



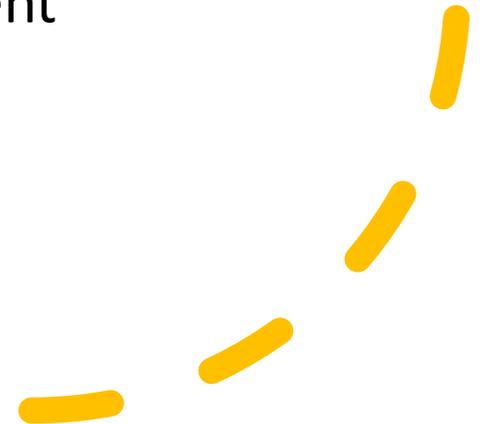
Intervention précoce dans les psychoses émergentes

31 janvier 2025

Equipe A'venir – Se rétablir 37 – CHRU de Tours

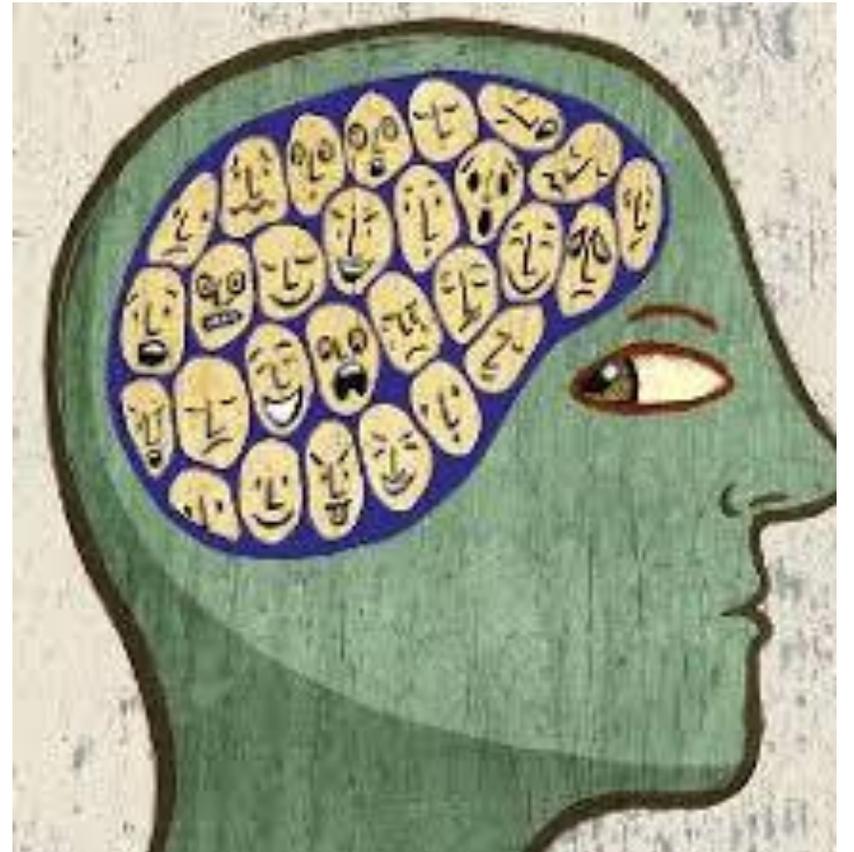
Plan de la présentation

- Intervention précoce dans la psychose :
 - Notion théorique, concept de l'intervention précoce
 - Sujet à Ultra Haut Risque et transition psychotique
 - Comment repérer et adresser
 - Concept de réhabilitation psychosociale
- Présentation de notre équipe
- Vidéos de témoignage patient
- Deux cas cliniques de case management



L'intervention précoce

- Début dans les années 1990 (Royaume Uni et Australie)
- Concept de durée de psychose non traitée
- Réduire l'impact socio économique des maladies telles que la schizophrénie
 - Schizophrénie :
 - En France 660 000 personnes, 1% population mondiale
 - Répercussion sur la qualité de vie
 - Esperance de vie abaissée
 - Seulement 20% accède à l'emploi



Introduction les psychoses :

DES SIGNES PRÉCOCES :

Déclin du
fonctionnement
(travail/étude)



Difficulté à
penser
clairement



Trouble de la
concentration



Manque de soin
et d'hygiène



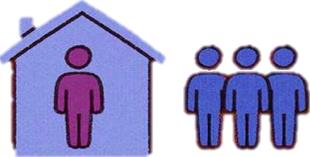
Tendance à
l'isolement



Méfiance vis-à-vis des
autres

Introduction les psychoses :

DES SIGNES PRÉCOCES :



SYMPTOMES PSYCHOTIQUES :

Délires



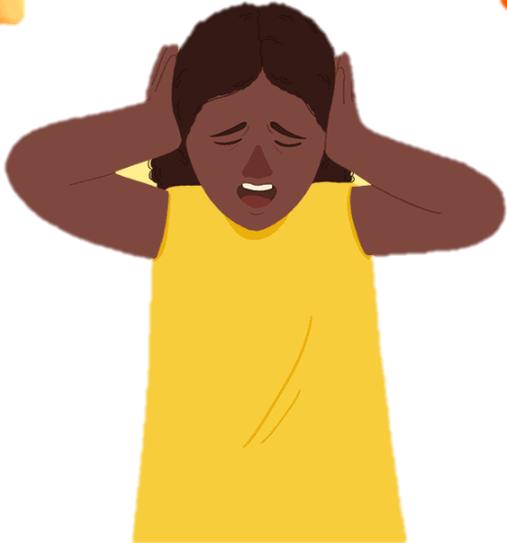
Hallucinations



Pauvreté du discours



Émoussement des affects



Bizarrerie



Pensées désorganisées



Modèle stress vulnérabilité

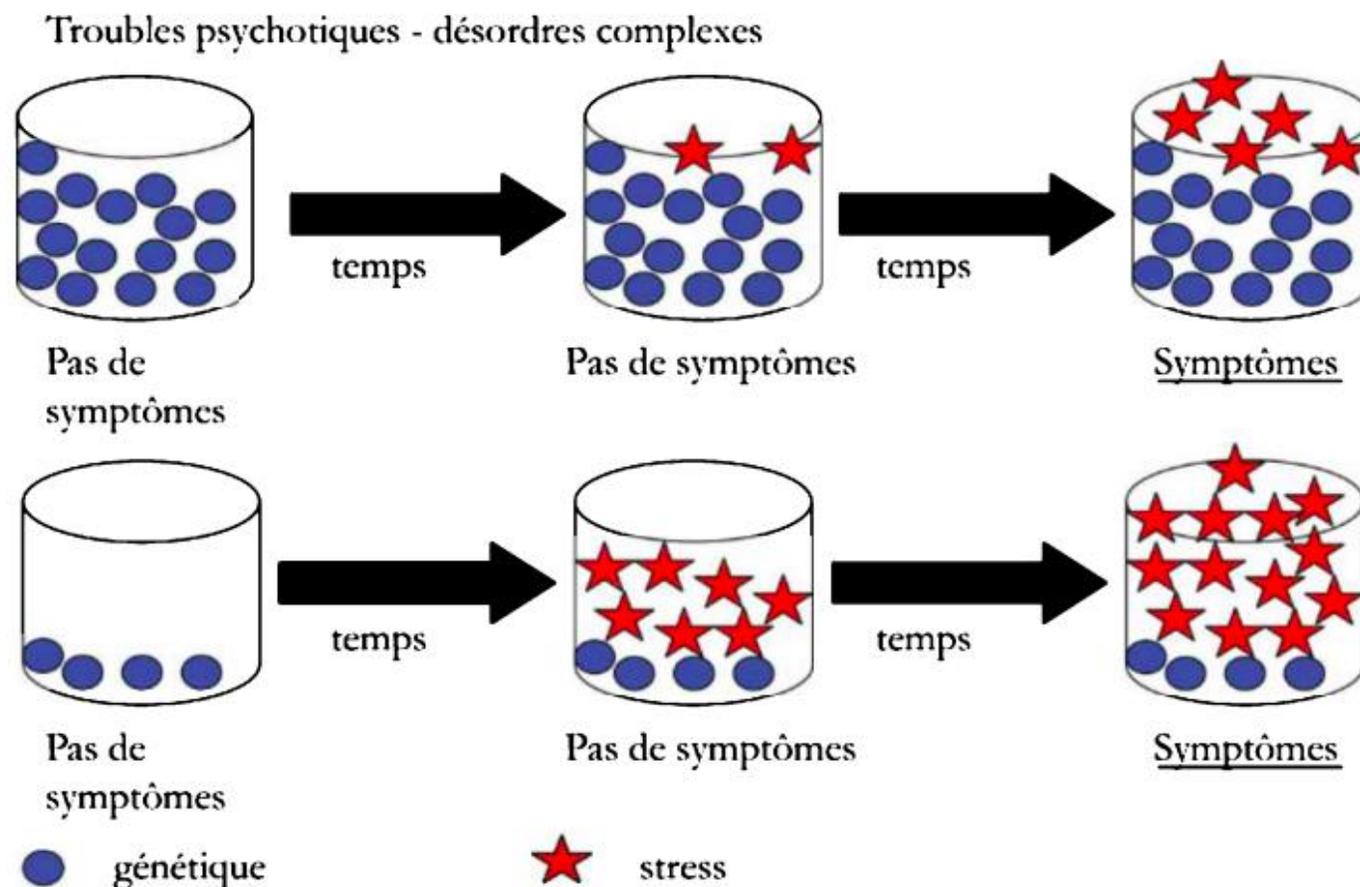
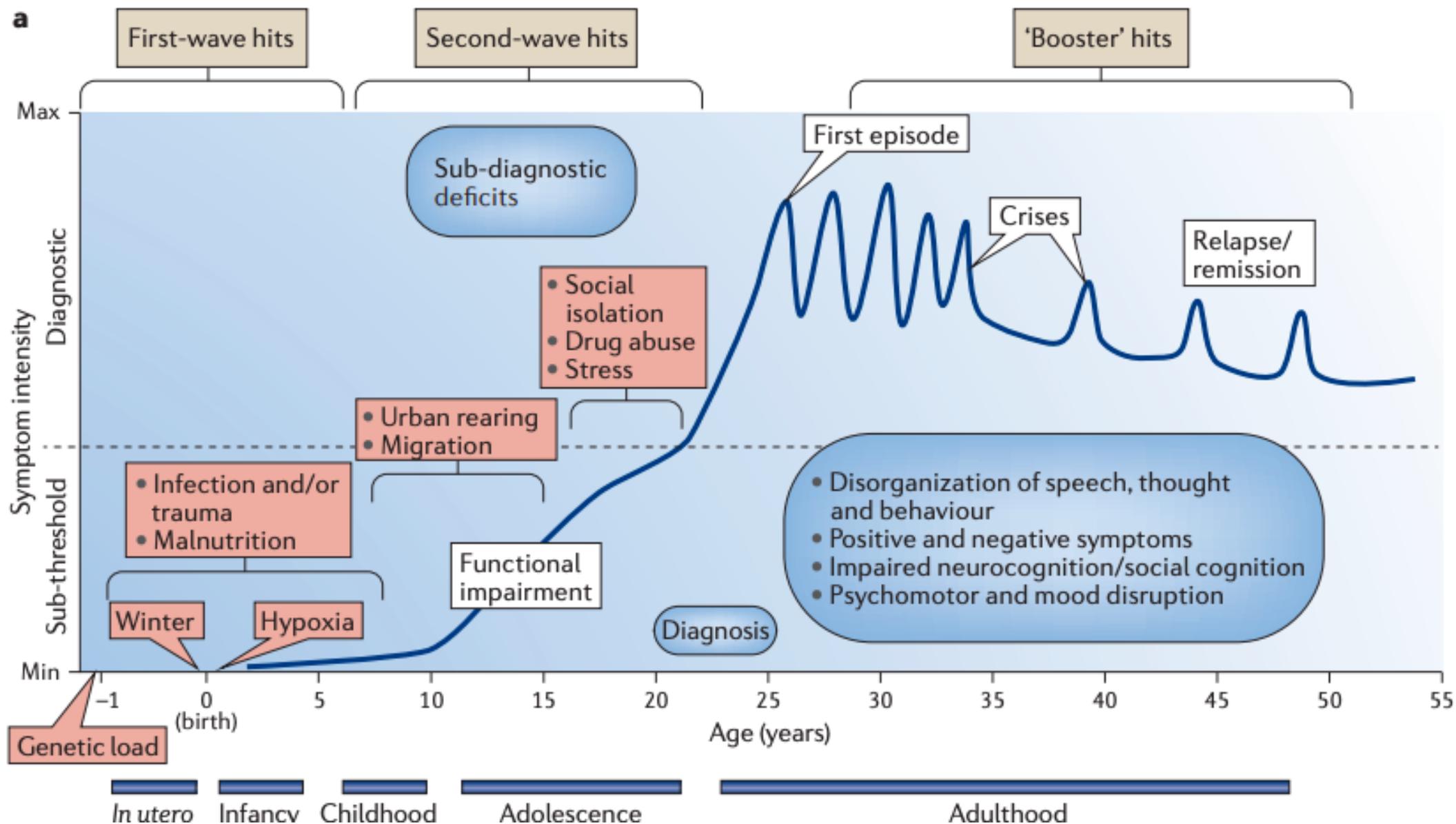


FIGURE 1.01. Interaction entre la vulnérabilité et le stress.



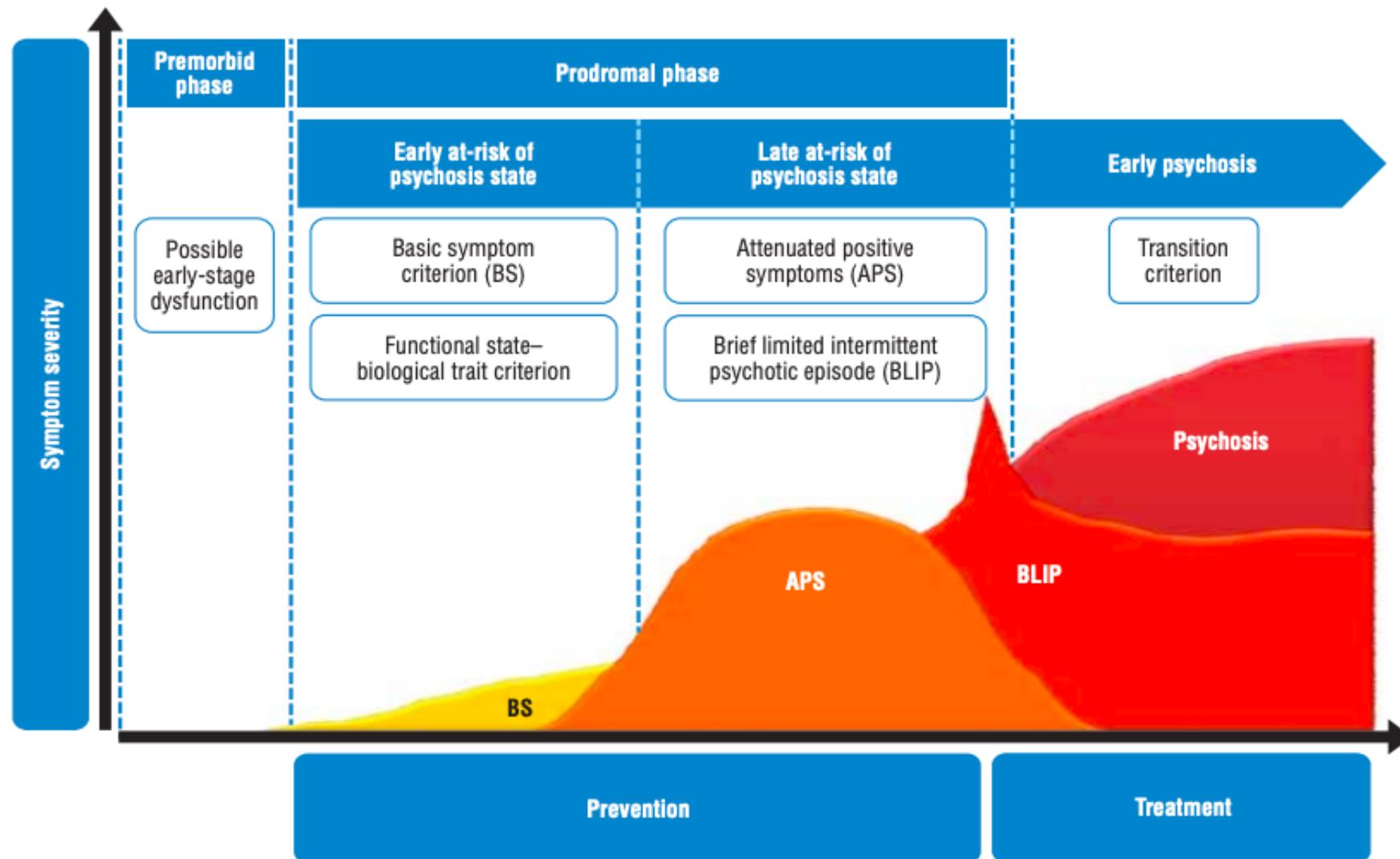
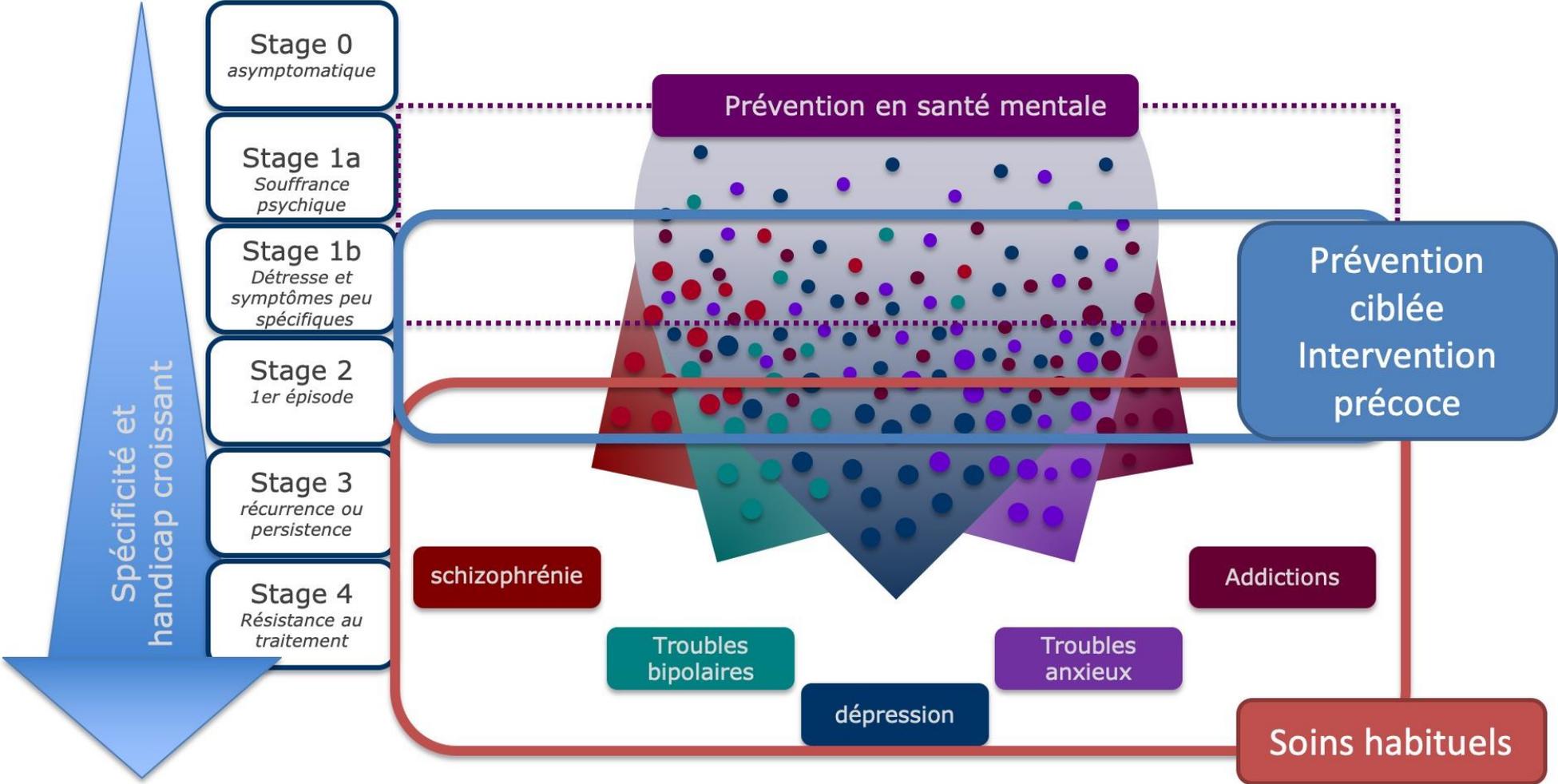


Figure 3. Model of psychosis onset from the clinical high-risk state. The higher the line on the y-axis, the higher the symptom severity.

Pourquoi une intervention précoce :



Plusieurs évolutions possibles

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

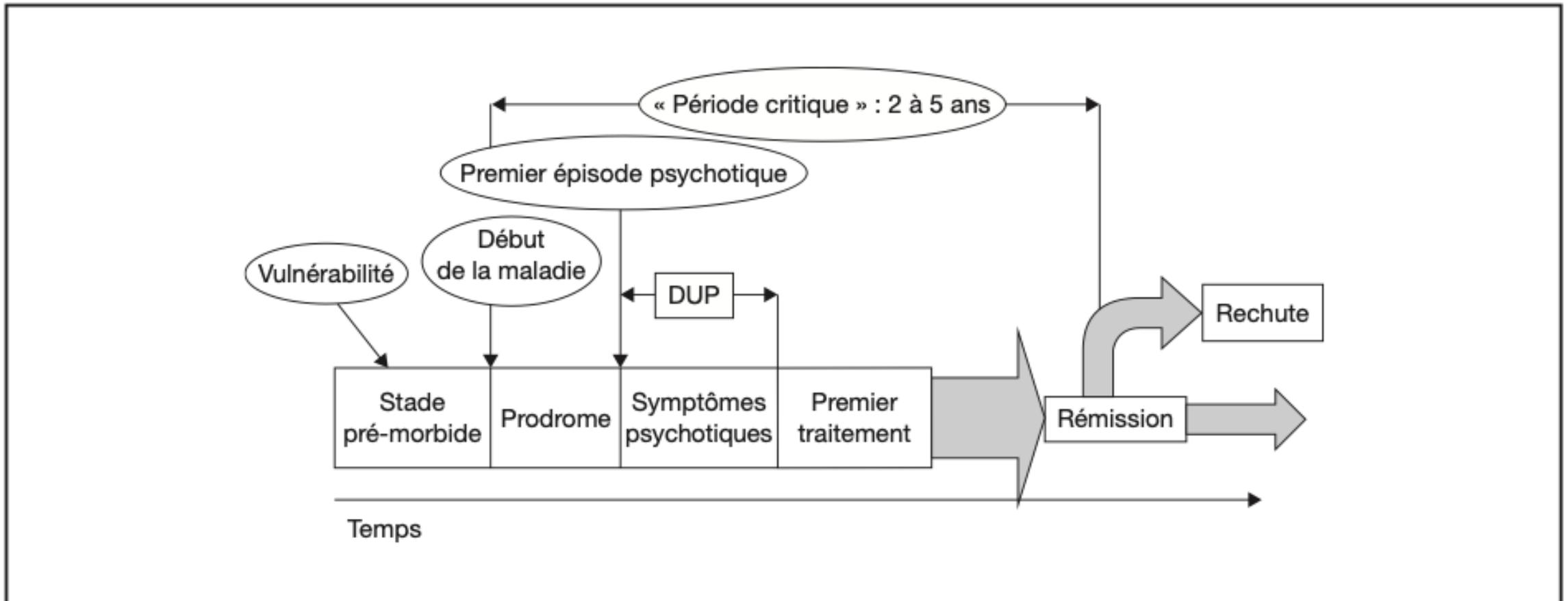


Figure 1. Les stades de développement d'un trouble psychotique.

Phase prodromique : Phase précoce

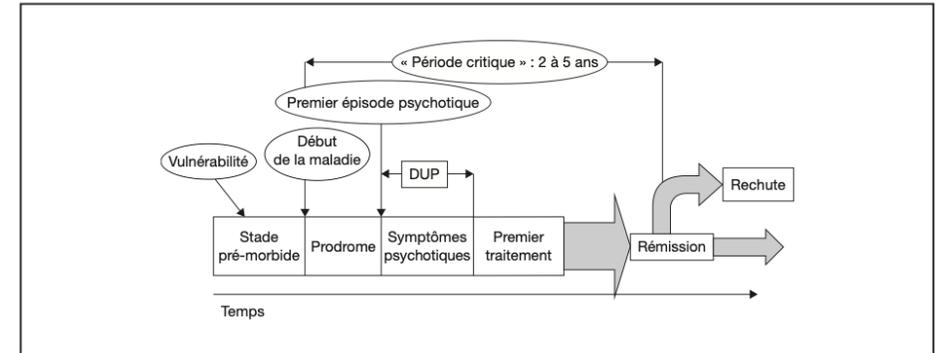


Figure 1. Les stades de développement d'un trouble psychotique.

Précède de plusieurs années le début d'un trouble psychotique

Emergence graduelle de symptômes non spécifiques :

- Réduction de la concentration
- Diminution de la motivation
- Humeur dépressive
- Troubles du sommeil, anxiété
- Retrait social, méfiance
- Détérioration du fonctionnement, irritabilité ...

Phase prodromique : Phase tardive

Précède d'une année le début de la psychose

Symptômes psychotiques atténués touchant :

- la pensée (son contenu et sa « forme ») : idées délirantes paranoïdes, de référence, croyances inhabituelles ou pensées magiques, modification des pensées et du discours
- La perception : perturbations perceptuelles (dépersonnalisation/déréalisation)
- Le comportement et/ou de l'apparence

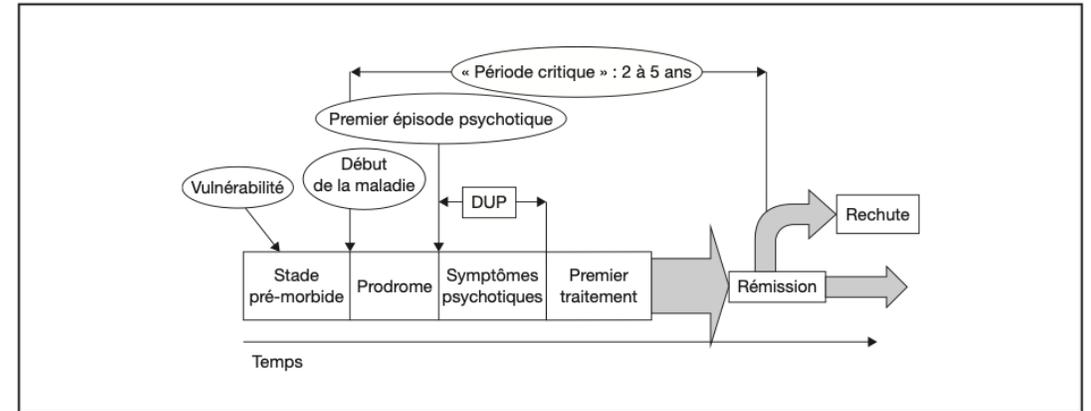


Figure 1. Les stades de développement d'un trouble psychotique.

Définitions d'un profil Ultra Haut Risque de transition

Les sujets âgés de 14 à 30 ans, en demande de soins, et n'ayant pas présenté de troubles psychotiques auparavant, devraient répondre aux critères cliniques d'un des 3 sous-groupes non exclusifs suivants :

- **Groupe 1 : symptômes psychotiques atténués**
 - **Groupe 2 : symptômes psychotiques brefs limités et intermittents**
 - **Groupe 3 : traits de vulnérabilité génétique associés à un déclin du fonctionnement psychosocial**
- 

Définitions d'un profil UHR

- **Groupe 1 : symptômes psychotiques atténués** : survenue de symptômes psychotiques positifs atténués plusieurs fois par semaine, sur une période de plus d'une semaine au cours des trois derniers mois. La présence d'au moins un des symptômes suivants est requise : idées de référence, idées bizarres ou pensées magiques, expériences perceptives anormales, bizarrerie de pensée et de langage, idées de méfiance ou paranoïdes.
- **Groupe 2 : symptômes psychotiques brefs limités et intermittents**
- **Groupe 3 : traits de vulnérabilité génétique associés à un déclin du fonctionnement psychosocial**

Définitions d'un profil UHR

- **Groupe 1 : symptômes psychotiques atténués**
- **Groupe 2 : symptômes psychotiques brefs limités et intermittents** : survenue d'épisodes psychotiques complets, mais éphémères et de résolution spontanée, d'une durée de moins d'une semaine, avec un intervalle entre les épisodes de plus d'une semaine.
- **Groupe 3 : traits de vulnérabilité génétique associés à un déclin du fonctionnement psychosocial**

Définitions d'un profil UHR

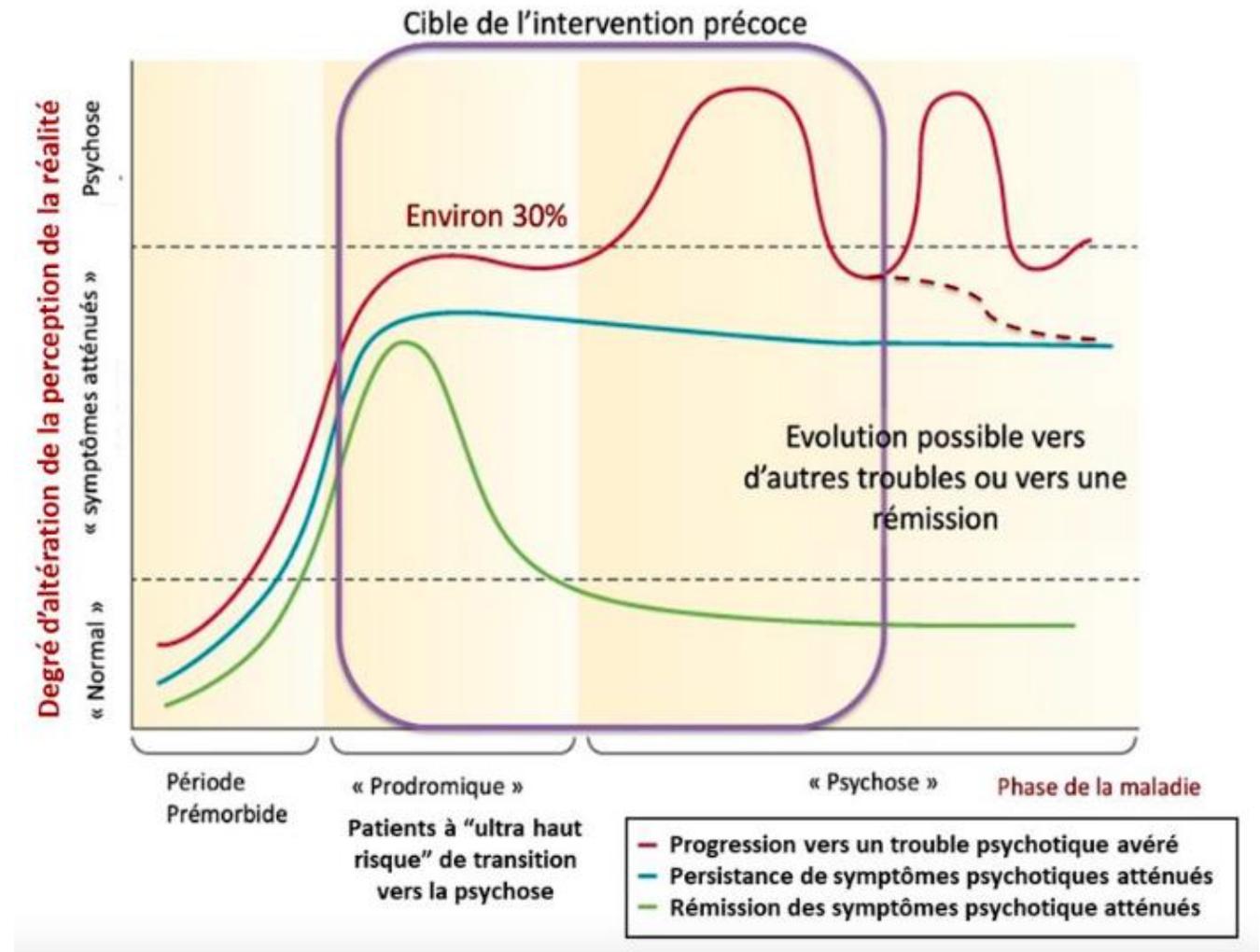
- **Groupe 1 : symptômes psychotiques atténués**
- **Groupe 2 : symptômes psychotiques brefs limités et intermittents**
- **Groupe 3 : traits de vulnérabilité génétique associés à un déclin du fonctionnement psychosocial** présence conjointe des traits de vulnérabilité génétique (soit un trouble de la personnalité de type schizotypique, soit un antécédent familial de trouble psychotique chez un apparenté au premier degré) et d'un état à risque, soit la présence de symptômes non spécifiques (tels que fléchissement thymique ou symptômes anxieux), pendant au moins 1 mois au cours de l'année passée.

Ces symptômes sont associés à **des difficultés marquées ou à un déclin du fonctionnement psychosocial**. Ce dernier critère est nécessaire afin d'exclure des apparentés de patients atteints de psychose ayant une brève période de symptômes légers.

UHR (ultra haut risque)

1. Symptômes atténués (fréquences/intensités)
2. BLIPS (brief limited intermittent psychotic symptom)
3. Vulnérabilité (personnalité schizotypique – apparenté premier degré)

30 % de transition à 3 ans



Schizotypie

Le trouble schizotypique, également connu sous le nom de trouble de la personnalité schizotypique, est un trouble de la personnalité caractérisé par des schémas persistants de pensée, de comportement et d'interaction sociale qui ressemblent aux symptômes de la schizophrénie, sans atteindre le seuil de psychose complète.

- **1. Pensées et croyances étranges** : Les personnes atteintes de ce trouble peuvent avoir des idées de référence (croyance que des événements ou des choses dans l'environnement ont une signification personnelle pour eux) ou des croyances surnaturelles (comme la télépathie).
- **2. Comportements excentriques** : Elles peuvent adopter des comportements ou des manières de parler excentriques, rendant leur manière d'interagir avec les autres différente des normes sociales.
- **3. Difficultés relationnelles** : Les individus schizotypiques peuvent éprouver une grande anxiété sociale ou un inconfort, ce qui rend difficile l'établissement de relations au sein d'un contexte social normal. Ils peuvent éviter les contacts sociaux en raison de leur méfiance ou de leur anxiété.
- **4. Sentiments de détachement émotionnel** : Ils peuvent montrer des émotions restreintes et avoir des difficultés à établir des liens intimes avec les autres, préférant souvent la solitude.
- **5. Symptômes associés** : Le trouble peut également inclure des symptômes dépressifs ou anxieux, ainsi que des épisodes de pensées dissociatives.

Pourquoi de l'intervention précoce

:

Période critique :

- Période développement particulière fin adolescence
- Durée de psychose non traitée
- Période de 2 à 5 ans : concentration de risques et comorbidités
- Notion du stade
- Amélioration de l'évolution fonctionnelle



Efficacité de l'intervention précoce :



Diminution des taux de mortalité



Diminution du nombre d'hospitalisation



Diminution des perdus de vu



Diminution de la symptomatologie positive et négative



Amélioration de la reprise de la scolarité et du travail

Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):555-565. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623

Anderson KK, Norman R, MacDougall A, et al. Effectiveness of Early Psychosis Intervention: Comparison of Service Users and Nonusers in Population-Based Health Administrative Data. *Am J Psychiatry*. 2018;175(5):443-452. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17050480

Adaptation de la prise en charge au stade :

Stade clinique	Définition	Population cible	Intervention ponctuelle
0	Risque augmenté Aucun symptôme	Adolescents apparentés de 1 ^{er} degré	Promouvoir la santé mentale, éducation de la famille, éducation sur les drogues, <i>training</i> cognitif
1a	Symptômes légers, non spécifiques, déclin fonctionnel modeste	<i>Screening</i> des adolescents, adressage par les MG et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
1b	Ultra-haut risque : symptômes subliminaires, déclin fonctionnel	Adressage par les MG, urgences	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
2	PEP	Adressage par les MG, urgences, spécialistes, addictions	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues, AP2

MG : médecin généraliste ; TCC : thérapie cognitive et comportementale ; AP2 : antipsychotique de seconde génération.

Tableau 1. Modèle de *staging* clinique, adapté de McGorry et al. [9]

Stade	Description	Caractéristiques cliniques
0	Normal	Absence de symptômes ou symptômes minimes
0,5	Détresse infraclinique	Niveau infraclinique d'anxiété ou de dépression Correspond approximativement à la dépression sous-syndromique
1a	Syndrome de détresse psychique	Correspond approximativement à un niveau minime à modéré de dépression ou d'anxiété généralisée selon le DSM-IV
1b	Syndrome de détresse psychique avec traits de l'état de haut risque clinique	Comme pour les stades 0,5 et au-dessus mais avec des symptômes infra-seuils comme : - critères d'unité d'hébergement renforcé (UHR) psychotiques ; - instabilité d'humeur et irritabilité ; - comportement phobique et/ou ruminations causant un sentiment de détresse ; - abus de substances
2	Premier épisode clinique	Épisode clinique diagnosticable selon le DSM-IV
2a	Premier épisode traité en rémission	Rémission d'un premier épisode après au moins 6 mois de traitement selon les directives internationales
2b	Rechute	Rechute après rétablissement, après au moins 6 mois de rémission d'un premier épisode traité
3	Résistance au traitement	Absence de réponse à un traitement selon les directives internationales d'une durée d'au moins 6 mois
4	Trouble persistant	

Les Signes

- **Signes névrotiques** : anxiété, colère/ irritabilité, troubles anxieux, crises d'angoisse, symptômes hystériques, instabilité, impatience, phénomènes obsessionnels compulsifs
- **Signes thymiques** : tristesse ou élation de l'humeur, oscillations plus ou moins rapides de l'humeur, anhédonie, culpabilité, idées suicidaires, perte de l'élan vital
- **Modifications de la volition** (manifestation de la volonté) : perte d'énergie/ fatigue, apathie/perde de motivation, perte d'intérêt/ennui



Les Signes

- **Troubles cognitifs** : difficultés d'attention sélective et de concentration, troubles mnésiques, exécutifs et de la cognition sociale, préoccupations, rêverie diurne, barrages idéiques, difficultés d'abstraction et de raisonnement
- **Signes somatiques** : troubles du sommeil, réduction ou augmentation de l'appétit, plaintes somatiques, perte de poids, manque d'hygiène, diminution du soin de soi (maquillage pour les jeunes filles)
- **Modifications du comportement** : retrait/isolement social, impulsivité, agressivité, comportement bizarre/perturbateur, détérioration du fonctionnement, opposition, ralentissement, scarifications





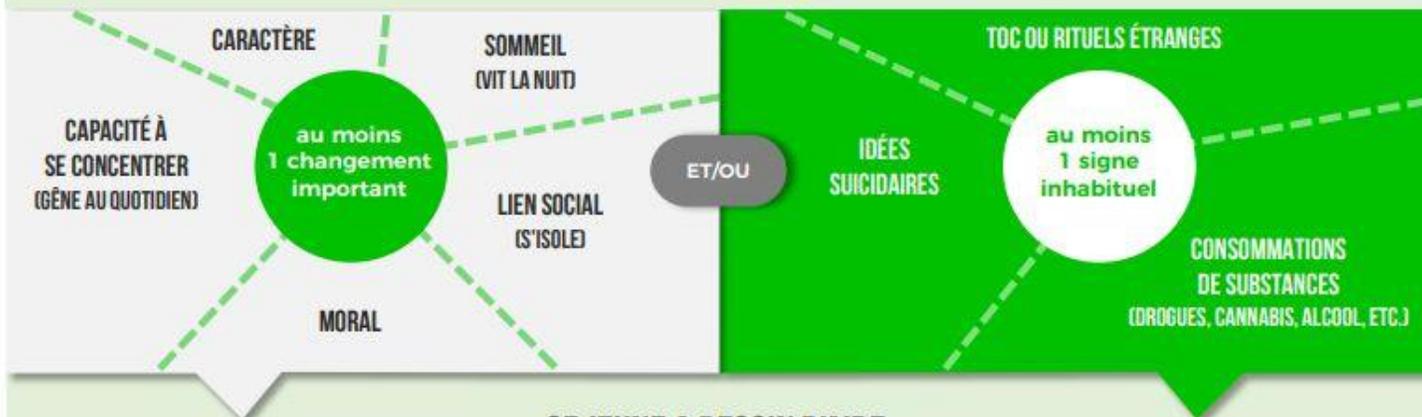
Autres signes particulièrement inquiétants

- Changement dans la perception de soi (d'allure dysmorphophobique), des autres et du monde (étrangeté)
- Expériences perceptives inhabituelles (pouvant affecter les cinq sens), suspicion/ méfiance
- Changements psychomoteurs (perte de dextérité automatique, perte de certains automatismes, interférences et blocages moteurs)
- Phénomènes dissociatifs (déréalisation)
- Troubles du langage (lu, entendu et expressif)
- Augmentation de la sensibilité et de l'interprétativité
- Idées bizarres, superstitions et pensées magiques
- Rires immotivés
- Consommation de toxiques (drogues, alcool)

Baisse des performances chez des personnes ayant une prédisposition génétique à la schizophrénie

OUTIL DE DÉTECTION PRÉCOCE DES PSYCHOSES

SI VOUS PERCEVEZ DURANT PLUSIEURS SEMAINES CHEZ UN JEUNE DE MOINS DE 25 ANS



CE JEUNE A BESOIN D'AIDE.

ENCOURAGEZ-LE À CONSULTER UN GÉNÉRALISTE.

SI LE GÉNÉRALISTE CONSTATE, COMME VOUS, QUE CE JEUNE A:



LE GÉNÉRALISTE PEUT SUSPECTER UNE PSYCHOSE.

IL ORIENTE ALORS LE JEUNE VERS UN SPÉCIALISTE POUR UNE DÉTECTION PRÉCOCE.

La PQ 16 un outil de dépistage

- Je me sens indifférent face aux choses que j'appréciais habituellement.
- J'ai souvent l'impression de vivre les événements exactement comme ils se sont produits auparavant (déjà vu).
- Je sens parfois des odeurs ou des goûts que les autres personnes ne peuvent pas sentir.
- J'entends souvent des sons inhabituels comme des tapes, des clics, des sifflements, des claquement ou des tintements dans mes oreilles.
- Je suis parfois confus parce que je ne sais pas si une expérience était réelle ou imaginaire.
- Quand je regarde quelqu'un, ou que je me regarde dans le miroir, j'ai vu ce visage se modifier juste sous mes yeux.
- Je me sens très anxieux quand je rencontre des gens pour la première fois.
- J'ai déjà vu des choses qu'apparemment d'autres personnes ne peuvent pas voir.
- Mes pensées sont parfois tellement fortes que je peux presque les entendre.

PQ 16

- Je vois, parfois, des significations particulières dans les publicités, les vitrines des magasins ou dans la manière dont les choses sont organisées autour de moi.
- Parfois, j'ai senti que je n'ai pas le contrôle sur mes propres idées ou pensées.
- Parfois je me sens soudainement distrait par des sons éloignés dont je ne suis habituellement pas conscient.
- J'ai entendu des choses que les autres ne peuvent pas entendre comme des voix de personnes qui chuchotent ou qui parlent.
- J'ai souvent l'impression que les autres sont contre moi.
- J'ai eu le sentiment que des personnes ou des forces m'entourent bien que je ne puisse voir personne.
- J'ai l'impression que des parties de mon corps ont changé d'une certaine manière ou que certaines parties de mon corps fonctionnent différemment d'avant.

Agir sur les facteurs de risque :

- Amélioration des stratégies de coping
- Amélioration de la gestion du stress
- Maintien d'une hygiène de vie stable
- Importance des traitements des psychotraumatismes de l'enfance

Le cannabis et UHR :

- Consommation très répandue chez les sujets à ultra-haut risque (UHR) de psychose.
- Le lien causal et lien temporel ---demeurent **non concluants**.
- Risque augmenté si génétiquement prédisposés à la psychose.
 - Histoire familiale de psychose
 - Une forte consommation et quotidienne
 - D'un âge jeune de début de consommation (avant 15 ans)
- Hypothèses :
 - les modifications de certaines structures cérébrales induites par le cannabis
 - un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophysaire
 - une altération du développement neurologique normal via le système endocannabinoïde.
- Le cannabis représente **un facteur de risque modifiable de psychose**.
- Les interventions actuelles visent à **réduire ou à arrêter la consommation** de cannabis afin de réduire le risque de transition vers la psychose.



Symptômes de bases :

Les symptômes de base précurseurs des troubles de la pensée sont :

- les troubles de la concentration (86 %) ;
- les interférences de pensée (67 %) ;
- les obsessions (53 %) ;
- l'impression de blocage de la pensée (44 %) ;
- les troubles de la mémoire (42 %) ;
- les troubles de l'intention de pensée (28 %) ;
- les retards de pensée (14 %) ;
- la pression de pensée (11 %) ;

Les symptômes de base précurseurs des hallucinations auditives sont :

- les changements dans la perception de la face de la voix (36 %) ;
- la micro-macropsie (36 %) ;
- le changement dans la vision des couleurs (27 %) ;
- le changement dans la perception de l'intensité de la voix (24 %) ;
- le photisme (impression de lumière projetée) (24 %) ;
- l'impression de mouvements des objets (22 %) ;
- le changement dans la perception de son propre nom (16 %) ;
- les anomalies perceptives au niveau du goût et/couleur (13 %) ;
- la vision partielle (13 %) ;
- la métamorphose (11 %) ;

Les symptômes de base précurseurs des hallucinations auditives sont :

- les troubles de la concentration (83 %) ;
- la pression de la pensée (58 %) ;
- les obsessions (54 %) ;
- l'interférence de la pensée (44 %) ;
- les difficultés à la discrimination entre pensée et perception (35 %) ;
- l'impression subjective de blocage de la pensée (35 %) ;
- les troubles de la mémoire (35 %) ;
- le trouble de l'intention de pensée (13 %).

Les symptômes de base précurseurs du syndrome d'influence sont :

- le syndrome automatique (67 %) ;
- l'impression d'envoûtement (21 %) ;
- les interférences motrices (13 %) ;
- la présence de blocages moteurs (8 %).

Les symptômes de base précurseurs des hallucinations cénesthésiques sont :

- la sensation de mouvement ou de pression à l'intérieur du corps ou en surface (77 %) ;
- la sensation de décharges électriques (29 %) ;
- la sensation d'écrasement, d'allongement ou de constriction (28 %) ;
- les sensations de chaleur (16 %) ;
- les sensations de légèreté ou de lévitation (12 %).

Adolescence normale ? Pathologique ?

Caractéristiques psychologiques de l'adolescent

L'adolescence est une période de transition marquée par de multiples transformations. Les équilibres sont fragiles concernant le rapport au corps, la construction de l'autonomie et de la subjectivité, ainsi que la socialisation.

- Adolescent ne donne pas spontanément sa confiance. Celle-ci est à construire et elle est une condition nécessaire mais non suffisante pour la confiance.
- Les symptômes s'expriment dans différents lieux (famille, scolarité, etc.) et leur expression dépend de l'environnement (culturel, familial, relationnel).
- Le monde interne de l'adolescent (capacité de mentalisation, vécu intrapsychique) évolue. Aussi le recours aux comportements agis (plutôt que mentalisés) est plus fréquent que chez l'adulte.
- La plainte est souvent à interpréter au-delà du motif évoqué.

Adolescence

Syndrome dépressif à l'adolescence

Manifestations émotionnelles internalisées

Peut manifester de la tristesse, une crainte, de l'angoisse, de l'ennui, de la morosité, être au bord des larmes, irritable ou révolté mais ces manifestations ne sont pas envahissantes, ne marquent pas une rupture (pas de retentissement sur les investissements). Elles sont transitoires et adaptées aux circonstances.

Humeur dépressive ou irritable envahissante et durable (tous les jours, presque toute la journée et pendant au moins 2 semaines et en rupture avec l'état antérieur) :

- tristesse, abattement ou découragement envahissant, pleurs fréquents, labilité de l'humeur : se dit « triste » ou « morose » ;
- et/ou angoisse envahissante et/ou majoration d'une symptomatologie anxieuse préexistante ;
- et/ou se montre grincheux, revendicateur, coléreux, hostile, agressif, blâme les autres, est hyperréactif à la frustration (à ne pas confondre avec une simple intolérance à la frustration d'origine éducative) ou hypersensible au rejet : se dit les nerfs « à fleur de peau » ;
- parfois l'humeur dépressive peut rester « réactive » : l'adolescent peut présenter une amélioration transitoire de son humeur dépressive face à certains événements positifs (compliment, relation) ;

Et/ou perte de plaisir partielle ou totale (anhédonie), indifférence affective, ennui persistant, perte de motivation, d'intérêt, d'entrain, dans les activités (sport, jeux) et les relations.

MANIFESTATIONS COGNITIVES INTERNALISÉES

Changement de regard sur soi ; apprentissage progressif de sa propre valeur amenant à vivre des sentiments transitoires de dévalorisation, de pessimisme ou de honte ; attitudes transitoires de dénigrement ou d'hypersensibilité

Timidité ou doute non envahissants

Questionnement sur le sens de la vie ou la mort en général, sur le sens de ses propres choix voire pensées sur sa mort

Présente parfois des complexes physiques non envahissants et/ou des croyances atypiques en lien avec la culture familiale

Idées envahissantes de dévalorisation, d'impuissance, de désespoir, de culpabilité, d'indignité :

- ne peut pas dire ses qualités, se dit « méchant » ou qu'il « mérite d'être puni » ;
- sentiment de ne pas être aimé et/ou d'être rejeté avec retrait ou quête d'affection ou hyperinvestissement de certaines relations.

Indécision pathologique

Idées de mort récurrentes (désir de mort passive : « la vie ne vaut pas la peine d'être vécue », « la mort me soulagerait»), idées suicidaires récurrentes (désir de se donner la mort : « je veux me faire du mal ») voire intention suicidaire (projet) ou tentative de suicide

Idées dysmorphophobiques envahissantes, délires et hallucinations

Manifestations psychomotrices, physiques et instinctuelles

Peut manifester un ennui, un état de désœuvrement et de lassitude, fatigue, etc., voire d'inhibition

Mais aussi agitation, agressivité, prises de risque et passages à l'acte

Peut se plaindre de douleurs abdominales, céphalées, malaise

« Restrictions alimentaires » temporaires

Réduction du temps de sommeil intermittente (horaire décalé du coucher), notamment du fait de l'utilisation d'Internet ou de la télévision

Ralentissement psychomoteur envahissant et durable :

- baisse d'activité, apathie et/ou asthénie fluctuantes selon les activités, donnant une apparence de paresse sélective ;

- troubles de la concentration, ralentissement de la pensée.

Et/ou agitation psychomotrice envahissante :

- impossibilité à rester assis, déambulation, tortillement des mains, manipulations, menaces ou tentatives de fugue.

Plaintes somatiques :

- céphalées fréquentes, douleurs abdominales récurrentes, sensation de malaise et malaises à répétition.

Conduites alimentaires particulières :

- anorexie, hyperphagie ou boulimie ; fluctuation pondérale (> 5 % en 1 mois).

Trouble du sommeil durable :

- insomnie d'endormissement (rechercher si regarde la télévision tard) ;

- réveil nocturne ou précoce (rechercher si joue sur Internet la nuit) ;

- hypersomnie (rechercher si refuse de se lever le matin).

MANIFESTATIONS EXTERNALISÉES SUR L'ENVIRONNEMENT

Pas de changement dans le fonctionnement malgré quelques attitudes critiques :

- opposition transitoire ;
- comportements initiatiques (ivresse, conduite à vive allure, etc.).

Modifications du fonctionnement scolaire et relationnel :

- désinvestissement scolaire (chute des notes, décrochage scolaire voire absentéisme) ;
- hyperinvestissement d'activités (Internet, réseaux sociaux, jeux vidéo en ligne, sport, scolarité) ;
- besoin d'un effort supplémentaire pour arriver à des performances identiques ;
- arrêt des activités de loisir ;
- isolement (repli sur soi ou sur certaines activités isolées comme les jeux vidéo) et évitement des relations voire comportements négatifs ou d'opposition lorsqu'on les sollicite ;
- comportements à risque important en rupture avec le fonctionnement de l'adolescent : ivresses pathologiques, comportement sexuel à risque, fugues, etc.

Comment accompagner :



- Adopter une attitude et une posture bienveillante et d'écoute
- Ne pas invalider les ressentis (ex : éviter "tu te fais des idées")
- Encourager à verbaliser les expériences
- Eviter les jugements et dramatisations
- Orienter vers un professionnel

Plus tôt on agit moins l'adolescent risque une évolution vers un trouble chronique

Le Rétablissement

- *“ C’est une démarche personnelle et unique visant à changer l’attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités et les rôles de chacun. C’est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile où l’espoir à sa place malgré les limites imposées par la maladie.*
- *Pour guérir, le malade doit donner un nouveau sens à sa vie et passer outre aux effets catastrophiques de la maladie mentale”*
- **William Anthony**

Le rétablissement ne fait pas référence à une guérison clinique ou à une disparition des symptômes mais à une possibilité de redonner un sens à sa vie à travers des activités et un mode de vie satisfaisant pour la personne.

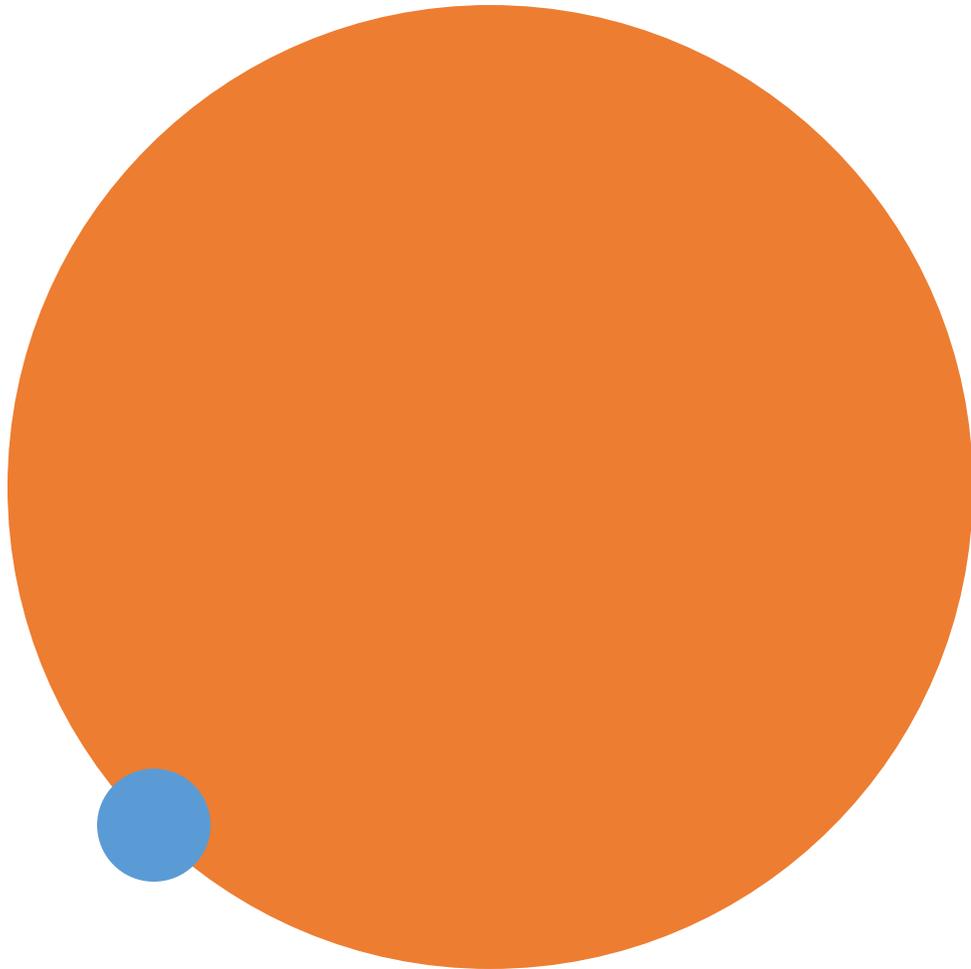


Trois facteurs ressortent

Restaurer l'espoir

Favoriser l'auto-détermination

Promouvoir l'inclusion sociale :
retrouver une identité positive et
s'engager dans la vie sociale



- Le rétablissement/la guérison **d'une** maladie psychiatrique
- Le rétablissement/la guérison **dans** une maladie psychiatrique

Larry Davidson

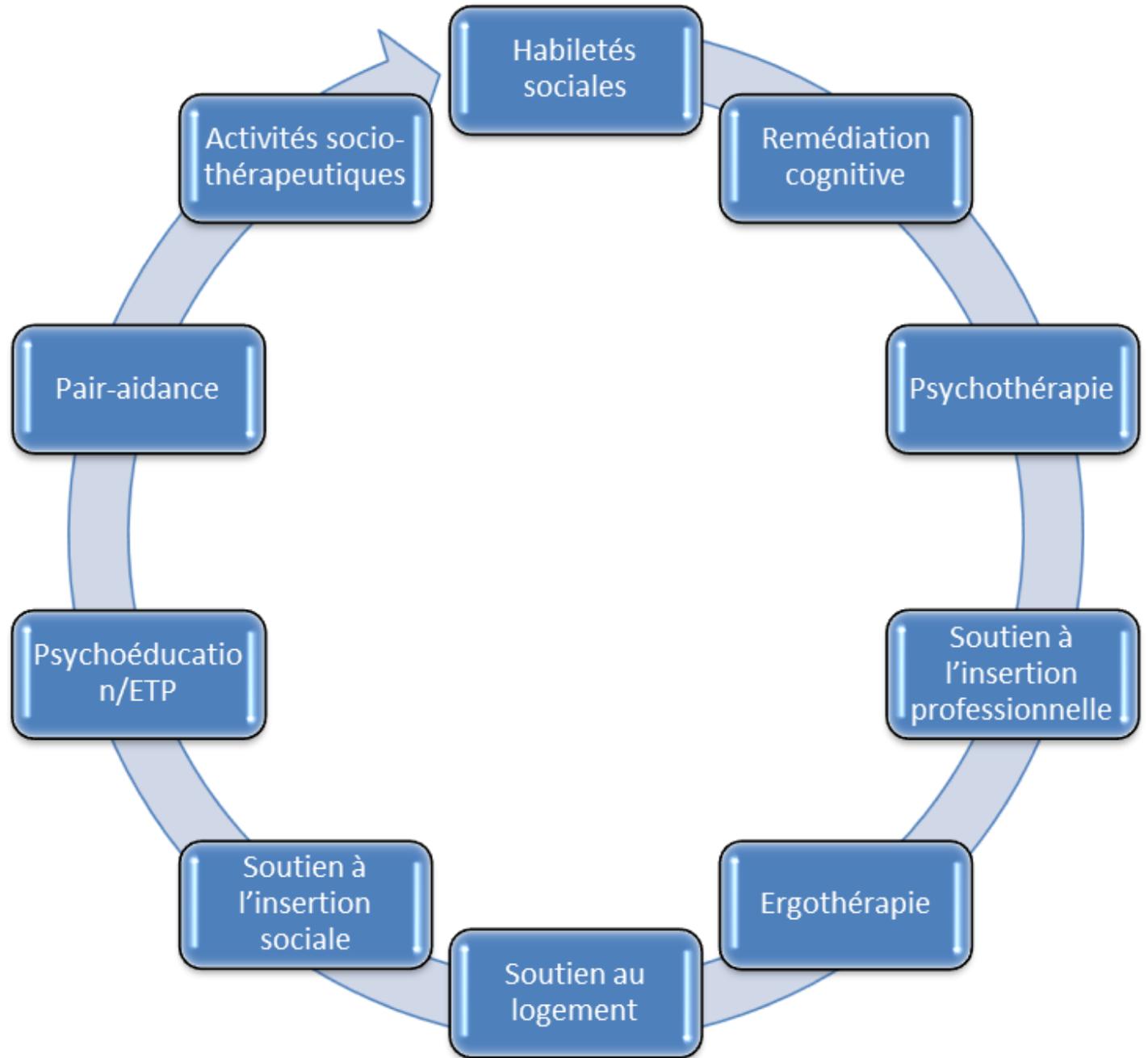


REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE

- "somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Le but étant d'améliorer le fonctionnement de la personne afin qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possible."

Farkas, 2006

Les outils de RPS



L'équipe A'VENIR

Case Manager
V DE L'HOMMEAU
L MORILLON

Neuropsychologue
A. THILLAY

Psychologue
J. SOMMER

Psychiatres
Dr VICTORIN
Dr LEBLANC
Dr GRAUX

Ergothérapeute
J. LELOUP

Assistante sociale
S. GOULET

Infirmière
A. JEHENNE
COUSTY



Personne âgée de 16 à 30 ans
Premier épisode psychotique
Schizophrénie débutante
Symptômes psychotiques atténués

Critères d'exclusions :
Hors secteur (première couronne de Tours)
Introduction d'un traitement neuroleptique
il y a plus d'un an

Psychiatre
Médecin traitant
Psychologues libéraux
Partenaires sociaux
Université
Lycée
Famille

A'VENIR

Evaluation

Contact case manager sous 7
jours
Evaluation du stade
d'évolution par binôme

Soins

Soins pluridisciplinaires
personnalisés
Maximum de 27 patients
Prise en charge de 1 an à 5 ans

Orientation

En fonction de l'évolution :

Arrêt des soins
Soins en libéral
(psychiatre, médecin traitant)
Suivi de secteur (CMP, HDJ)

Réorientation



Définition des soins dans l'intervention précoce:

Intégré

Spécialisé

Adapté aux phases
des troubles

Rapidement
accessible, proactivité
de l'équipe, mobilité,
flexibilité

Adressés aux jeunes

Continuité et
coordination des
soins

Prise en charge :



Intervention orienté vers les psychoses en général plutôt que le diagnostic



Soin centré sur le rétablissement



Rétablissement fonctionnel plutôt que diagnostic



Rémission des symptômes tant positif que négatif

Deux réactions normales et fréquentes après un premier épisode psychotique



Le déni



Le refus des soins

Le case management : c'est quoi?

- Le terme Case Management a été introduit en psychiatrie dans les années 60, au moment où les soins se sont ouverts sur le secteur (référence à la désinstitutionnalisation).
- Ce terme se rapporte au processus qui visait à éviter la fragmentation des soins et à fournir un point de coordination pour les soins du patient.
- Plus récemment des équipes pionnières australiennes et québécoises ont mis en places le case management (MC Gorry et al.1996).
- Ce modèle implique une intervention intensive dans le milieu de vie de la personne pour éviter des ruptures de parcours.
- Ce concept tant à se développer en France

Missions du Case manager :



- Coordonnateur de parcours : il établit le premier contact et fait le lien avec les professionnels qui gravitent autour du patient ainsi qu'avec sa famille
- Propose un accompagnement spécifique et singulier à chaque patient
- A pour but de renforcer l'engagement dans les soins
- A pour but d'accompagner le projet de vie du patient vers le rétablissement et l'autonomisation (scolarité, travail, budget, logement, vie sociale...)
- Relai entre le patient et sa famille
- Elaboration d'un plan de soin, évaluation continue et réajustement permanent
- C'est une posture
- Véhiculer l'espoir

Un défi central pour le case manager

engager le patient dans les soins



Le case management dans les pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte

ACCESSIBILITE
REACTIVITE

FLEXIBILITE

MAINTIEN DE L'OPTISME

COMPETENCES

Objectifs du case management

- LIMITER LA DUREE DE PSYCHOSE
- LIMITER LE TRAUMATISME (hospitalisation,symptomes..)
- EVALUATION CONTINUE DE L'ETAT MENTAL
- ACCOMPAGNEMENT DE L'ADHESION MEDICAMENTEUSE
- SUIVI SOMATIQUE
- APPORTER DE L'INFORMATION AU PATIENT ET SON ENTOURAGE
- AIDE : LOGEMENT EMPLOI LOISIRS ETUDE
- SOUTIEN AUX FAMILLES
- INTERVENTION POUR LES COMORBIDITES : Stress, addiction etc..
- ABORDER LES DIFFICULTES DE PERSONNALITES QUESTIONS EXISTENTIELLES

Ce n'est pas son rôle de tout faire mais
de faire en sorte que tout soit fait



L'assistante sociale



Accès aux droits : régularisation et ouverture des droits, régularisation de la situation administrative, accès à des ressources financières



Accompagner les projets d'insertion sociale et professionnelle des jeunes : aide à l'élaboration de projet, prévention des risques de désinsertion (reprise, aménagements), orientation vers des dispositifs dédiés



Accès et maintien dans un logement : recherche de dispositifs adaptés aux situations des jeunes



Autonomisation dans les démarches sociales : comprendre les dispositifs et les appréhender (sécurité sociale, complémentaire santé, MDPH, etc)

interface entre le jeune, l'équipe et les partenaires extérieurs

Professionnels du CHU
lien étroit avec case
manager pour les
démarches, AS

Organismes sociaux :
CPAM, MDPH,
CAF, SIAO

Professionnels de
l'emploi : France Travail,
mission locale

Organismes de
formation, école de la
2ème chance, ESRP

Justice : avocats, SPIP

Adaptation
emploi/formation
Médecine du travail,
SSU, référent handicap,
équipe éducative

Préfecture

Logement : bailleurs
sociaux,
SIAO, Autonomise-
Toit, FJT

Assistants sociaux
extérieurs MDS

La Psychothérapeute

Evaluation

(entretien + auto-questionnaires)

- **Évaluer les symptômes psychologiques**
(symptômes dépressifs, symptômes psychotiques, anxiété, phobie(s), TOC, conduites addictives, psychotraumatismes...)
- **Évaluer les compétences**
(identification des émotions, capacités de régulation émotionnelle, planification/ activation comportementale, affirmation de soi, capacités de résolution de problèmes...)

Accompagnement individuel

(TCC=Thérapies Cognitives et Comportementales + EMDR)

- favoriser la compréhension et l'acceptation de la maladie
- aider à la gestion des symptômes résiduels
- l'optimisation de la gestion du stress
- la réduction de la détresse émotionnelle
- le renforcement de l'estime de soi et le développement de la confiance en soi
- l'amélioration des habiletés et compétences sociales
- l'amélioration de la communication avec l'entourage...

Réflexion/Mise en place/animation de groupes thérapeutiques

- Groupe de gestion du stress
- I care/You care

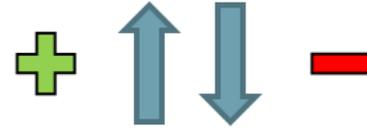
L'ergothérapeute

« Professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé »

Objectif = « maintenir, restaurer, permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. »

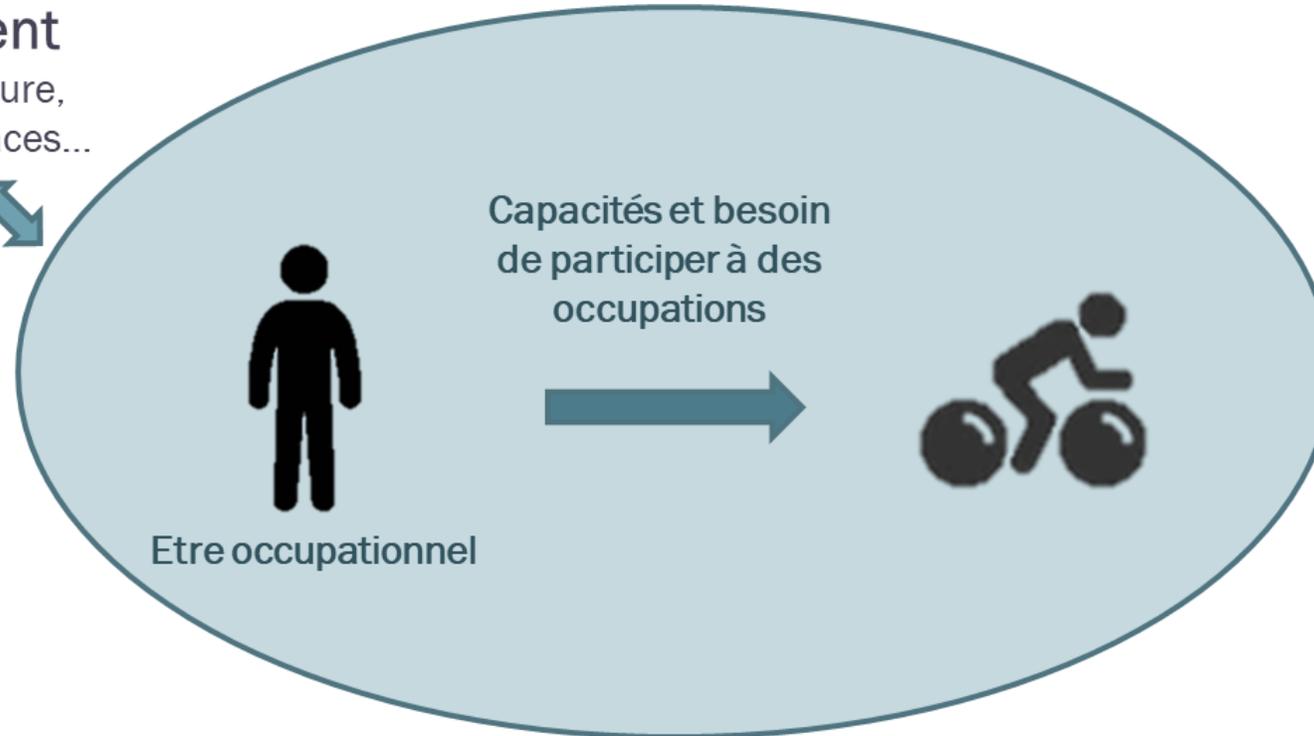


SANTE

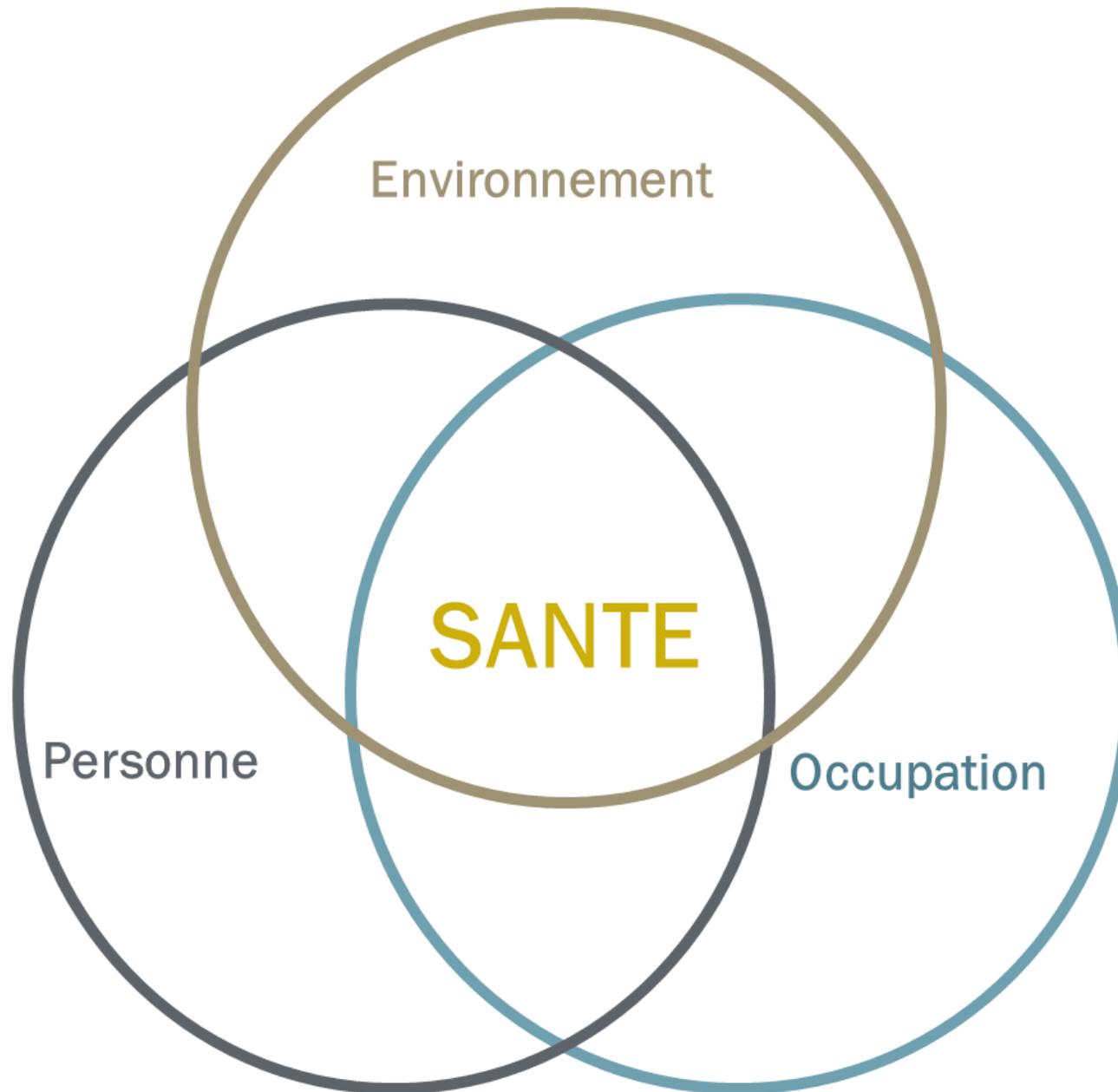


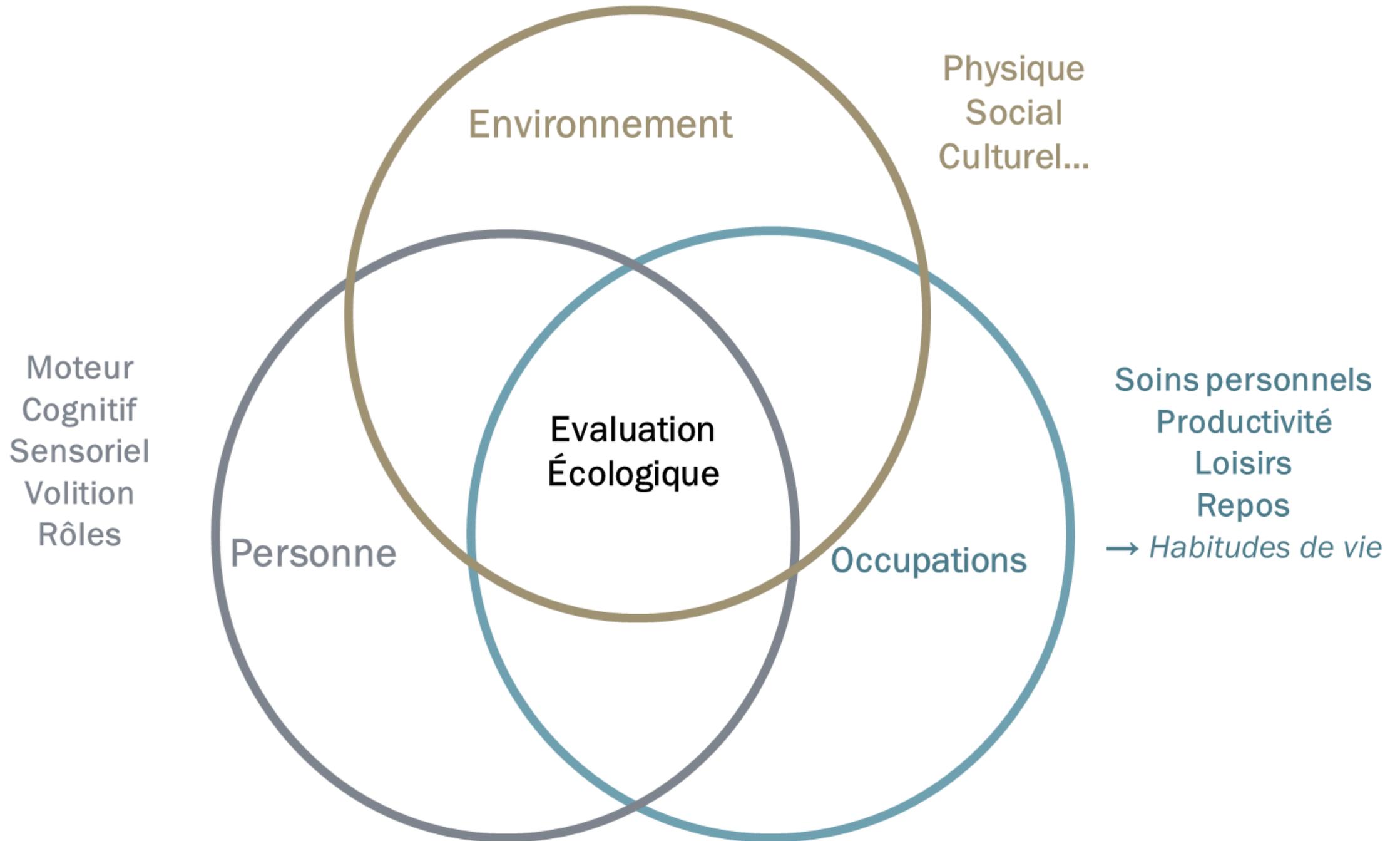
Environnement

Entourage, culture,
ressources, espaces...



« balance of physical, mental and social well-being attained through socially valued and individually meaningful occupation » (Wilcock, 1998)





Environnement

Physique
Social
Culturel...

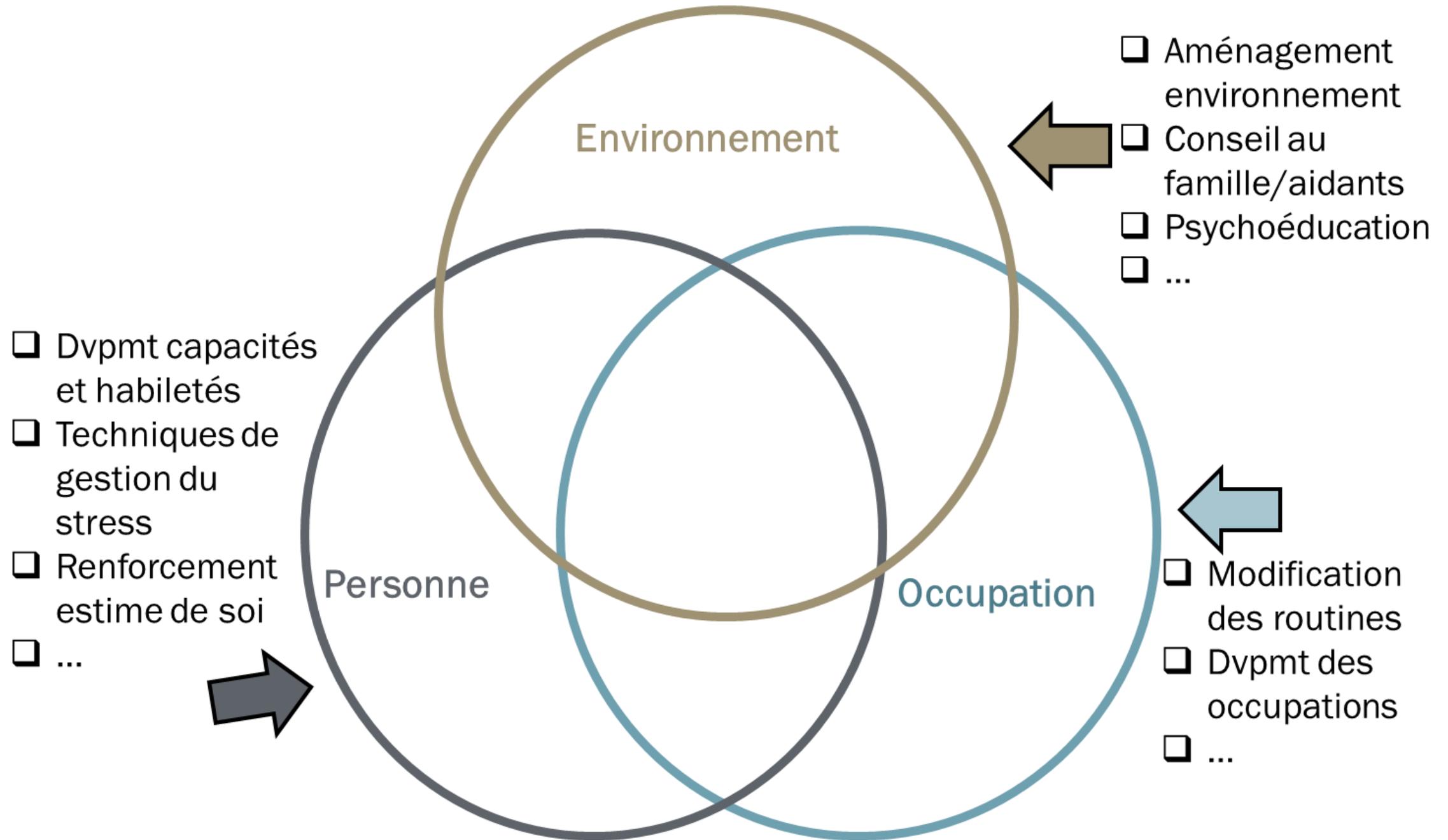
Moteur
Cognitif
Sensoriel
Volition
Rôles

Personne

Evaluation
Écologique

Occupations

Soins personnels
Productivité
Loisirs
Repos
→ *Habitudes de vie*



Réadaptation et réinsertion sociale

- Autonomie
- Équilibre occ.
- Participation sociale...

- Dvpmt c et habile
- Techniqu gestion d stress
- Renforce estime de
- ...

- Aménagement environnement
- Conseil au e/aidants
- éducation

- Modification des routines
- Dvpmt des occupations
- ...

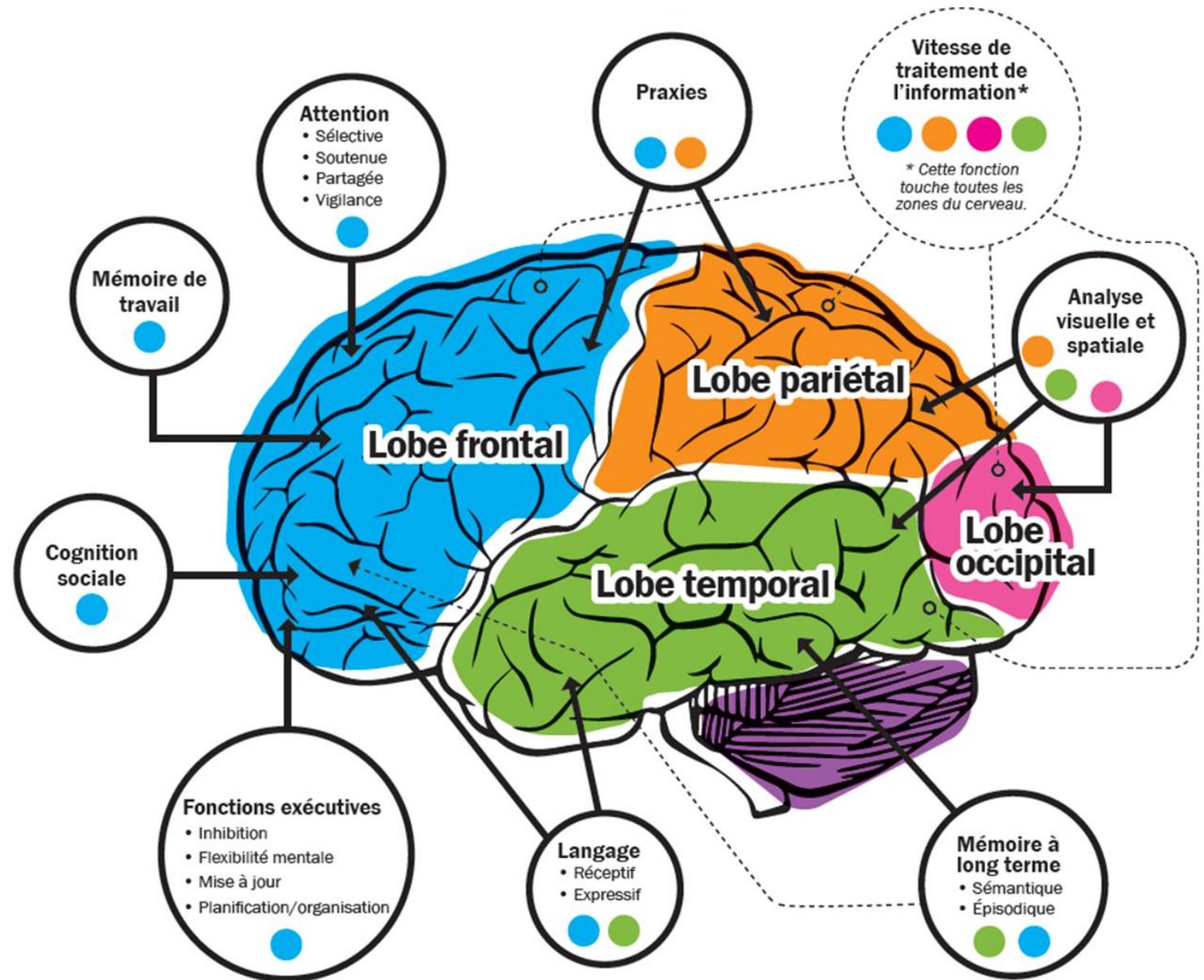
La neuropsychologue

- **La neuropsychologie** : permet la compréhension des déficits cognitifs et de leurs répercussions fonctionnelles à partir notamment de tests standardisés.



- **Neurocognition :** ensemble des capacités permettant de percevoir, intégrer, manipuler et répondre à l'information.

- **Cognition sociale :** ensemble d'aptitudes cognitives qui nous permettent d'appréhender les situations sociales afin de pouvoir y réagir.



La neuropsychologue

- **Objectifs des évaluations neuropsychologiques en intervention précoce :**

- **Aide au diagnostic** psychiatrique, mise en évidence d'un TND, d'un trouble des apprentissages
 - Permet de mettre en place des aménagements scolaires
- **Mise en évidence du profil cognitif de la personne** : les ressources cognitives, les fonctions déficitaires, les répercussions fonctionnelles
 - Permet d'améliorer la reconnaissance des difficultés et de construire un plan de remédiation cognitive individualisé

Infirmière

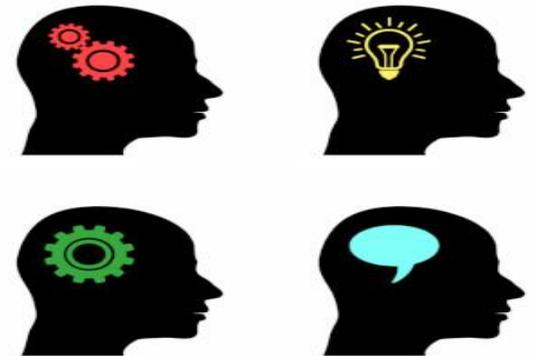
- Soins individuels:

Education à la santé sur l'équilibre alimentaire:

Apports d'informations, règles hygiéno-dietétique, soutien motivationnel

Proposition d'intégrer une salle de sport (partenariat)

Remédiation cognitive



REMEDIATION COGNITIVE :



- Ensemble des techniques rééducatives visant à restaurer les fonctions cognitives défaillantes (mémoire, attention, FE, cognition sociale ; N. Franck, 2012).



- Issue de techniques rééducatives des séquelles de traumatismes crâniens, la remédiation cognitive a été largement développée en psychiatrie et plus précisément dans la schizophrénie



- Basée sur le phénomène neurobiologique de plasticité cérébrale

Principes

- Renforcement positif
- Apprentissage sans erreur :
augmentation progressive de la complexité des tâches
- Prise de conscience des stratégies utilisées :
métacognition
- Pratique répétée afin de faciliter l'apprentissage et
l'automatisation
- Verbalisation
- Etayage

Objectifs

- s'inscrivent dans le champ des loisirs, de la vie sociale, des études, de la formation
- Permettre au patient de composer au mieux avec ses propres difficultés et de valoriser ses aptitudes.
- Ceci nécessite de définir en amont des objectifs
 - précis,
 - concrets,
 - découlent des besoins et des projets du patient

Soins groupaux de réhabilitation psychosociale

- **Gestion du stress**
- **Mickaël's game : raisonnement par hypothèses alternatives**
- **Métacognition**
- **Psychoéducation (en construction)**
- **Groupe de parole**
- **Activité jeux de société**

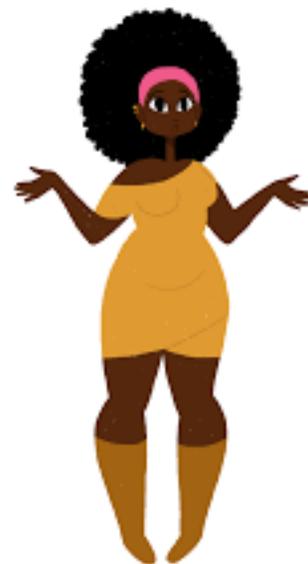
Présentation de situations accompagnées par
l'équipe A'venir

Le parcours de Rosa 21 ans





Trouble du sommeil
Anxiété nocturne
Difficulté de concentration
Idées délirantes de
persécution



Accompagnée
par une amie
aux urgences

Fin
Septembre
2020





Médecin
traitant

Equipe A'venir

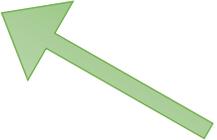
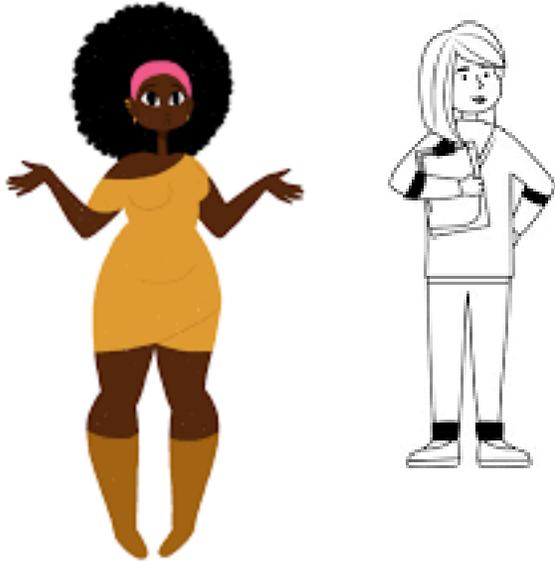


1er Contact
téléphonique et
visite à domicile

Octobre
2020



Alliance
Visites à domicile
Technique de relaxation



Suivi psychiatrique
A domicile
Refus de traitement
Accepte un somnifère
pour les troubles du
sommeil
MEFIANCE ++

Octobre
2020



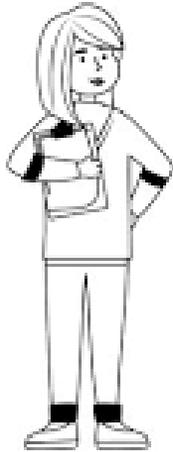
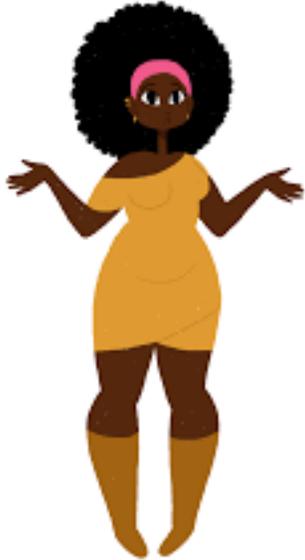
Suivi psychiatrique

Accompagnement CM

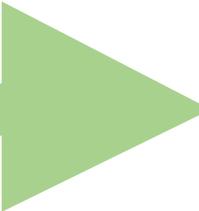
CROUS
PREFECTURE

Assistante sociale

Difficulté financière et sociale



Novembre
2020



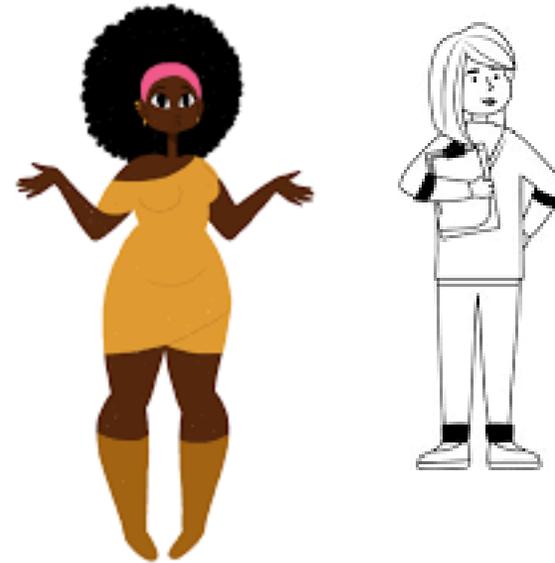
Accompagnement CM

Suivi psychiatrique

Assistante sociale

Bilan neuropsychologique

Difficulté de concentration
Oubli des rendez vous
Echec examens



Fevrier
2021



Accompagnement CM

Suivi psychiatrique

Assistante sociale

Bilan neuropsychologique



Mars
2021



Accompagnement CM

Suivi psychiatrique

Assistante sociale

Bilan neuropsychologique



Aménagement scolarité



AVRIL
2021



Accompagnement CM

Suivi psychiatrique

Assistante sociale

Bilan neuropsychologique

Emploi

Aménagement scolarité



JUIN
2021



Accompagnement CM

Suivi psychiatrique

Assistante sociale

Bilan neuropsychologique

Emploi

Aménagement scolarité



Reprise du lien social



Sport et nutrition

Accompagnement CM

+16 kg

Suivi psychiatrique

Assistante sociale

Bilan neuropsychologique

Emploi

Aménagement scolarité

Suivi somatique

Vaccination des voyageurs

JUIN
2022



Sport et nutrition

Accompagnement CM

+16 kg

Suivi psychiatrique

Assistante sociale

Bilan neuropsychologique

Emploi

Aménagement scolarité

REORIENTATION



SEPTEMBRE
2022



• Scolarité :

- 07/22 : L2 non validée
démarches avocat avec AS
- 01/23 : projet pro BTS comptabilité Pigier
- Recherche alternance
- 07/23 : obtient sa L2 Maths
- 09/23 : débute sa L3
- 04/24 : projet licence data manager--) échec
- 05/24 : CAP Esthétique

• Emploi :

- 08/22 : contrat ephad :souhait changer d'orientation
- Reprise de son emploi à Domicile

• Soins :

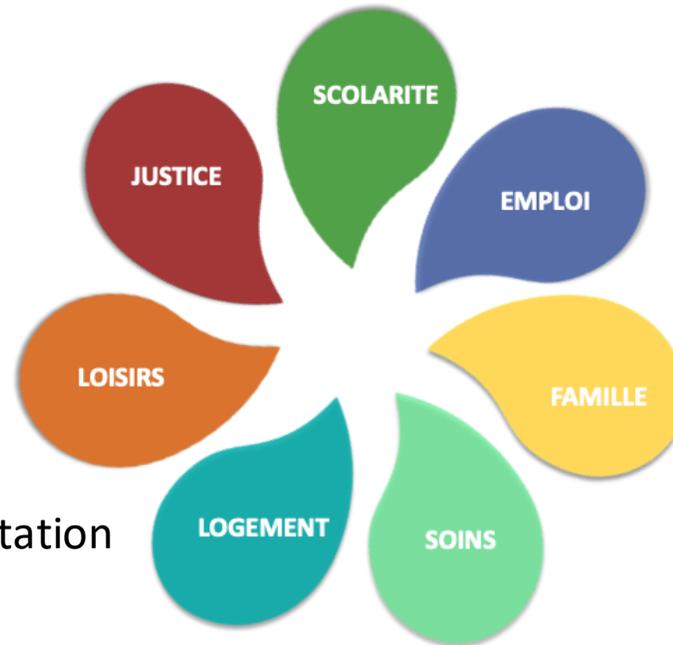
- Maintien des rdv médicaux mensuels
- 05/24 : Rechute après 1 an d'arrêt de traitement
- Surveillance efficacité des traitements : Veille , surveillance des effets secondaires
- Soins de Remédiation Cognitive

Social :

12/24 : OQTF en lien avec échec scolaire

Famille :

Lien téléphonique avec son oncle pour améliorer la compréhension des troubles par la famille et les aider à adopter une posture adaptée



Cas Concret n°2 : Paul

Paul, 15 ans et 11 mois, un frère jumeau, 1 frère cadet et une petite sœur

- Contexte familial compliqué, parents divorcés, violence conjugale et mère en difficulté pour s'occuper des jumeaux (ATCD de placement des jumeaux)
- En Mars 2022, Paul, est adressé aux Urgences, sa mère avait contacté le SAMU devant des troubles du comportement et variations de l'humeur depuis plus de 6 mois
- Présentation légèrement désinhibée, contact bizarre, fixité du regard et de l'attitude, logorrhée.
- Décrit une tristesse de l'humeur ancienne avec un changement depuis quelques semaines, décrit une tachypsychie, logorrhée, multiplication de projets ...

- Insomnie partielle depuis quelques semaines (6h-7h30) sans asthénie, pas de trouble de l'alimentation mais aurait entamé un régime avec des périodes de « sèche »
- Décrit une anxiété en rapport avec ses résultats scolaires, non envahissantes, pas de raptus.
- Idées délirantes autour de la programmation, dit que les autres sont des « moutons » et que lui est un « loup », que tout le monde est programmé comme des machines mais que ce n'est pas son cas. Discours mégalomane
- Hospitalisation à la CPU ado du 8/03/22 au 5/04/22 sortie contre avis médical, instauration d'un traitement
- Retour à domicile et reprise de l'école.

Deuxième hospitalisation du 27/04/22 pour recrudescence idées délirantes, agitation au domicile, fugue et mise en danger suite à arrêt de traitement depuis quelques jours.
Hospitalisation de 2 mois et demi



Equipe A'venir interpellé par la CPU ado

Placement chez sa tante avec son frère jumeau à la sortie d'hospitalisation

1ère rencontre le 20/07/22 avec l'équipe : CM + Docteur

Entrée au lycée

En demande des aides possibles à mettre en place/ lenteur

Plaintes mnésiques : débute **Bilan-Neuropsychy**

SOINS



- Vad par le case manager
- RDV neuropsychologue chaque semaine pour le bilan
- RDV Dr Victorin tous les 15 jours
- Rencontre avec son frère pour amélioration du dialogue et compréhension des troubles

- Réunion Lycée Novembre --> mise en place PAI
- Travail autour du vécu douloureux de l'hospitalisation, de la reconnaissance des troubles
- Suivi éducatif par ASE en parallèle

- **Mars 2023** : Nouvelle décompensation psychique : Paul se prend pour Ronaldo, mise en place du suivi intensif dans le milieu
- VAD ++ et IDE libérale, lien étroit avec la famille

Accompagnement pour suivi somatique et Réadaptation du traitement

Lien IDE scolaire du Lycée

Son état clinique s'améliore progressivement.

Assidu dans sa scolarité mais persistance de difficultés scolaires

Education thérapeutique autour des symptômes et prévention de la rechute (Paul et sa famille)

Voyage en Tunisie avec son père



Janvier 2025 : A ce jour est en classe de terminale

- RDV médicaux mensuel avec son psychiatre
- Lien avec CM chaque semaine pour soutien à la scolarité
- Lien avec sa tante 1/mois

Des liens

- Témoignages :

- <https://www.youtube.com/watch?v=TDcfUxDDWs4>

- <https://www.youtube.com/watch?v=Ce6ABfeVrsI>

- Podcast : bouquet de psychose

-

- <https://www.maisonperchee.org/>

- Guides : <https://www.maisonperchee.org/publications>

- <https://schizinfo.com>

- <https://www.ma-schizophrenie.com>

- Association :

- UNAFAM (association de famille)

- www.schizoespoir.com

- <http://www.schiz-osent-etre.org/>

- <http://www.schizo-oui.com/>

Polo Tonka
Dialogue
avec moi-même

Un schizophrène témoigne

Présenté et commenté par
Philippe Jeammet



psychologie

Arnhild Lauveng

préface de

Christophe André

DEMAIN
J'ÉTAIS FOLLE

Un voyage en schizophrénie



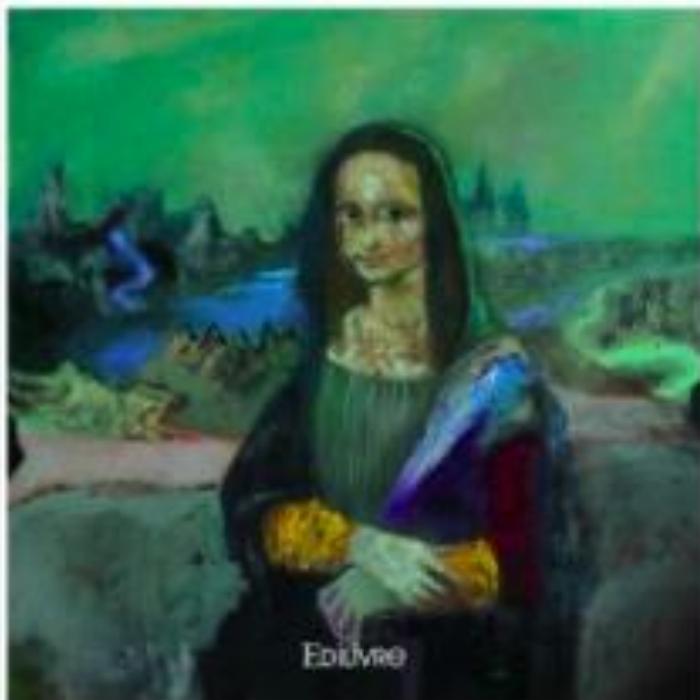
« Ce livre m'a bouleversé »

Christophe André

autrement

Julia Gradel

L'Éclipse, une bouffée
déliirante



Pour approfondir

<https://iacapap.org/resources/e-textbook.html>

<https://institutdepsychiatrie.org/jipejaad/>

<https://www.youtube.com/watch?v=AfkdTQp4hS8>

