

Un état mental à risque de transition psychotique

Le démarrage

Logos Curtis^a, Silke Bachmann^b, Daniele Zullino^b

^aService des spécialités psychiatriques, Hôpitaux Universitaires de Genève; ^bService d'addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève

En pleine crise sanitaire, due à la pandémie du Covid-19, Monsieur Frédéric Levert, un jeune homme de 19 ans, vient de débiter ses études de médecine. Il est fils unique. Son père est lui-même médecin, cadre dans un hôpital régional. La mère, actuellement femme au ménage, est une ancienne enseignante du primaire qui a dû abandonner son activité professionnelle suite à un «épuisement psychophysique». Une sœur de la mère aurait été hospitalisée de nombreuses fois en milieu psychiatrique.

Au début de ses études Frédéric Chiasa a quitté le domicile parental pour s'installer en colocation avec d'autres étudiants. En même temps, il s'est vu contraint d'abandonner sa carrière sportive de coureur cycliste élite par manque de temps. Vers la fin du premier semestre d'études, un des colocataires, Matthieu Dulicht, appelle le service de consultations psychologiques de l'université, car Frédéric présenterait en quelque sorte des difficultés psychologiques.

Depuis au moins un mois, il semble de plus en plus déprimé et se retire souvent dans sa chambre. D'autre part, il peut se montrer étrangement irascible pendant le dîner commun, tenant parfois des discours étranges, par exemple concernant un prétendu complot international entre l'industrie pharmaceutique et l'industrie de l'armement.

Il lui arriverait de tenir des propos incohérents. Monsieur Dulicht admet que les colocataires, Frédéric inclus, fumaient parfois du cannabis. Mais cela n'aurait pas été le cas depuis plus de deux semaines. Il exclut aussi que Frédéric aurait consommé ailleurs.

Question 1

Quelle est l'approche la plus judicieuse?

(A) Il est probable que le cannabis, en raison de sa longue demi-vie, continue d'agir chez un jeune homme ayant des antécédents familiaux de troubles psychiatriques. Il faudrait attendre encore 2 à 3 semaines d'abstinence de cannabis avant de procéder à une évaluation, afin d'éviter une stigmatisation inutile par une psychiatisation prématurée.

(B) Les nouvelles conditions de vie (études, logement) chez un post-adolescent ayant des antécédents familiaux et cherchant à émuler professionnellement son père a entraîné une réaction de surmenage. Une sus-

pension momentanée des études et la prescription d'un antidépresseur se justifient.

(C) Les idées conspirationnistes de Frédéric peuvent être comprises comme une réaction à des sentiments de perte de contrôle sur sa vie chez une personnalité ayant des antécédents familiaux de susceptibilité particulière. Des interventions cognitives basées principalement sur le questionnement socratique sont les plus prometteuses pour corriger ses troubles de la pensée.

(D) L'arrêt brutal d'un sport d'endurance et le passage à une vie quotidienne principalement sédentaire et à forte intensité de travail a entraîné un *syndrome de décharge*. Frédéric devrait reprendre une activité physique modérée mais régulière en complétant les exercices d'endurance par des exercices de récupération musculaire.

(E) Les symptômes décrits indiquent un état à risque accru de psychose, qui devrait être évalué et diagnostiqué le plus rapidement possible et qui pourrait justifier l'utilisation d'antipsychotiques, même en l'absence diagnostique de schizophrénie.

Question 2

Quels éléments décrits pourraient être retenus comme critères d'un risque de développer un trouble psychotique formel?

(A) Une tante avec des antécédents psychiatriques.

(B) Une dépression avec irascibilité.

(C) L'utilisation de cannabis à l'âge de 19 ans.

(D) Un retrait social.

(E) Un discours étrange avec des propos incohérents.

Commentaires

Le tableau clinique de M. Chiasa est hautement suggestif d'un état mental à risque de transition psychotique (« At risk mental state » - ARMS). Cet état se caractérise par des critères ayant été développés pour identifier des individus avec un haut risque de développer un premier épisode psychotique. On retrouve dans la littérature scientifique aussi les dénominations ultra-high risk (UHR), clinical high-risk (CHR), ou encore prodrome psychotique, en sachant que cette dernière dénomination est un concept rétrospectif. A noter que probablement environ deux tiers des personnes pré-



Logos Curtis

sentant un ARMS ne développeront cependant pas de trouble psychotique par la suite. En outre, les symptômes présents lors d'un ARMS coïncident généralement avec l'adolescence et le début de l'âge adulte, ce qui peut rendre difficile la distinction entre l'éventuelle première émergence de troubles psychotiques et les réactions courantes des adolescents face aux exigences de leur âge.

Dans ce contexte, les critères qui sont retenus et associés de manière significative avec un risque accru de passage à la psychose, peuvent être regroupés en trois catégories :

- La catégorie des symptômes psychotiques atténués (Attenuated Psychotic Symptoms ou APS) se caractérisant par des symptômes psychotiques «positifs» (hallucinations, délires, et/ou désorganisation conceptuelle), mais qui n'atteignent pas le niveau requis pour un diagnostic de psychose (selon le CIM ou DSM) en raison d'une intensité et/ou fréquence insuffisante.
- La catégorie des symptômes psychotiques transitoires (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms BLIPS), autolimités et manifestes de même que disparaissant spontanément, d'une durée maximale d'une semaine
- La catégorie de vulnérabilité se caractérisant par un troubles schizotypique ou des antécédents familiaux de troubles psychotiques chez un parent du premier degré, associé à une détérioration non spécifique mais constante du fonctionnement psychosocial avec baisse marquée des performances au cours de la dernière année

Pour ces différentes catégories de risque, la probabilité d'apparition d'un trouble psychotique manifeste dans un délai d'un an peut atteindre 30 % (et 40% dans un délai de trois ans) et est donc plusieurs fois supérieure à l'incidence de la schizophrénie dans la population générale.

Le diagnostic précoce pour les personnes qui répondent aux critères de l'ARMS permet d'intervenir pour diminuer les symptômes (mêmes atténués) et difficultés de ces individus, mais aussi de retarder ou idéalement prévenir l'apparition de la psychose. De plus, – au cas où un épisode psychotique se déclare néanmoins– la détection et intervention précoce peut sensiblement

améliorer le pronostic et notamment l'adhésion des patients au traitement.

Les évidences scientifiques disponibles soutiennent l'usage d'antipsychotiques à très faible dose, ainsi que des interventions cognitivo-comportementales en cas de symptômes psychotiques atténués. En général, les doses sont nettement inférieures à celles utilisées dans le traitement du trouble établi.

La transition psychotique ne survient que chez un tiers des personnes ARMS. D'autre part, la durée de la psychose non traitée (*Duration of Untreated Psychosis, DUP*) - la période entre l'apparition des premiers symptômes positifs et le début d'un traitement approprié – est un facteur pronostique négatif de l'évolution subséquente du trouble ainsi que de la réponse au traitement. Les premières années qui suivent l'apparition du premier épisode jouent un rôle particulièrement critique dans l'évolution de la maladie. Un des objectifs majeurs de la prise en charge par des structures spécialisées est ainsi l'intervention précoce en cas de développement d'un premier épisode psychotique. A l'inverse le retard à la prise en charge peut être associé à un moins bon pronostic. Le retard du diagnostic entraîne un retard dans le traitement et, en fin de compte, une chronicisation de l'évolution de la maladie. La crainte éventuelle d'un diagnostic prématuré et le risque de stigmatisation qui y est associé peuvent ainsi avoir un effet négatif involontaire. Il peut ainsi être indiqué de plutôt poser un premier diagnostic précoce, tout en étant prêt à le réviser si le tableau clinique change ou se précise.

L'inclusion précoce des personnes à risque dans des programmes spécialisés à bas seuil d'accès peut réduire significativement la DUP et ainsi améliorer le pronostic à long terme. De ce fait l'intervention précoce est surtout censée réduire la durée de psychose non traitée.

Bonne réponse 1: E

Bonne réponse 2: E

Référence

- 1 Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2020 Jan;34(1):3–78. 10.1177/026988111988929631829775

Correspondence:
Prof. Dr méd.
Daniele Zullino
Service d'Addictologie
Hôpitaux Universitaires
de Genève
CH-1205 Genève
Daniele.Zullino[at]hcuge.ch