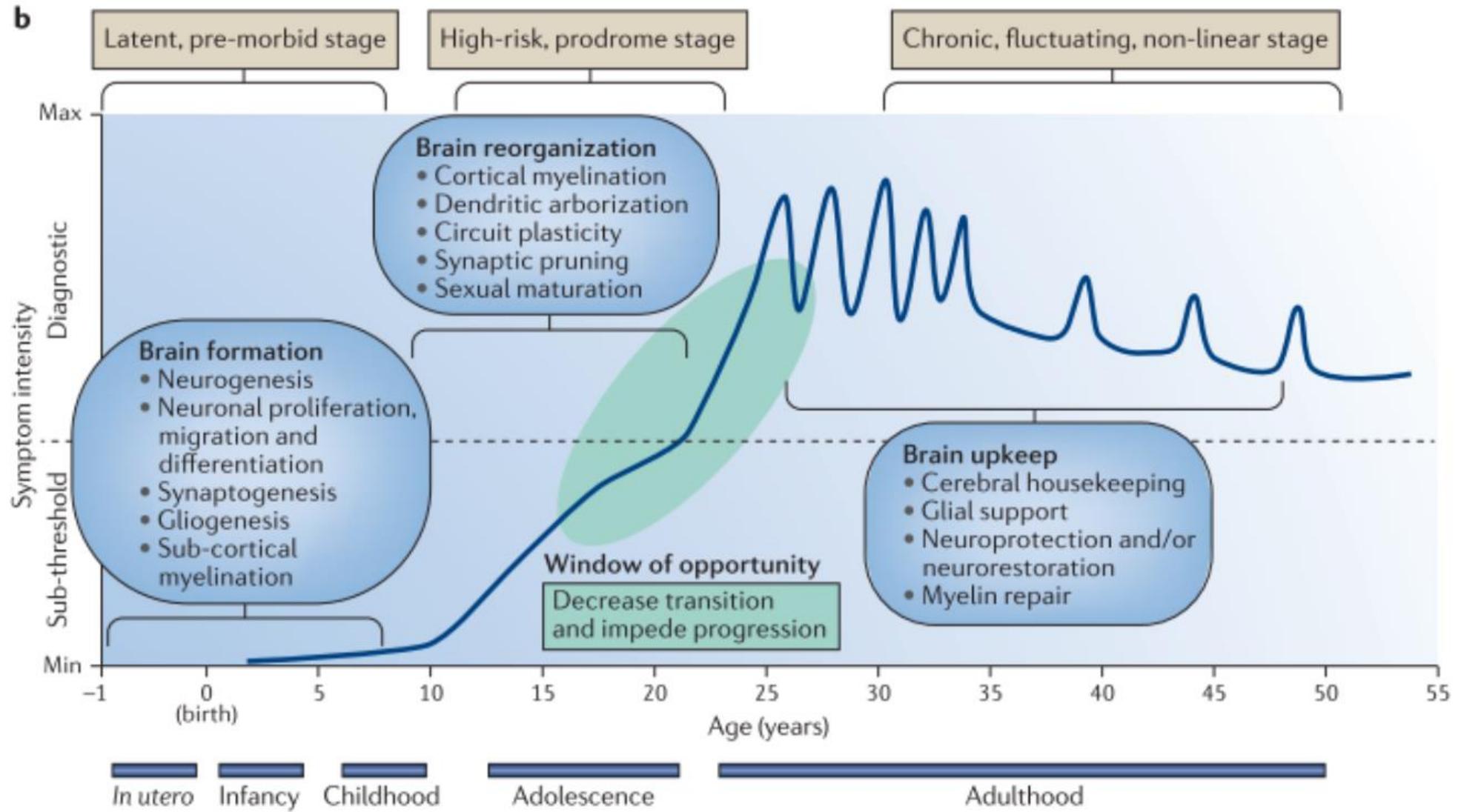


C'est dans les 3 à 5 premières années de la maladie que la majorité des déficits (cognitifs et fonctionnels) apparaissent

= **Période critique**

**b**

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



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



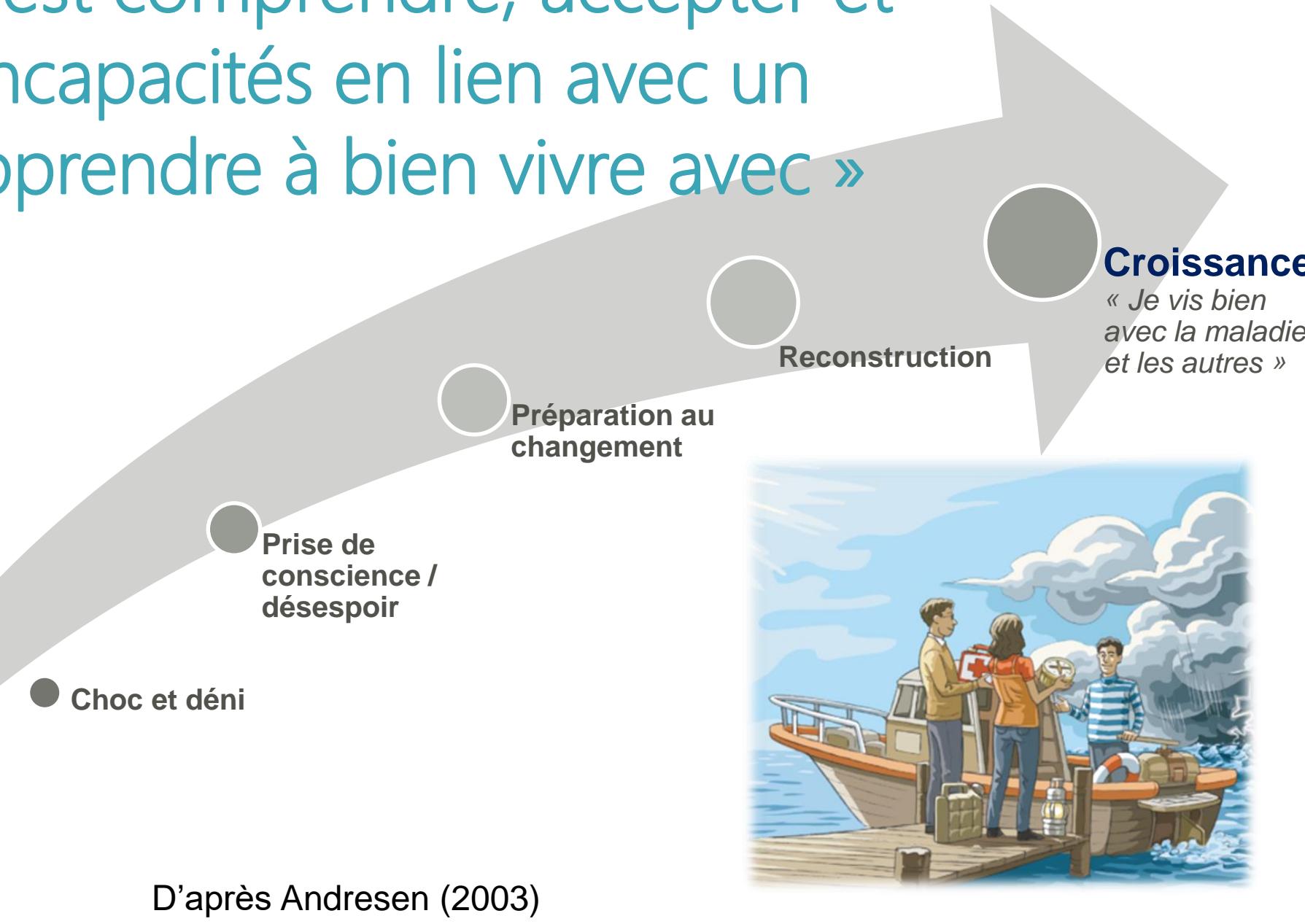
# **Accompagner une personne en devenir**

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...)



# 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

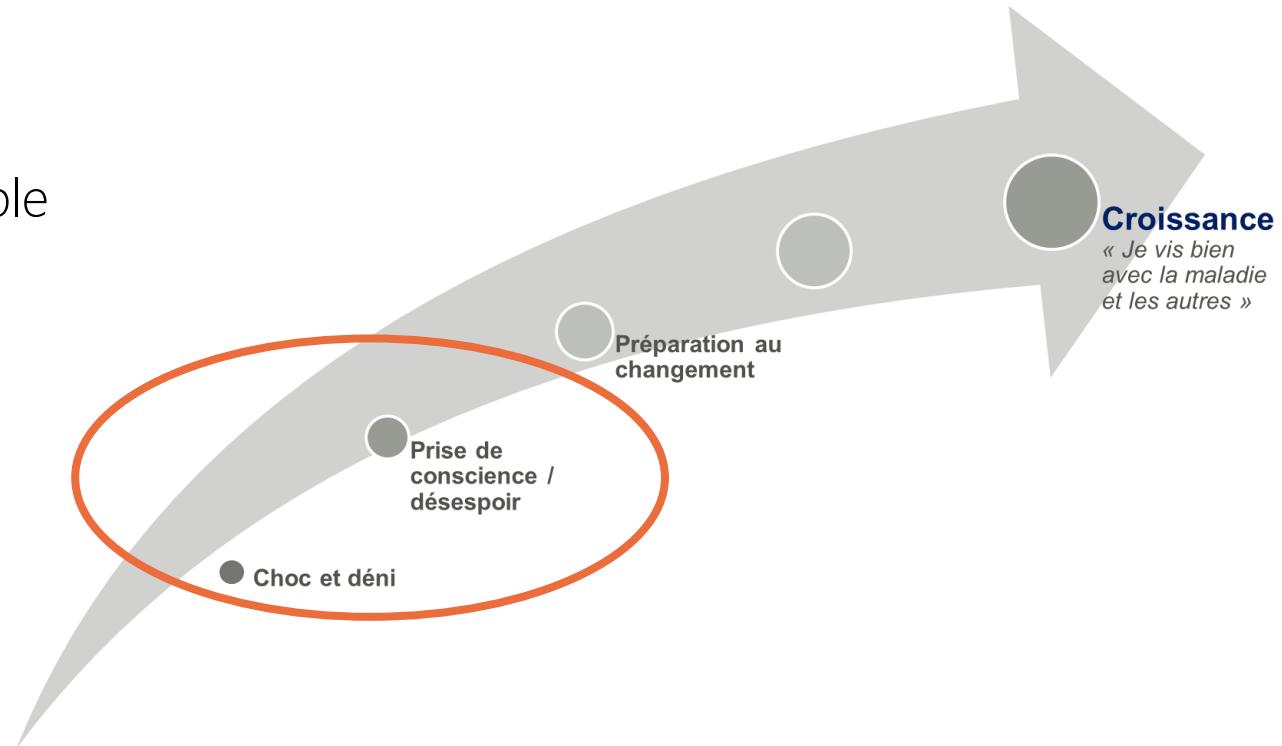
- **15-30 ans** : période de construction de l'individu mais d'instabilité (études, déménagements, changements d'amis, 1ères relations sentimentales, émancipation des parents...)
- **Développement cognitif** : développement de la pensée abstraite et logique. L'entrée au lycée, avec la complexification 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



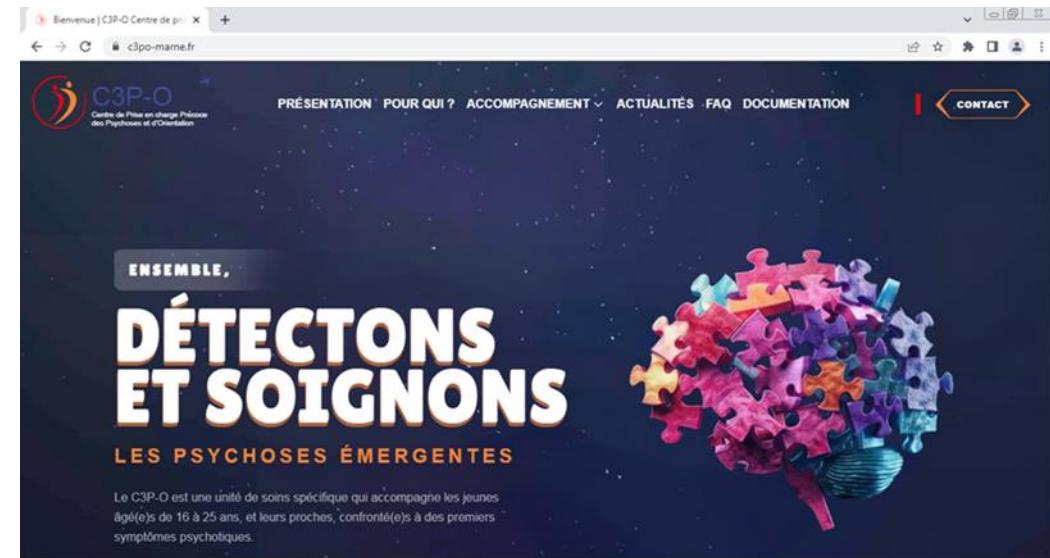
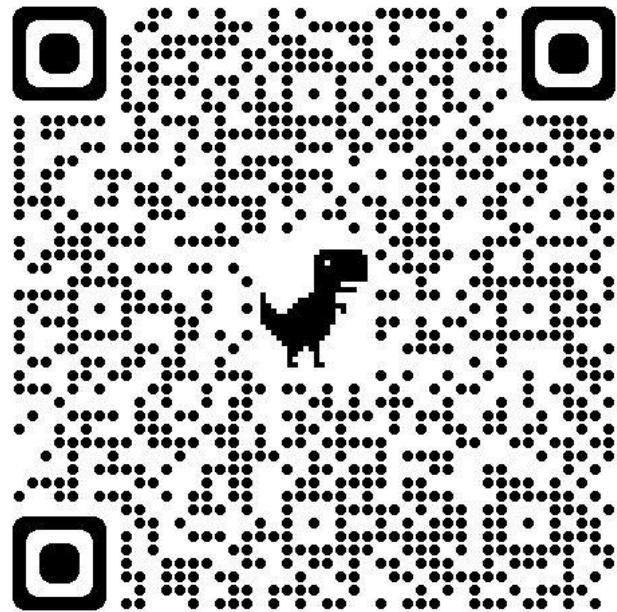


# Organiser le dépistage et les soins

# 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

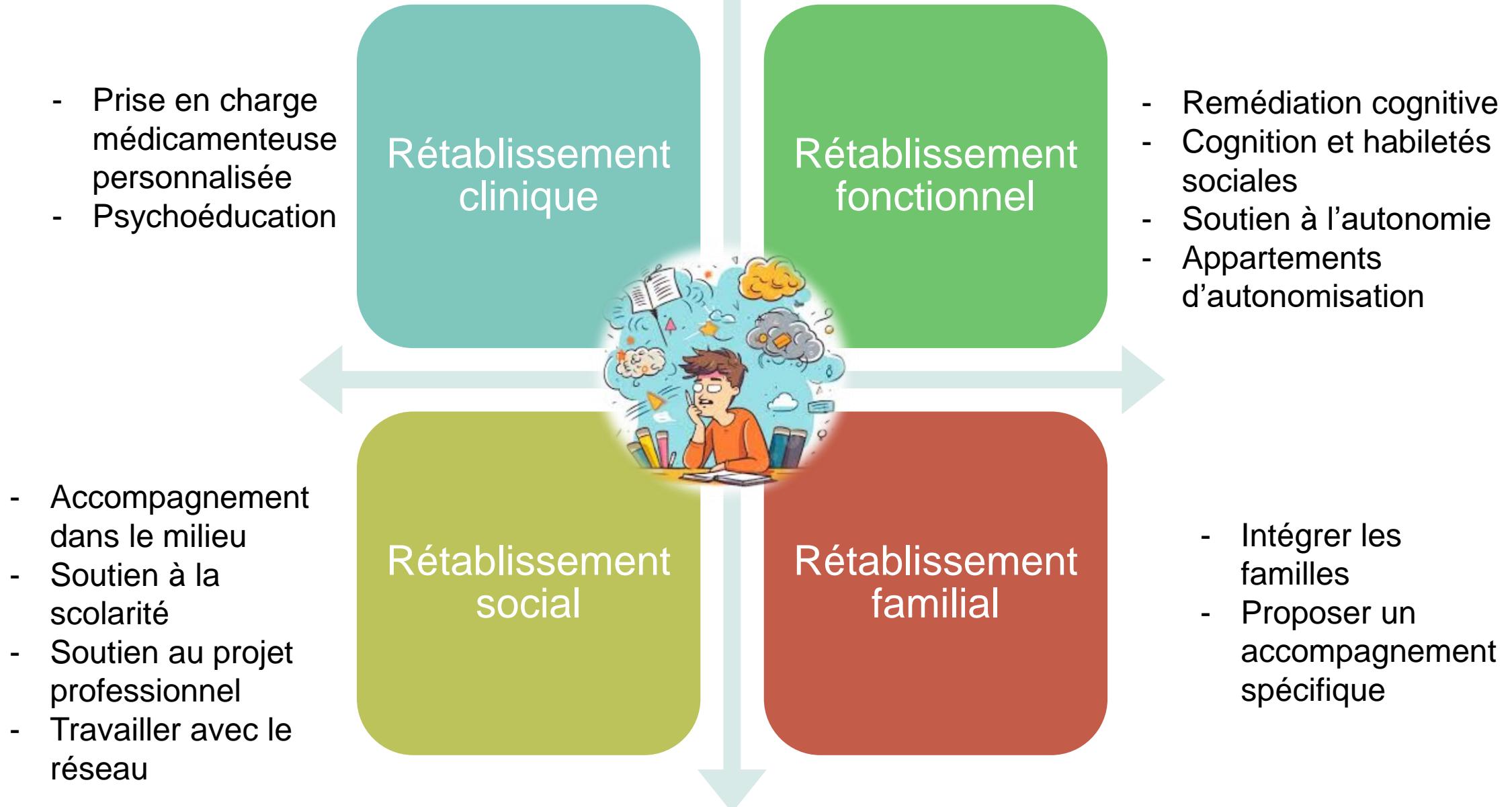
# Equipe pluridisciplinaire



# 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 ANTISSYCHOTIQUE 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 element consisting of numerous thin, curved lines of varying colors and thicknesses. The lines fan out from a central point at the bottom left, creating a shape reminiscent of a stylized flower or a fan. The colors transition through a spectrum, including shades of teal, blue, green, yellow, orange, and red. Some lines are solid, while others are semi-transparent, allowing the underlying lines to be seen.

# 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 (effectue 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

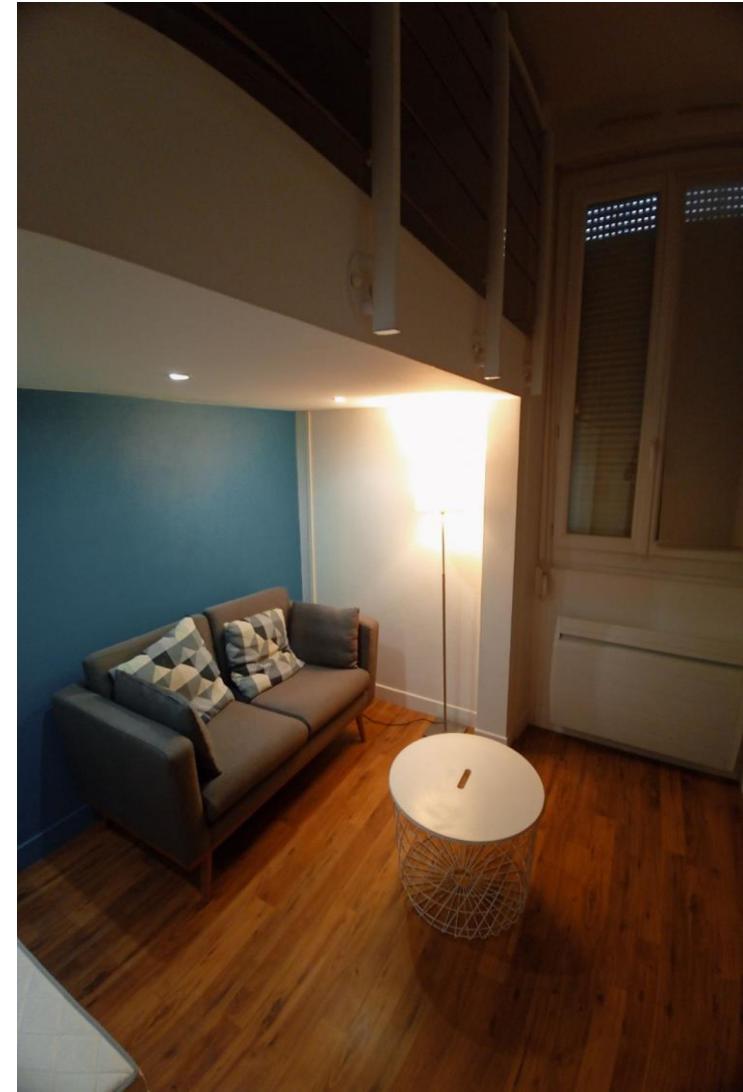
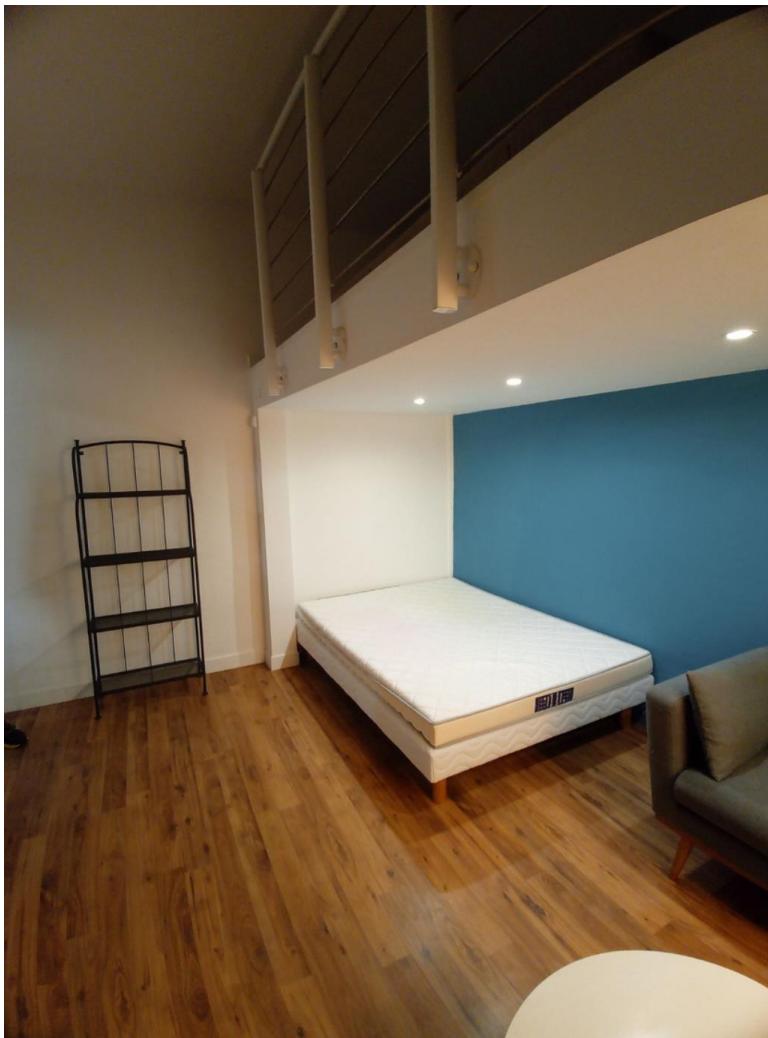
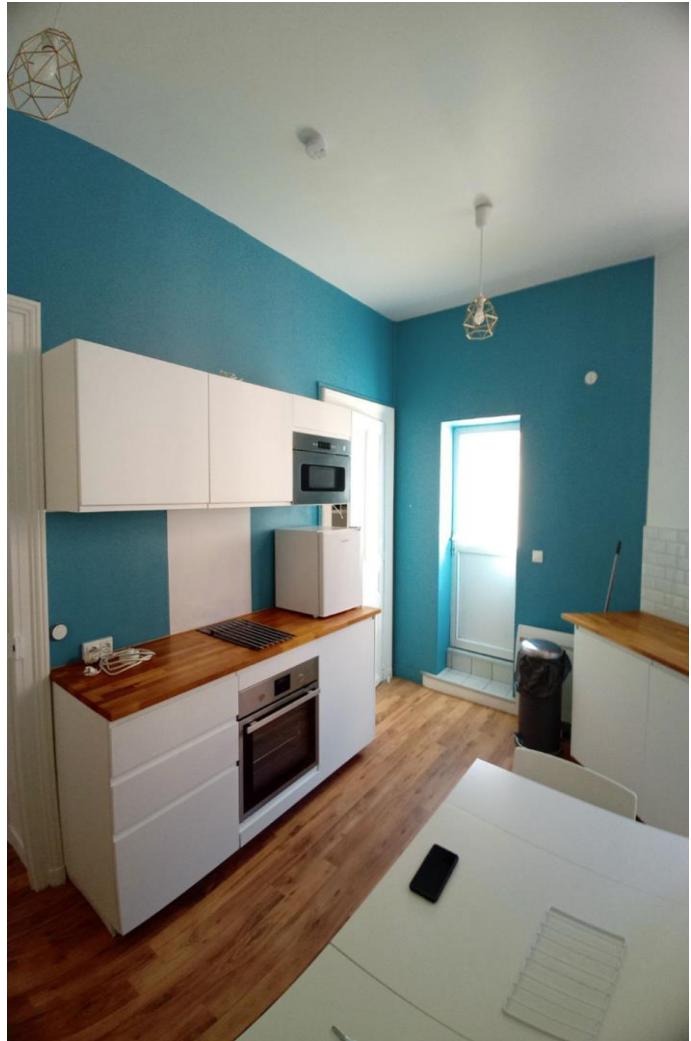
## APPARTEMENTS D'AUTONOMISATION

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](mailto:equipe.c3po@epsm-marne.fr)

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