



Atelier 5 (pm): *Les patients à besoins spécifiques*

29 mai 2019

Animateurs:

Dre Clairéline Ouellet-Plamondon et
Mme Marie-Pier Duquet (Québec)
Dr Philippe Conus (Suisse)
Dr Gilles Martinez (France)

Modératrice: Dre Sophie L'Heureux

Les patients à besoins spécifiques



- ▶ La toxicomanie
- ▶ Les patients plus âgés
- ▶ Le troubles du spectre autistique (TSA)



Les patients à besoins spécifiques

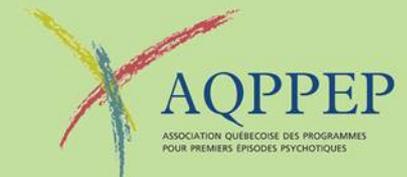


La toxicomanie chez les PEP

Dre Clairéline Ouellet-Plamondon

Marie-Pier Duquet, inf. clin.

Clinique Jeunes adultes psychotiques du CHUM, Montréal



La toxicomanie chez les PEP



Mise en situation 1

- H, 26 ans
- Sans domicile fixe depuis 2015
- Référé par CLSC - demande d'aide, peur de faire une crise cardiaque
- Consomme amphétamines, depuis âge 13 ans
- Tableau de psychose toxique à répétition
- Famille présente, mais épuisée

La toxicomanie chez les PEP



Mise en situation 2

- H, 23 ans
- Habite chez père et mère en alternance
- Arrêt de l'école de plus de 2 ans
- Sans occupation
- Consomme cannabis chaque jour avec amis
- Référé via MD famille à la suite « des voix qui lui ont fait peur »

La toxicomanie chez les PEP



Enjeux individuels

- Les amener à consulter
- Les convaincre de la pertinence d'un suivi
- Les amener à reconnaître les aspects négatifs de la consommation
- L'absence de projet de vie

Enjeux d'équipe

- La désaffiliation sociale
 - Réseau pauvre
- Le manque de levier
- « Cas lourd »
- Surcharge de travail
 - La crise plus fréquente
- La stigmatisation
- La résistance au traitement
- La légalisation du THC

La toxicomanie chez les PEP



Adaptation nécessaire des services

- Flexibilité (évaluation et suivi) et “faire différemment”
- Prévoir période plus longue pour bâtir l’alliance
- Tolérer la lenteur du changement (stade de changement)
- Être proactif et faire preuve d’initiative
- Prévoir gestion de crise plus fréquente
- Travailler en équipe
 - PEP
 - Réseau de la santé
 - Réseau communautaire, d’hébergement et centre thérapie
 - Proches
- Aller rapidement vers injectable ou clozapine si possible



La toxicomanie chez les PEP



Modalités de traitement

- Techniques motivationnelles
- Psychoéducation
- Groupe de discussion pré-contemplation
- Réduction des méfaits
- Prévention de la rechute

Défis

- Formation adaptée
- Le refus d'avoir de l'information
- Présence
- Réseau de consommateurs
- Ne pas tomber dans la banalisation de la consommation
- Application du cadre thérapeutique

La toxicomanie chez les PEP



Modalités de traitement

- Interventions dans le milieu (démarches judiciaires, financière, hébergement, etc)
- Rencontres partenaires
- Hospitalisation à visée utilitaire/ de support

Défis

- Priorisation des accompagnements vs autres tâches
- Compréhension du problème de santé mentale
- Respecter la philosophie de chacun
- Communication interne / externe
- Sécurité (balance des risques)



La toxicomanie chez les PEP



► Période de questions



Les patients à besoins spécifiques



Âge au début de la psychose: un marqueur de besoins spécifiques plutôt qu'un déterminant de l'évolution?

Philippe Conus

Département de psychiatrie - CHUV



Les patients plus âgés



European Psychiatry 45 (2017) 20–26



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

European Psychiatry

journal homepage: <http://www.europsy-journal.com>



Original article

Age at the time of onset of psychosis: A marker of specific needs rather than a determinant of outcome?



P. Golay^{a,b,*}, L. Alameda^{a,c,d}, N. Mebdouhi^a, P. Baumann^{a,c}, C. Ferrari^a, A. Solida^a, P. Progin^a, J. Elowe^e, P. Conus^a

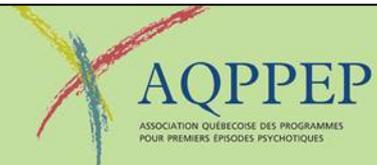
^aService of General Psychiatry, Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP-Lausanne), Lausanne University Hospital (CHUV), 1003 Lausanne, Switzerland

^bService of Community Psychiatry, Department of Psychiatry, Lausanne University Hospital (CHUV), 1003 Lausanne, Switzerland

^cUnit for Research in Schizophrenia, Center for Psychiatric Neuroscience, Lausanne University Hospital (CHUV), 1008 Lausanne, Switzerland

^dPsychiatric Liaison Service, Lausanne University Hospital (CHUV), 1011 Lausanne, Switzerland

^eMobile Psychiatry Unit, Department of Psychiatry, Prangins Psychiatric Hospital (CHUV), 1197 Prangins, Switzerland



CONTEXTE: âge au début de la psychose et évolution des patients



- La littérature scientifique suggère qu'un début de psychose avant 18 ans (early onset) prédit une évolution défavorable
- Beaucoup moins de données sur les débuts tardifs (>45)
- Les programmes spécialisés dans la psychose émergente s'adressent à des patients âgés de 18 (15) à 35 ans
 - Dans le programme TIPP, médiane à 23 ans
 - Observation clinique (case managers) : les patients les plus âgés (>26) ont des profils spécifiques et éventuellement des besoins différents

OBJECTIFS DE L'ETUDE



- Comparer le profil des patients avec début de la psychose avant et après 26 ans
 - Caractéristiques pré-morbides
 - Présentation initiale
 - Evolution sur les 3 ans de traitement
- Est-ce que l'âge de début prédit l'évolution?
- Est-ce qu'on peut mettre en évidence des besoins spécifiques en fonction de l'âge au début de la psychose?

RESULTATS



- 256 patients suivis sur 3 ans au moment de l'étude
- Age au début de la psychose
 - Médiane: 23 ans
 - 32% \geq 26 ans
 - 68 < 26 ans

Caractéristiques pré-morbides des >26 ans



- Plus forte prévalence de femmes
- Durée de psychose non traités plus courte
- Meilleur niveau de fonctionnement pré-morbide
- Plus forte prévalence d'exposition à des traumatismes dans l'enfance (abus physique ou sexuel)

Caractéristiques baseline et évolution des >26 ans



- Entrée dans le programme
 - Plus forte prévalence d'insight à l'entrée
 - Pas de différence d'intensité des symptômes à l'entrée dans le programme
- Evolution au cours du traitement:
 - Moins de symptômes négatifs tout au long du suivi
 - Pas de différence d'évolution des symptômes positifs et dépressifs
 - Evolution fonctionnelle:
 - Récupération plus rapide au début, mais courbes se rejoignent par la suite
 - Plus forte prévalence de patients ne retrouvant pas leur niveau de fonctionnement antérieur

Caractéristiques baseline >26 ans

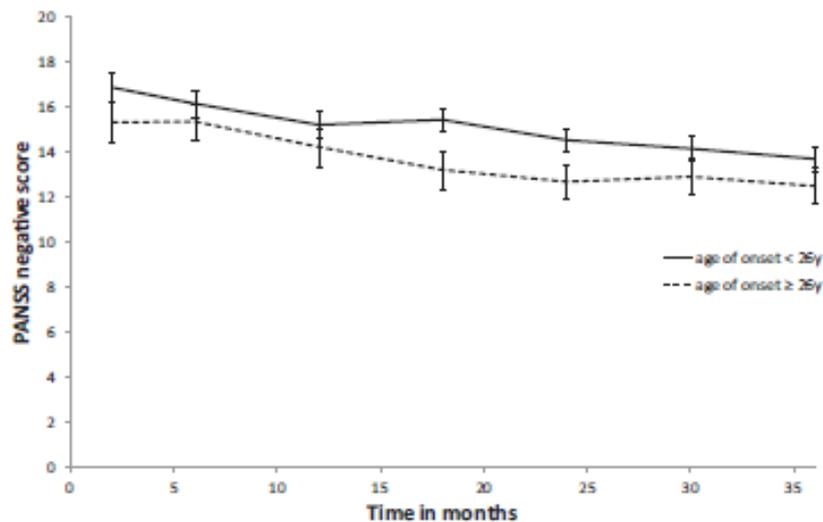


	<26	>26	p
Homme (%)	70	50	0.002
DUP (Med jours)	127	55	0.004
Trauma infantile %	24	37	0.034
Insight complet à l'entrée %	13	27	0.043

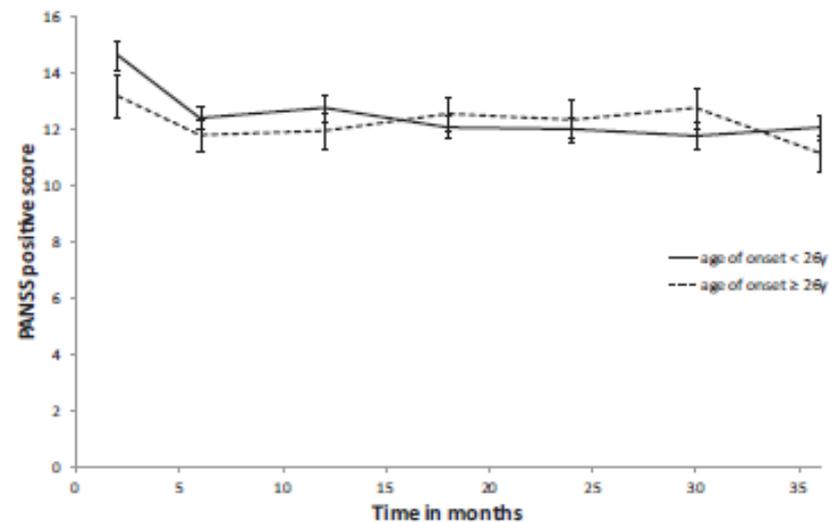
Caractéristiques baseline et évolution des >26 ans



1a) PANSS negative score



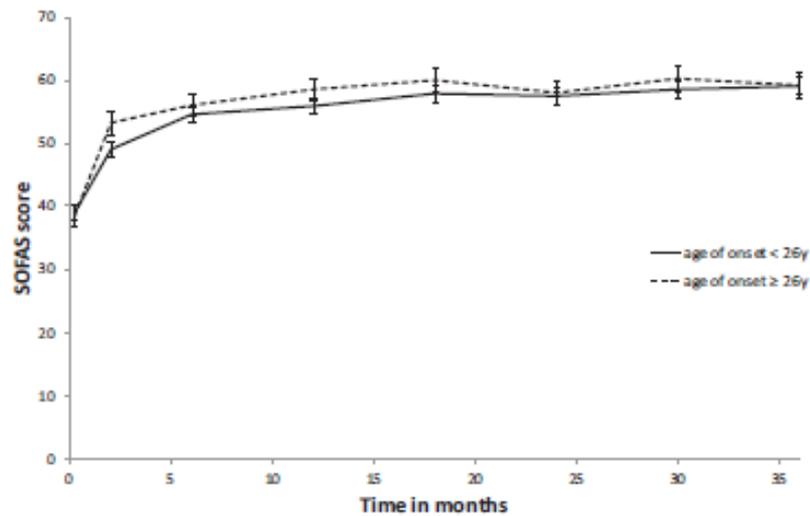
1b) PANSS positive score



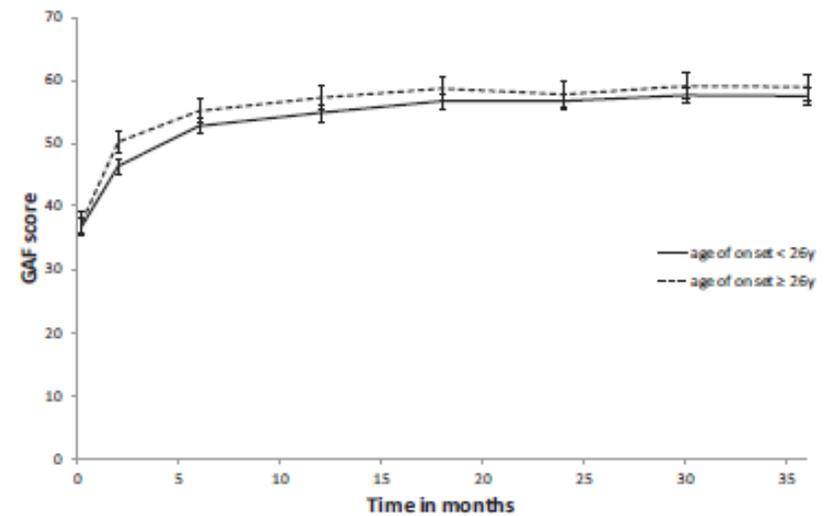
Caractéristiques baseline et évolution des >26 ans



2a) SOFAS scores



2b) GAF scores



CONCLUSIONS



- Plus forte prévalence de femmes est en phase avec la littérature
- DUP plus courte liée à une meilleure insertion sociale: renforcer les moyens de détection chez les plus jeunes
- Les patients avec début après 26 ans ont plus fréquemment été exposés à des traumatismes
 - *Facteur causal?*
 - *Important d'évaluer cette dimension chez ces patients*
 - *Offrir une aide psychothérapique*
- Malgré une meilleure insertion socio-professionnelle, taux faible de retour au niveau de fonctionnement pré-morbide (30%)
 - *Développer des stratégies pour favoriser le maintien de l'emploi et la sauvegarde des acquis*

Les patients plus âgés



► Période de questions



Les patients à besoins spécifiques



Schizophrénie et TSA

Gilles Martinez

Centre Jeune Adultes et Adolescents

Service Hospitalo-Universitaire, Pr Krebs, Paris



Monsieur N., 36 ans



Schizophrénie paranoïde ultra résistante de début précoce, diagnostic à 14 ans (HAV et idées délirantes)

Hospitalisé en continu depuis 2004: échec des alternatives ambulatoires 3 séjours en UMD pour hétéro-agressivité sur soignants

2017 : tableau dominé par la persistance des HAV, un isolement, un quotidien très ritualisé, des SOC, des intérêts électifs, des moments d'angoisse paroxystique avec sthénicité

Rétrospectivement : retard d'acquisition de la marche, très timide, pas d'amis, peu d'expression verbale spontanée, pas de jeu de faire semblant, passion pour les roues de voitures et le dessin

Diagnostic de TSA antérieur, par ADI-R

Adaptation du ttt (diminution des AP, instauration d'un AD à visée antiTOC) et accompagnement institutionnel spécifique

Monsieur G., 25 ans



Consultation pour avis sur introduction de Clozapine, devant **schizophrénie avec dimensions anxieuse et déficitaire prévalentes**

Replié au domicile, cours à distance, aucune relation amicale

Sous Aripiprazole 20 mg et fluoxétine 40 mg

Début des troubles vers 13 ans, diagnostic initial de dépression atypiques (idées de persécution et de centralité)

Hospitalisé 1 an en soin-étude, peu d'évolution, « inconfort constant dans les interaction sociales », diagnostic de schizophrénie déficitaire, ttt par Risperidone 2 mg et Venlafaxine 150 mg ; puis pour un nouvel épisode dépressif avec idées suicidaires et idées délirantes

Rétrospectivement : énurésie, vocabulaire très riche d'emblée, « intello bien sage », colères en lien avec rigidité et incompréhension des règles, relations exclusives seulement dans le cadre scolaire, passion pour le dessin, démontait et reconstruisait les objets, connaissances étendues sur l'Égypte et le Titanic

Diagnostic de TSA sur ADI-R, ADOS, bilan neuropsychologique et autoquestionnaires

Diagnostic de SCZ infirmé, arrêt de l'AP, groupe EHS et contact avec une association de patients

Schizophrénie et TSA



Diagnosis

AUSTRALASIAN PSYCHIATRY

Misdiagnosis versus missed diagnosis: diagnosing autism spectrum disorder in adolescents

Australasian Psychiatry
2015, Vol 23(2) 120–123
© The Royal Australian and
New Zealand College of Psychiatrists 2015
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1039856214568214
apy.sagepub.com
SAGE

Shilpa Aggarwal Child and Adolescent Psychiatrist, Orygen Youth Health, Parkville, VIC, Australia
Beth Angus Clinical Psychologist, Orygen Youth Health, Parkville, VIC, Australia

ans un centre

Table 1. Psychiatric symptoms in clients referred for autism spectrum disorder (ASD) assessment

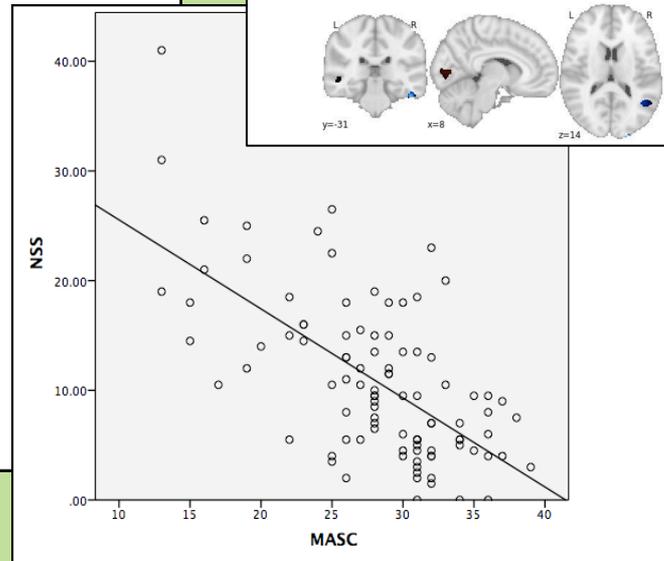
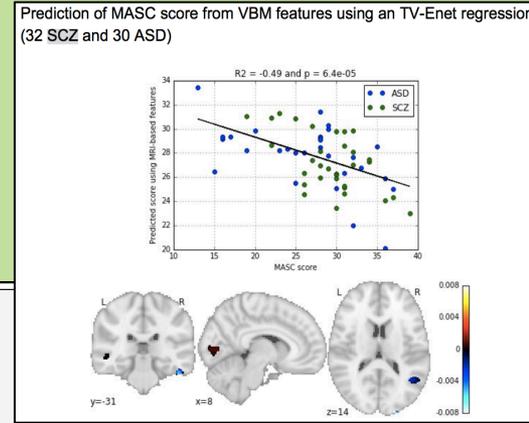
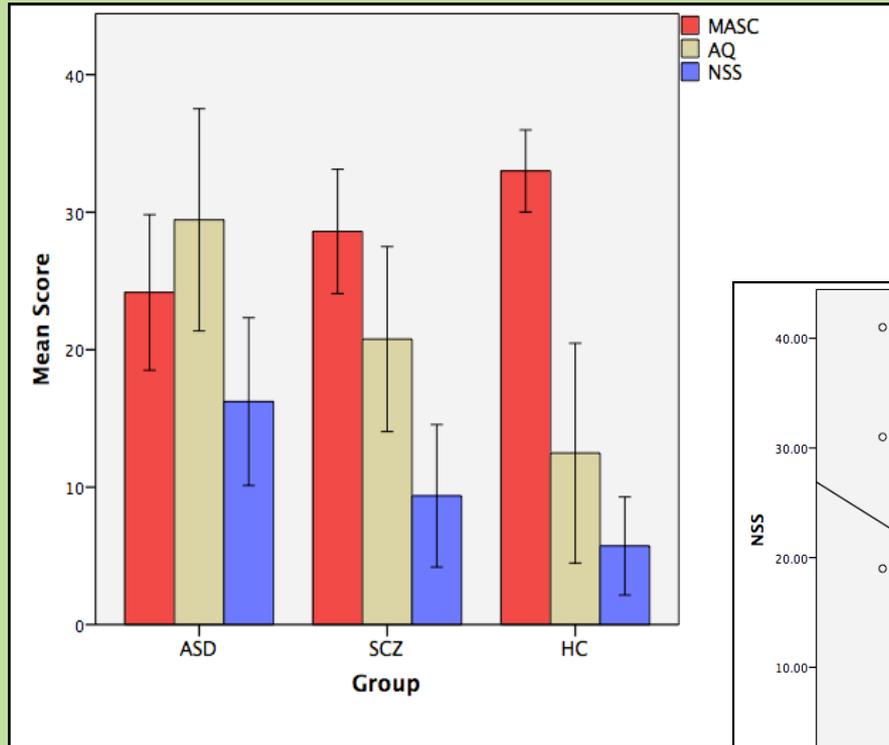
<i>Presenting symptoms</i>	<i>Number of clients referred for assessment</i>	<i>Diagnosis confirmed</i>	<i>Diagnosis ruled out</i>	<i>Invalid/inconclusive assessment</i>
Depressive symptoms	12	8	2	2
Mixed anxiety and depressive symptoms	6	3	3	
Psychotic symptoms (r/t primary psychotic illness)	6	4	1	1
Depressive and manic/hypomanic symptoms (r/t bipolar disorder)	1		1	
Conversion disorder symptoms	1			1
Generalized anxiety disorder symptoms	1	1		
Obsessive compulsive disorder symptoms	1	1		
Social phobia symptoms	1	1		
No diagnosis	2	2		

Un continuum autisme-schizophrénie ?



- ▶ Arguments cliniques et épidémiologiques (*Chisholm 2015, Kincaid 2017*)
 - Fréquence des troubles psychotiques dans l'autisme : 0 à 34,8 %
 - Fréquence de l'autisme dans la schizophrénie : 3,4 à 52 %
- ▶ Arguments génétiques
 - Héritabilité
 - CNV, GWAS *PGC & ASDWG 2017* et séquençage d'exome *Gauthier 2011*
- ▶ Arguments issus de la neuro-imagerie
 - Imagerie anatomique *Cheung 2010, Mitelman 2016, Katz 2016*
 - Imagerie fonctionnelle *Sugranyes, 2011, Ciaramidaro, 2015*

Cognition sociale et marqueurs neurodéveloppementaux

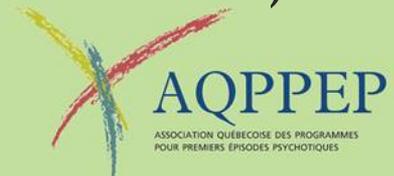


Martinez et al. 2017 Schizophrenia Research et en préparation

Adapter le dispositif



- ▶ Sensibilisation de l'équipe
- ▶ Systématisation des questionnaires de dépistage (DTD, AQ/EQ)
- ▶ Formation aux outils diagnostiques spécifiques (ADI-R et ADOS 4)
- ▶ Bilan neuropsychologique avec évaluation de la cognition sociale
- ▶ Travail en réseau (CRAIF, associations, MDPH / missions handicap, partenaires libéraux)
- ▶ Adaptation des groupes thérapeutiques (SCIT autisme)



Quels outils diagnostiques chez l'adulte ?



ADI-R

- ▶ Entretien structuré avec les parents, 42 items diagnostiques
- ▶ Grande sensibilité et spécificité
- ▶ Moins sensibles pour autistes de haut niveau et Asperger

Gilchrist A. et al., 2001

- ▶ Validé chez enfants, adolescent et adulte... mais biais de remémoration ?

Seltzer MM et al., 2003

ADOS-4

- ▶ Observation structurée avec matériel d'interaction
- ▶ Peu discriminant entre TSA et SCZ
 - Langage plus stéréotypé
 - Moins de communication sociale réciproque
 - Réponses sociales et communication sociale réciproque plus pauvre

Bastiaansen JA et al, 2009

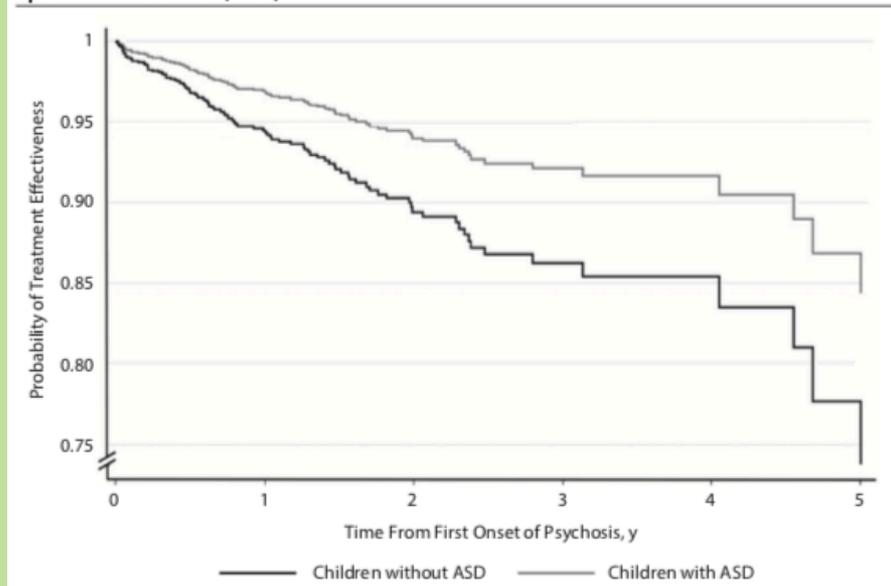
Et les neuroleptiques ?



The Association Between Comorbid Autism Spectrum Disorders and Antipsychotic Treatment Failure in Early-Onset Psychosis:
A Historical Cohort Study Using Electronic Health Records

Johnny M. Downs, et al. *Clinical Psychiatry*, 2017

Figure 2. Probability of Treatment Effectiveness (Non-Multiple Treatment Failure) After First-Episode Psychosis, Comparing Children With and Without Autism Spectrum Disorder (ASD)^a



Par ailleurs :

- Moins bonne tolérance métabolique ?
- Moins bonne tolérance neurologique ?

Schizophrénie et TSA



► Période de questions

