



Devenir adulte en terrain miné par la psychose nourrir un espoir réaliste

*Marianne de Bonville, Amal Abdel-Baki,
Laurence Artaud, Caroline Morin et Annie Lefebvre*

Guillaume, 17 ans, se présente à votre cabinet avec sa mère. Il ne sait trop pourquoi il est là. Selon lui, ses parents s'en font pour rien ! Vous constatez que le contact est difficile et que son hygiène personnelle est négligée. Sa mère s'inquiète de son changement de comportement : il s'isole dans sa chambre au sous-sol, ne sort plus avec ses amis, semble constamment fatigué et n'a presque plus d'intérêt, sauf pour les jeux vidéo. Il ne va plus à l'école et, malgré ses promesses, ne travaille toujours pas. S'agit-il d'une crise d'adolescence particulièrement difficile, d'une dépression majeure, d'une phobie sociale, d'une consommation problématique de drogues ou bien d'un prodrome de psychose ? Quels signes précoces de psychose pourriez-vous chercher ? Quelle sera votre conduite ? Quelles sont les ressources ou les services qui pourraient aider le jeune, sa famille et vous-même ? Quel effet un diagnostic précoce peut-il avoir sur ce problème ?

LES TROUBLES PSYCHOTIQUES, toutes causes confondues, touchent de 2 % à 3 % de la population. Le début de la maladie est généralement plus précoce chez les hommes (18-25 ans) que chez les femmes (20-35 ans). Les principales sortes de psychoses sont :

- la psychose toxique ;
- la psychose affective unipolaire ou bipolaire ;
- la schizophrénie ; et
- le trouble délirant.

Lors de la première psychose, il est souvent difficile

La D^{re} Marianne de Bonville, résidente de quatrième année en psychiatrie à l'Université de Montréal, a fait un stage à la Clinique JAP (Jeunes Adultes Psychotiques) du CHUM sous la supervision de la D^{re} Abdel-Baki. La D^{re} Amal Abdel-Baki, psychiatre, est responsable de la Clinique JAP, chef du Programme des troubles psychotiques du CHUM et professeure adjointe de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal. La D^{re} Laurence Artaud est psychiatre à la Clinique JAP du CHUM. M^{mes} Caroline Morin et Annie Lefebvre sont ergothérapeutes à la Clinique JAP du CHUM.

de préciser le diagnostic. Quelques mois à quelques années peuvent s'avérer nécessaires pour y parvenir. Par contre, la psychose toxique ne doit pas être banalisée, car elle évolue le plus souvent vers un trouble psychotique chronique¹.

Les principaux symptômes associés aux différents troubles psychotiques sont regroupés en cinq catégories :

- symptômes positifs (hallucinations, idées délirantes) ;
- symptômes négatifs (émoussement affectif, perte de volonté, pauvreté du discours) ;
- désorganisation de la pensée ou du comportement ;
- déficits cognitifs (mémoire, attention, fonctions exécutives dont la résolution de problème et la planification) ;
- symptômes affectifs (dépression, idées suicidaires, anxiété, exaltation).

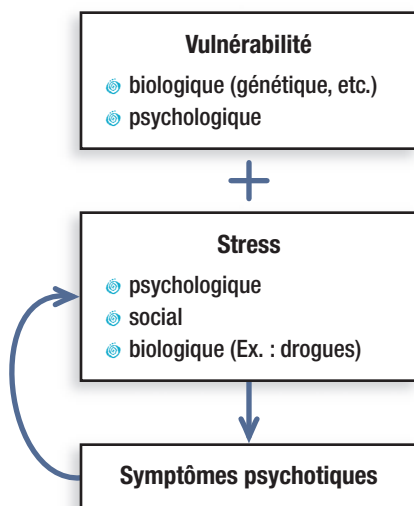
Les causes de la psychose sont conceptualisées selon le modèle vulnérabilité-stress² (figure 1).

Comment reconnaître précocement la psychose chez les jeunes ?

Reconnaître les signes précoces (tableaux I et II) de la psychose constitue un défi clinique, mais il est

Figure 1

Causes de la psychose selon le modèle vulnérabilité-stress²



important de le faire le plus rapidement possible afin de limiter les répercussions de la maladie.

Les changements de comportements sont plus inquiétants s'il y a des antécédents familiaux de maladie psychotique ou de maladie affective bipolaire. D'autres signes sont plus spécifiques de la psychose (tableau II).

Vous questionnez Guillaume sur les raisons qui le poussent à ne plus fréquenter ses amis. Il vous explique que ces derniers parlent dans son dos depuis quelque temps et que d'autres jeunes rient de lui. Vous apprenez aussi qu'il dort le jour et joue à des jeux vidéo la nuit. Il n'aime pas sortir de la maison, car il ne se sent pas en sécurité.

Pourquoi doit-on agir rapidement ?

Psychose, obstacle au passage à l'âge adulte

Puisque la psychose apparaît généralement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte, elle aura des répercussions importantes sur cette étape critique du développement au cours de laquelle des transformations intenses s'opèrent au niveau corporel, cognitif, social et identitaire :

Tableau I

Signes précoces non spécifiques de psychose

Tout d'abord, on peut voir des signes non spécifiques (présents dans plusieurs troubles mentaux) :

- ⊗ Changement dans le fonctionnement global (diminution des performances scolaires ou professionnelles, difficultés relationnelles *de novo*, etc.)
- ⊗ Sommeil perturbé
- ⊗ Perte de poids
- ⊗ Fatigue
- ⊗ Retrait social
- ⊗ Perte d'intérêt
- ⊗ Irritabilité
- ⊗ Anxiété
- ⊗ Dépression
- ⊗ Labilité

- ⊗ acquisition d'une vision claire et cohérente de soi ;
- ⊗ distanciation par rapport à sa famille ;
- ⊗ préparation à une intimité relationnelle ;
- ⊗ définition de ses intérêts et investissement dans des projets de vie adulte³.

Selon Marcia, la psychose entraîne une identité diffuse³ qui se caractérise par une fragilité de l'ego, une absence de sens à la vie, un sentiment d'aliénation et d'impuissance et un engagement faible sur les plans relationnel et professionnel. Alors que la plupart des jeunes s'émancipent de leur famille et s'investissent dans leur réseau social, le jeune psychotique a plutôt tendance à se replier sur sa famille et à maintenir un état de dépendance.

Enfin, la psychose entraîne des conséquences considérables sur le cheminement professionnel. Le parcours scolaire est souvent interrompu ou marqué d'échecs à répétition. Les expériences professionnelles sont absentes ou limitées. Il y a de l'ambivalence quant à un retour aux études ou au travail en raison d'une peur de l'échec ou d'une rechute.

Répercussions sur la famille

La famille est généralement très touchée par l'émer-

Il est important de reconnaître les signes précoces de la psychose le plus rapidement possible afin de limiter les répercussions de la maladie.

Repère

Tableau II**Signes précoces spécifiques de la psychose**

- Hygiène négligée
- Affect émoussé ou inapproprié
- Idées ou comportements bizarres
- Idées de référence non délirantes
(Ex. : impression que les gens rient ou parlent de soi)
- Troubles perceptuels légers et intermittents
(Ex. : entendre son nom sur la rue, voir des objets déformés)
- Attitude de méfiance ou paranoïde
- Discours difficile à suivre

gence d'une psychose chez un proche. Les réactions les plus fréquentes sont la culpabilité, la honte, le déni ou la surprotection. Ces deux derniers éléments représentent des défis pour l'équipe traitante. En effet, les membres d'une famille en déni peuvent remettre en question l'équipe traitante ou le diagnostic ou encore faire échec au plan de traitement. Ils peuvent refuser de réviser leurs attentes à l'égard du jeune et conserver des exigences élevées. Il est donc important d'aider la famille à cheminer afin de permettre à chacun de s'adapter à cette nouvelle réalité.

La famille qui réagit par la surprotection peut refuser de laisser le jeune développer son autonomie et faire ses propres expériences de vie. Cette situation a pour conséquence de limiter de façon considérable le potentiel de l'adolescent et de maintenir ce dernier dans une position d'imaturité et de dépendance.

Durée de psychose non traitée

Des études ont récemment révélé que le principal obstacle, modifiable, à la réussite du traitement est la durée de psychose non traitée qui est de près d'un an⁴.

Lorsque la psychose n'est pas traitée, le risque de toxicomanie, d'itinérance et de judiciarisation est plus élevé. Le jeune adulte peut faire face à des échecs scolaires et professionnels plus nombreux, devenir un fardeau pour sa famille et progressivement perdre son réseau social. Le risque de suicide est aussi plus élevé au début de la maladie.

Enfin, lorsque la psychose persiste et s'intensifie sans l'amorce d'un traitement, l'entrée dans le système de soins risque d'être beaucoup plus trauma-

Tableau III**Facteurs de risque associés au suicide⁴**

- Jeune
- Homme
- Célibataire
- Bon fonctionnement prémorbide
- Dépression postpsychotique
- Toxicomanie
- Tentatives de suicide antérieures
- Autres facteurs : désespoir, isolement social et soutien limité, hospitalisation, perte ou rejet récents, instabilité et stress familiaux

tique tandis que le taux de rechutes et la résistance au traitement s'accroissent.

Alors que la durée de psychose non traitée s'explique en partie par l'ambivalence du patient à demander de l'aide, le délai de réponse du système de santé compte pour le principal motif, tant en première ligne qu'en deuxième ligne⁴.

La réaction de déni et la minimisation du problème par les cliniciens peuvent aussi expliquer partiellement la situation, notamment en raison des « conséquences » présumées d'un tel diagnostic. Cette vision biaisée, partagée par le patient, la société et les soignants, est souvent liée à un pessimisme thérapeutique et peut avoir des répercussions néfastes importantes, dont une augmentation de la durée de psychose non traitée.

Le travail de détection précoce doit donc viser particulièrement l'accessibilité aux soins et le doute clinique. Pour ce faire, les intervenants de la première et de la deuxième ligne doivent travailler de pair.

Problèmes concomitants

Les principaux problèmes concomitants associés à la psychose sont la toxicomanie, l'itinérance, la dépression postpsychotique et le suicide. La dépression postpsychotique augmente le risque de suicide, qui est déjà élevé dans cette population. Il est donc important d'accorder une attention clinique à la dépression postpsychotique et d'amorcer rapidement le traitement.

L'espérance de vie des personnes atteintes de schizophrénie est réduite de près de dix ans. Le suicide

Tableau IV

Modalités de traitement personnalisé

- Traitement médicamenteux approprié
 - Antipsychotiques atypiques à faible dose (premier choix)
 - Stabilisateurs de l'humeur (lithium et Epival) pour les psychoses affectives ou comme potentialisateurs des antipsychotiques
 - Antidépresseurs lors de dépression postpsychotique ou pour aider à distinguer les symptômes dépressifs des symptômes négatifs
- Suivi individuel par un psychiatre et un intervenant en santé mentale
- Psychothérapie de soutien et cognitivocomportementale
- Groupes thérapeutiques (psychoéducation, habiletés fonctionnelles, sports, thérapie motivationnelle pour toxicomanie, etc.)

est une des causes principales de décès chez ces personnes, de 5 % à 13 % d'entre elles en étant victimes⁵ (tableau III).

Comment intervenir ?

Quels traitements sont nécessaires ?

Modalités thérapeutiques spécialisées

Plusieurs études ont indiqué qu'un suivi en clinique spécialisée pour premiers épisodes psychotiques, par rapport à un suivi usuel en psychiatrie, était très avantageux : diminution des rechutes et hospitalisations, meilleure qualité de vie et meilleur fonctionnement global⁶. Il existe plusieurs cliniques spécialisées au Québec (voir www.aqppep.com).

Nous allons présenter un exemple de plan de soins en prenant le modèle de la clinique JAP (Jeunes Adultes Psychotiques) du CHUM, à Montréal.

Tout médecin, proche ou intervenant peut orienter un jeune vers la clinique. Une fois la demande reçue, un premier contact est établi rapidement afin de déterminer si la personne présente des signes de psychose. Au besoin, l'équipe effectue une évalua-

Tableau V

Principaux bilans

- Formule sanguine
- TSH
- Glycémie
- Bilan hépatique
- Urée
- Créatinine
- Électrolytes
- Bilan lipidique
- VIH
- Hépatite C
- Dépistage de drogues dans l'urine

tion plus approfondie afin d'établir un plan de traitement personnalisé.

L'intervention thérapeutique est multidisciplinaire (psychiatres, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières et psychologues) et se fait dans un esprit de collaboration avec le jeune adulte et ses proches. Elle cherche d'abord à stabiliser les symptômes et la situation de vie (hébergement, relations sociales, revenus, etc.). Graduellement, elle vise une plus grande autonomie par la réintégration du jeune dans un rôle social significatif pour lui. Un accompagnement lui est alors offert pour l'aider à reprendre les études ou le travail le plus rapidement possible afin de limiter la perte des acquis. À cette fin, l'appui d'organismes spécialisés en réintégration peut être d'une précieuse aide. Sur le plan de l'hébergement, plusieurs ressources communautaires en santé mentale offrent des foyers de groupe ou des appartements supervisés.

Le traitement personnalisé intègre une combinaison des modalités énumérées au tableau IV.

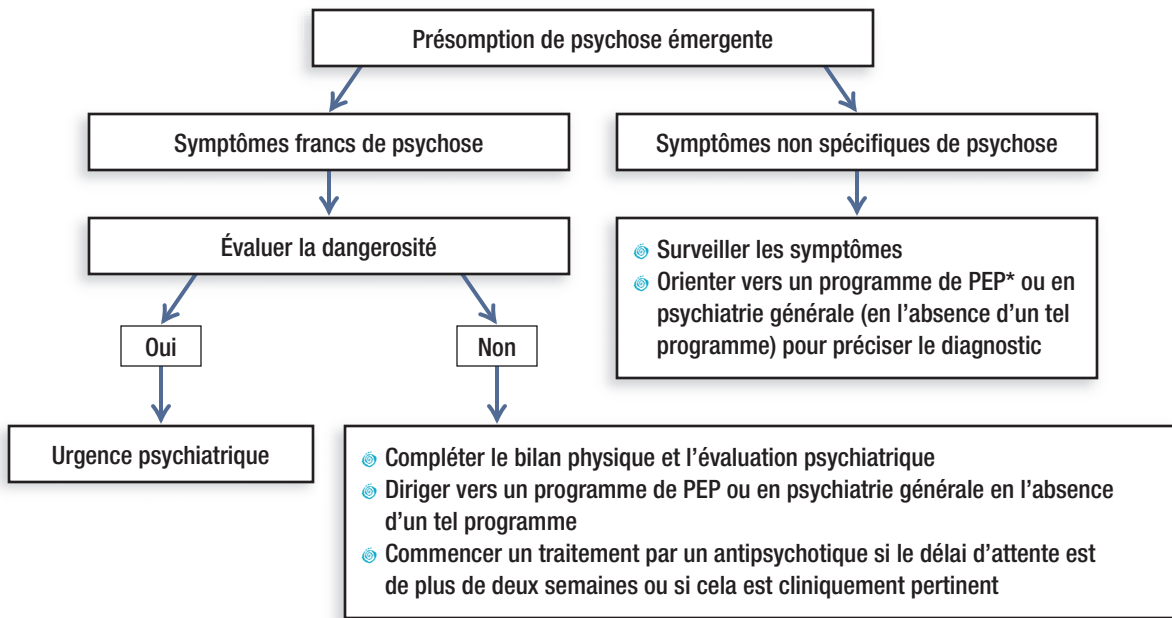
En raison du jeune âge des patients, la famille et les intervenants communautaires sont considérés comme des alliés dans le cadre du traitement. Si le jeune accepte, une rencontre regroupant sa famille, les intervenants et lui-même a lieu dès l'amorce d'un suivi. Des groupes de psychoéducation destinés spécialement aux familles leur offrent soutien et accompagnement.

Les principaux problèmes concomitants associés à la psychose sont la toxicomanie, l'itinérance, la dépression postpsychotique et le suicide.

Repère

Figure 2

Plan d'intervention en présence d'une psychose franche ou soupçonnée



* PEP : premiers épisodes psychotiques

La philosophie au cœur du traitement consiste à considérer le jeune adulte comme une personne ayant des projets de vie et des capacités malgré sa maladie mentale. Cette dernière est considérée comme un état de santé auquel il est possible de s'adapter en apprenant à mieux le « maîtriser » au même titre que le diabète. La perception d'un jeune « malade et vulnérable » à qui il faut épargner tous les stress en raison de son « handicap chronique » est évitée. La perception positive entretenue par l'équipe permet au jeune de cultiver l'espoir et d'atteindre son plein potentiel, tout en tenant compte de ses limites. Ainsi, il n'est pas souhaitable de le déclarer inapte au travail de façon prolongée sans avoir tenté, au moment opportun, une réinsertion graduelle dans un projet socioprofessionnel ou scolaire adapté à ses capacités et à ses limites.

Que puis-je faire en tant qu'omnipraticien ?

Avant d'orienter un jeune en psychiatrie, il est im-

portant de procéder à un bilan de santé (examen physique, neurologique et bilans sanguins) (*tableau V*) afin d'exclure des causes organiques au tableau psychiatrique et des contre-indications à certains médicaments (Ex. : le lithium est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale).

S'il n'est pas pertinent de diriger tous les patients présentant des symptômes psychotiques à l'urgence (*figure 2*), plusieurs tableaux cliniques aigus peuvent être inquiétants et nécessiter une évaluation psychiatrique d'urgence :

- patient qui agit sur son délire : il est alors tellement envahi qu'il pose des gestes en fonction de son délire ;
- persécuteur bien identifié par le patient, qui semble vouloir se défendre ou se venger ;
- état d'agitation ou de désorganisation ;
- patient suicidaire ou proférant des menaces de mort à l'égard d'autrui.

Lorsqu'un patient est orienté en psychiatrie (en

La philosophie au cœur du traitement consiste à considérer le jeune adulte comme une personne ayant des projets de vie et des capacités malgré sa maladie mentale.

Repère

Tableau VI**Profil des antipsychotiques atypiques**

Antipsychotique atypique	Dose de départ (dose maximale)	Dose cible (dose maximale)	Effets indésirables les plus fréquents
⊕ Risperidone	De 0,5 mg à 1 mg (6 mg – 8 mg) par jour	De 2 mg à 4 mg par jour	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Symptômes extrapyramidaux ⊕ Hyperprolactinémie ⊕ Troubles sexuels ⊕ Sédation ⊕ Gain de poids
⊕ Risperdal–Consta (risperidone injectable à action prolongée)	25 mg IM, toutes les 2 semaines Prise par voie orale nécessaire pendant les 3 premières semaines de traitement en raison du délai d'action de la forme IM	De 25 mg à 50 mg toutes les 2 semaines (50 mg, toutes les 2 semaines)	⊕ Effets similaires à ceux de la forme orale
⊕ Olanzapine	De 5 mg à 10 mg par jour	De 10 mg à 20 mg (20 mg) par jour	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Gain de poids (peut être très important) ⊕ Sédation ⊕ Probable ↑ du risque de diabète et de dyslipidémie
⊕ Quétiapine	De 50 mg à 100 mg par jour	De 600 mg à 800 mg (800 mg) par jour	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Gain de poids ⊕ Sédation ⊕ Probable ↑ du risque de diabète et de dyslipidémie
⊕ Forme XR	300 mg par jour		

consultations externes) pour un premier épisode psychotique, il est pertinent d'entreprendre le traitement immédiatement, particulièrement si le délai d'attente est de plus de deux semaines afin d'éviter une détérioration qui peut mener à une dangerosité ou à une souffrance importante. Un antipsychotique atypique à faible dose est indiqué (tableau VI).

L'ensemble de votre évaluation vous fait fortement envisager un début de psychose. Vous orientez d'emblée Guillaume vers un programme spécialisé dans les premiers épisodes psychotiques (PEP) de votre secteur en appelant vous-même l'infirmière de l'équipe. Vous le revoyez la semaine suivante, et il accepte cette fois-ci de commencer à prendre de la rispéridone, à raison de 1 mg, chaque soir, au coucher.

LA SURVENUE D'UNE MALADIE psychotique à une période critique comme l'adolescence ou le début de l'âge adulte peut entraîner des conséquences importantes et prolongées tant sur les plans psychologique que social et professionnel. L'importance de détecter et d'orienter rapidement les jeunes chez qui on soupçonne un problème psychotique est prou-

vée. Par contre, plusieurs obstacles persistent. L'organisation même des services de santé mentale limite l'accessibilité aux soins. La détection des premiers signes de psychose est souvent ardue. Des changements sont déjà amorcés au Québec afin de trouver une solution à ce problème, mais il reste encore beaucoup d'éléments à optimiser. Les médecins omnipraticiens sont interpellés dans ce processus, car ils ont un rôle important à jouer dans la détection précoce. Les cliniques spécialisées sont disponibles pour aider les médecins dans cette démarche. Il faut aussi garder en tête que le pronostic peut être plus favorable que les préjugés populaires le laissent entendre. En effet, plus la maladie est prise en charge tôt, plus les jeunes ont de chances de réaliser leur vie pleinement. L'approche thérapeutique doit favoriser la réalisation de leurs potentiels : soutenir plutôt que surprotéger et encadrer plutôt que faire les choses à leur place. 🌀

Date de réception : 14 novembre 2008
Date d'acceptation : 22 décembre 2008

Les auteurs n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Summary

Reaching adulthood on a psychosis-ravaged mindscape: nurturing a realistic hope.

Psychotic disorders emerge during the critical period of late adolescence/early adulthood, during which major developmental tasks occur. Psychosis can disrupt academic, professional, familial and social functioning, especially if the duration of untreated psychosis is prolonged. It is associated with increased substance misuse, legal problems, homelessness and suicidality. Family doctors can play a major role in reducing this negative impact by detecting early signs of psychosis, initiating early treatment and referring to specialized early psychosis programs. Different obstacles to early detection are the non-specificity of the early symptoms, stigmatization and difficult accessibility to psychiatric care.

The components of optimal early intensive interdisciplinary treatment by a specialized team are explained as well as the role of family physician in early detection and intervention for psychosis. The treatment philosophy of guiding these young persons towards their life goals and autonomy and nourishing realistic hope is discussed.

Bibliographie

1. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L et coll. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 510-5.
2. Zubin J, Spring B. Vulnerability – A new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86 (2): 103-26.
3. Cloutier R. *Psychologie de l'adolescence*. 2^e éd. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur ltée; 1996. 326 p.
4. Norman RMG, Malla AK, Verdi MB et coll. Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychol Med* 2004; 34 (2): 255-66.
5. Pompili M, Amador XF, Girardi P et coll. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6: 10.
6. Craig TK, Garety P, Power P et coll. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ* 2004; 329 (7474): 1067.

Adresses utiles

- Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques. www.aqppep.com (coordonnées et description des différentes cliniques du Québec, ressources telles que la Société québécoise de la schizophrénie et bibliographie pour les médecins et les familles).
- Site d'information et de formation en psychiatrie. www.omnipsy.ca (site Internet québécois de formation continue s'adressant aux omnipraticiens intéressés par la psychiatrie et contenant certains textes sur la psychose et l'intervention précoce).



Congrès de formation médicale continue

FMOQ

Novembre 2009

12 et 13 **L'endocrinologie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Décembre 2009

3 et 4 **Les soins palliatifs**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

Février 2010

11 et 12 **La dermatologie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Mars 2010

11 et 12 **L'appareil locomoteur**
Centre Mont-Royal,
Le Cantlie Suite Hôtel, Montréal

Avril 2010

22 et 23 **L'infectiologie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Mai 2010

13 et 14 **La pneumologie**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

Juin 2010

3 et 4 **Urologie/Néphrologie**
Hôtel Delta Québec, Québec