

Psychose émergente : une notion au service de la clinique

Jean Chambry

Pédopsychiatre
GHU Psychiatrie neurosciences, Paris
CIAPA 56 rue Simplon 75018 Paris

Résumé. Quelle est la pertinence de la notion de psychose émergente pour un clinicien. La notion de psychose a été approchée historiquement soit comme un processus continu ou discontinu avec des phases successives soit comme une entité morbide catégorielle figée. La notion de psychose émergente propose un pari sur les diverses évolutions avec leur inflexion positive possible (tant spontanément que grâce aux soins) et de prioriser des soins les plus précoces et les plus efficaces possibles avant de penser le traitement de la chronicité, des suites, séquelles et handicaps... Les notions de vulnérabilité, de prodrome et d'état prémorbide sont désormais de mieux en mieux définies. Cela permet de dégager des dispositifs de prévention et des outils thérapeutiques dans une relation interactive où l'observé n'est pas l'objet de l'observateur, mais toujours un sujet rencontrant un autre, dans une relation organisée.

Mots clés : premier épisode psychotique, adolescent, prévention médicale, psychose émergente

Abstract. Emergent psychosis : A concept that serves clinical practice. How is the concept of emergent psychosis relevant for a clinician? The notion of psychosis has historically been approached either as a continuous or discontinuous process with successive phases, or as a fixed categorical morbid entity. The notion of emergent psychosis wagers that the various evolutions will result in their possible positive inflection (both spontaneously and thanks to care). The priority then is to provide the earliest and most effective care possible before treating the chronicity, effects, aftereffects, and disabilities... Today, the notions of vulnerability, prodrome, and premorbid state are becoming increasingly better defined. As a result, prevention devices and therapeutic tools can be identified in an interactive relationship in which the observed is not the object of the observer, but always a subject meeting another, in an organized relationship.

Keywords: first psychotic episode, adolescent, medical prevention, emergent psychosis

Resumen. Psicosis emergente : una noción al servicio de la clínica ¿ Qué pertinencia tiene la noción de psicosis emergente para un clínico? La noción de psicosis se ha abordado históricamente bien como un proceso continuo o discontinuo con unas fases sucesivas, bien como una entidad mórbida categorial fijada. La noción de psicosis emergente apuesta por las diferentes evoluciones con su inflexión positiva posible (tanto de modo espontáneo como gracias a los cuidados) y priorizar los cuidados más precoces y lo más eficaces posible antes de pensar el tratamiento de la cronicidad, el curso que tiene, las secuelas y deficiencias... Las nociones de vulnerabilidad, prodromo y estado premórbido están desde ahora cada vez mejor definidas. Ello permite concretar unos dispositivos de prevención y herramientas terapéuticas en una relación interactiva en la que el observado ya no es el objeto del observador sino siempre un sujeto en un encuentro con otro, en una relación organizada.

Palabras claves: primer episodio psicótico, adolescente, prevención médica, psicosis emergente

Depuis plusieurs années, la notion de psychose émergente est apparue mais quelle est la pertinence de ce concept pour un clinicien dans la prise en charge de ses patients, et en particulier en pédopsychiatrie ?

Une situation clinique paradigmatique ?

Pour tenter de répondre à cette question, je propose de partir d'un cas clinique. Joël est un jeune homme de 16 ans, hospitalisé en urgence, en psychiatrie adulte sous la contrainte, soumis à l'autorité parentale. Depuis plusieurs semaines, il s'isole dans sa chambre, refuse de se laver, de sortir de la maison. Il se montre très agressif avec ses parents en particulier envers sa mère. Il insulte

Correspondance : J. Chambry
<jean.chambry@ghu-paris.fr>

et menace de violence jusqu'au moment où il agresse sa mère en la frappant. Les pompiers conduisent ce patient qui semble délirant et persécuté aux urgences psychiatriques les plus proches. Ce jeune homme se montre terrifié, il est incurié. En psychiatrie, son agressivité s'amende sous l'effet des antipsychotiques et il est transféré dans une unité pour adolescent afin de stabiliser son état et envisager le projet de suite. Au cours de sa prise en charge, des antécédents sont repérés par l'interrogatoire des parents et du patient. Joël était un enfant en difficulté dans le processus d'autonomisation et d'individuation. Il souffrait d'angoisses de séparation qui ont été source de difficultés de socialisation dès la petite section de maternelle. Il présentait par ailleurs des troubles spécifiques des apprentissages avec un retard du langage oral, un trouble de l'acquisition des coordinations motrices ainsi qu'un trouble déficit de l'attention sans hyperactivité. Joël bénéficie d'une reconnaissance de son handicap et il bénéficie d'aménagements pédagogiques. Son niveau scolaire est correct et il vient d'entrer en seconde générale. Il a peu d'amis, il ne semble pas souffrir de son isolement. Il n'aime pas la nouveauté, montre une certaine psychorigidité. Il a bénéficié depuis la petite enfance de suivis, en CMPP, puis en CMP et en libéral. Au moment de son hospitalisation il n'a plus de suivi depuis 2 ans, car il n'en ressentait plus la nécessité. Les parents sont d'origine basque et sont séparés depuis 10 ans, ils ont gardé de bons contacts. Ainsi, ils ont conservé un appartement familial commun. Ils s'alternent dans l'appartement. Le père est enseignant et s'absente pour son travail du dimanche au jeudi. La mère vit dans son propre appartement quand le père est présent. Joël a un frère aîné qui n'a pas de soucis particuliers. Il vient de quitter le domicile familial. Il existe une bonne relation entre les deux frères.

Lors de son hospitalisation, il n'y a pas de doute sur un diagnostic d'épisode psychotique aigu mais depuis quand ce processus psychotique a-t-il débuté ? Y avait-il des signes précurseurs ? Des stratégies préventives de cette décompensation étaient-elles envisageables ? Les conséquences d'un premier épisode psychotique sont importantes pour un adolescent ou un jeune adulte. En effet, l'expérience d'un épisode psychotique [1] entraîne une cassure majeure dans la trajectoire existentielle du patient et risque de bloquer le développement de la personnalité et de son réseau social. Il entraîne une effraction dans le processus d'adolescence. Pour autant, cette période correspond à la période de construction de l'identité et de l'individualité, de l'émancipation de la famille en préservant les liens avec les parents, de l'établissement d'un réseau social, aux premières expériences de relations intimes, à la finalisation de l'éducation scolaire, au choix d'une trajectoire professionnelle. À cet âge il existe une comorbidité importante avec la consommation de toxiques. Ces jeunes patients ont peu d'expériences avec le système de soins et ont

souvent un sentiment d'invulnérabilité. Ils ont souvent des préjugés négatifs à l'égard de la maladie mentale. Le déni face à la maladie est alors une stratégie pour rejeter les soins qui les confrontent à la dépendance. Ainsi, un premier épisode psychotique majeure le sentiment d'isolement social, favorise un décalage avec ses pairs, une perte d'espoir. Le risque majeur est donc de faciliter un déni de la maladie avec un désengagement des soins.

Approche historique [2]

Avant Kraepelin, Wilhelm Griesinger (1817-1868) introduit la notion de psychose unitaire, Bénédict Augustin Morel (1809-1873) utilisera le terme de démence précoce alors que Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) décrit la notion de folie typique, une maladie évoluant par stade. Émile Kraepelin (1856-1926) affirme le concept de psychose chronique et distingue la psychose maniaco-dépressive de la démence précoce. Il décrit un affaiblissement mental sous quatre formes : forme hétérophrénique, catatonique, délirante paranoïde et paranoïde atténuée. Progressivement, une description évolutive de la maladie est abandonnée au profit d'une description par caractéristiques. Le 24 avril 1908, Eugen Bleuler (1857-1939) introduit le terme de schizophrénie sous la forme d'une pathologie s'exprimant par une scission des fonctions psychiques. Il existe alors une désintégration de la vie psychique et une perte d'unité de la personnalité. Les symptômes fondamentaux sont des perturbations des associations (ou troubles du cours de la pensée), des perturbations de l'affectivité ou ambivalence et un retrait autistique (perte de contact avec la réalité, prédominance de la vie intérieure). D'autres symptômes peuvent s'associer et sont nommés accessoires : hallucinations et idées délirantes. L'épisode aigu est considéré comme l'exacerbation d'une maladie chronique dont les symptômes fondamentaux n'ont pas été repérés. Kurt Schneider (1887-1967) distingue les symptômes de premier rang « qualitativement anormaux », les symptômes de second rang « quantitativement anormaux ».

Adolf Meyer (1866-1950), l'un des fondateurs du DSM va défendre une vision de la maladie mentale comme un système adaptatif, d'où l'importance de la prise en compte de la trajectoire de vie du patient. Ainsi le DSM I (1952) propose le terme de réaction schizophrénique. Le DSM II (1968) définira les notions de schizophrénie latente, schizophrénie simple, schizophrénie schizo-affective, schizophrénie de l'enfant selon une approche catégorielle. Karl Menninger (1893-1990) tente de s'éloigner des descriptions catégorielles au profit des notions de symptômes positifs et négatifs (DSM III/IV). Le DSM 5 affirme la suppression des différentes formes cliniques et défend une cotation de plusieurs dimensions.

Aspect étiopathogénique [2]

Du point de vue des théories étiopathogéniques, la psychanalyse à travers divers auteurs (Freud, Mélanie Klein, Racamier, Lacan) décrit la psychose comme un dispositif adaptatif, nourri par des mécanismes de défense responsable d'une régression narcissique. Des auteurs plus contemporains (Botbol, Golse) proposent de comprendre la psychose comme le résultat de difficultés à se représenter et à maintenir à l'intérieur de soi une représentation du monde englobant ses pulsions instinctuelles, ses objets internes et le moi. Il existe alors une altération des capacités de symbolisation, un désinvestissement massif du corps et des objets internes et une rupture avec la réalité. L'école de Palo Alto propose que la psychose soit une réponse adaptative secondaire à une communication dysfonctionnelle intrafamiliale. Les théoriciens de l'attachement décrivent les phénomènes psychotiques comme des conséquences possibles d'un attachement insécure. Les neurosciences soutiennent une approche neurodéveloppementale de la schizophrénie en mettant en évidence des anomalies cérébrales structurelles préexistantes et des antécédents prénataux et périnataux. Daniel Weinberger démontre la théorie du double hit. Il existe une atteinte cérébrale précoce statique révélée au moment de la maturation cérébrale de l'adolescence. La génétique montre une héritabilité importante autour de 80 % et les études de jumeaux confirment cette hypothèse mais les découvertes récentes en épigénétique complexifient le modèle.

Notion de vulnérabilité [1]

La notion de vulnérabilité apparaît très tôt avec les travaux de Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) et la description d'un terrain fragile, Kraepelin évoquera la notion de personnalités saisissantes et Sandor Rado (1890-1972) affirme l'existence d'un phénotype schizophrénique nommé schizotype. Ce phénotype regroupe une forte composante d'anhédonie avec un défaut de « la force motivationnelle du plaisir » et une propension à une distorsion de la conscience du soi corporel, le « trouble diathésique de la proprioception ». C'est le résultat d'une interaction entre un certain type d'environnement et un certain type de patrimoine génétique. Bleuler utilise le terme de schizoïdie. Kretschmer décrit cela comme une forme intermédiaire « entre le morbide et le normal », ou alors une « forme morbide avortée ». Il existe chez ses patients une présentation paradoxale avec une anesthésie émotionnelle et une hypersensibilité intérieure. Paul E. Meehl (1920-2003) définit la schizotypie comme une résultante d'interactions entre « l'apprentissage relationnel » et des facteurs génétiques provoquant des troubles neurobiologiques spécifiques, des défauts d'intégration

neuronale, d'origine probablement génétique, dit schizotaxie. C'est l'environnement qui entraîne le passage vers le schizotype puis le stress qui poursuit l'évolution vers la schizophrénie. Actuellement c'est le modèle bio-psychosocial de Ciompi qui est la référence la plus documentée.

Il est actuellement raisonnable de penser qu'il existe une véritable phase prémorbide qui peut être repérée lors de l'association d'un trouble oppositionnel avec provocation, d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H), de troubles anxieux et/ou dépressifs, des difficultés d'ajustement social (sujet plus agressif, perturbateur, ou en retrait que ses pairs dans le milieu scolaire), des difficultés cognitives : troubles de l'attention, troubles mnésiques, troubles des fonctions exécutives, des troubles de la motricité fine ainsi que des retards au franchissement des étapes du développement (continence, marche, position assise), des troubles de la coordination (anomalies des séquences de mouvements complexes, alternatifs ou séquentiels, des réflexes développementaux). Du côté de la pédopsychiatrie, il y a eu peu d'études sur les liens entre les pathologies dites psychoses infantiles et la schizophrénie et il serait intéressant de reprendre les concepts de prépsychose développés par Lebovici et Diatkine et celui de dysharmonie évolutive ou de pathologie limite de Misès et d'en étudier la pertinence en tant que terrain prémorbide à la schizophrénie.

Mac Gorry [3] démontre la pertinence du modèle du *staging* (tableau 1). Il décrit une phase prodromale qui comporte des modifications comportementales et fonctionnelles sans les critères diagnostiques de psychoses et qui peut durer un an ou deux ; une phase aiguë rassemblant la période des symptômes francs et invalidant et une phase de rétablissement avec risque de rechute. À la lueur de ces travaux, il est possible d'envisager des stratégies de prévention. On distingue la prévention primaire qui vise à diminuer le taux d'incidence de la maladie en identifiant les facteurs de risque ou des prodromes, la prévention secondaire qui tend à diminuer la prévalence en diminuant la durée de la maladie et la prévention tertiaire qui cherche à diminuer les conséquences de la maladie au niveau social, familial et professionnel.

Notion de prodrome [4]

Dans cette perspective, revenons sur la notion de prodrome, c'est-à-dire sur les signes avant-coureurs de la maladie. En 1908, Kraepelin propose les signes prémonitoires de la schizophrénie sous la forme de légères modifications de la vie émotionnelle, une irritabilité, une perte d'intérêt, une hyperactivité et une baisse de concentration. En 1938, Cameron définit des symptômes non spécifiques initiaux : type hyperactif (cauchemars, agitation, angoisse, insomnie, accès de colère), type hypoactif (introversion, retrait social) et des symptômes

Tableau 1. Modèle du Staging de Mac Gorry.

Stade	Définition	Population cible	Intervention recommandée
0	Risque augmente Aucun symptôme	Apparentés de premier degré de personnes malades	Éducation et information (drogues) Promotion de la santé
1a	Symptômes aspécifiques Déclin fonctionnel modeste	Personnes demandeuses de soins, adressage par les médecins généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
1b	UHR Déclin fonctionnel	Personnes demandeuses de soins, adressage par les médecins généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
2	Premier épisode	Personnes demandeuses de soins, adressage par les médecins généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues, traitement antipsychotique atypique

spécifiques : manifestations idéatives (sentiment d'être observé, que les autres sont mal intentionnés à son égard), manifestations somatiques (altérations du vécu corporel, réactions psychosomatiques). Cette notion de prodrome apparaît dans le DSM III-R sous la pression des travaux de Chapman en 1966 mais elle disparaît en 1987 car jugé non suffisamment spécifique. Klostertkotter affirme l'existence de symptômes de base selon une approche phénoménologique en 6 catégories : déficiences dynamiques (incapacité à discriminer différents types d'émotions), troubles de la cognition, perturbations de la perception et de l'action, cénesthésies, troubles végétatifs centraux, stratégies de *coping*. Ce ne sont pas des symptômes psychotiques atténués mais des facteurs prédictifs de l'émergence future d'un trouble psychotique. McGorry à Melbourne en 1994 et Miller et Mac Glashan à Yale en 1999 définissent des états mentaux à risque de psychose. Il existe trois groupes distincts. Le premier groupe est constitué de sujets présentant une vulnérabilité, c'est-à-dire ayant un trouble de la personnalité de type schizotypique ou ayant un parent du premier degré souffrant d'un trouble psychotique, et une diminution de leur niveau global de fonctionnement définie par une réduction de 30 % du score de la GAF (*Global Assessment of Functioning*) persistant pendant au moins 1 mois au cours de la dernière année mais depuis moins de 5 ans. Le second groupe rassemble des sujets présentant des troubles psychotiques atténués soit par leur intensité, soit par leur fréquence. Les symptômes doivent être présents au cours de la dernière année et exister depuis moins de 5 ans. Enfin le dernier groupe est composé de sujets présentant des symptômes psychotiques limités, intermittents et brefs (blips [*brief limited intermittent psychotic symptoms*]). Chaque épisode dure moins d'une semaine et les symptômes disparaissent spontanément à chaque occasion. Les symptômes doivent être présents au cours de la dernière année et depuis moins de 5 ans.

Quelles stratégies ? [5]

Ainsi, il est très important de mettre en place des interventions précoces. Il faut détecter le trouble le plus tôt possible afin d'améliorer le pronostic voire d'éviter l'entrée dans la pathologie schizophrénique. Il est important de faciliter la prise en charge des premières années de psychose chez les sujets qui ont développé la maladie et réduire la durée de psychose non traitée. Cela nécessite une évaluation multidisciplinaire pour définir une stratégie adaptée au sujet et à son environnement en préservant ou en rétablissant l'insertion dans le milieu et dans sa trajectoire de vie. Les psychotropes sont limités à traiter ce qui est visible : dépression, anxiété. Il n'existe pas d'efficacité démontrée de molécules sur la réduction du taux de transition vers la psychose des sujets à risque. Les interventions thérapeutiques recommandées et validées comprennent des psychothérapies cognitivo-comportementales, la psychoéducation de la famille, des soutiens sociaux dynamiques. Enfin il a été démontré que le processus psychotique entraîne une dégradation fonctionnelle sur le plan cognitif [6] avec altération faible ou modérée de l'efficacité intellectuelle (fonctions exécutives, mémoire épisodique verbale, mémoire visuelle, mémoire de travail, trouble de l'attention, difficultés de fluences verbales), troubles des cognitions sociales (capacités de perception, d'interprétation et de traitement des informations perçues dans un contexte social), troubles de la métacognition (capacités à pouvoir prendre le recul de penser à propos de sa pensée). Il est donc pertinent de développer précocement des dispositifs de remédiations cognitives.

Retour sur le cas clinique

Joël est resté un an dans le service d'hospitalisation avec des sorties progressives. Il a bénéficié d'entretiens individuels hebdomadaires, entretiens familiaux hebdo-

madaires centrés sur les notions de diagnostic et d'éducation thérapeutique, de possibilités thérapeutiques. À sa sortie de l'hôpital, Joël a pu bénéficier d'une rescolarisation progressive en seconde générale avec un programme de remédiation cognitive associé à la poursuite d'entretiens médicaux et des entretiens infirmiers individuels hebdomadaires. La question reste ouverte de savoir si une prise en charge plus précoce aurait permis d'éviter cette décompensation.

Conclusion [7]

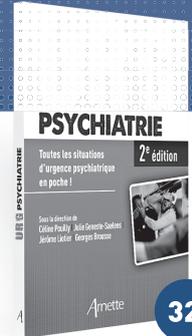
Pour conclure cet article, je propose de citer ici les propos de Suzanne Parizot décrivant la notion de psychose émergente. La notion de psychose émergente permet une approche clinique, au plus près de l'observation quotidienne s'affranchissant des classifications actuelles. Elle permet d'établir un pari sur les diverses évolutions avec leur inflexion positive possible (tant spontanément que grâce aux soins) et de prioriser des soins les plus précoces et les plus efficaces possibles avant de penser le traitement de la chronicité, des suites, séquelles et handicaps. . . Ce pari est lié à une promesse : la volonté d'être présents précocement comme soignants, prêts à intervenir par des soins appropriés pour prévenir une évolution défavorable vers une psychose au long cours. Pour tenir cette « promesse », il faut, d'une part reconnaître, le plus en amont possible, ces symptômes qui risquent de « mal » tourner, d'autre part, se démarquer du modèle « centre de dépistage » qui induirait rapidement une nouvelle stigmatisation du

sujet dans une nouvelle catégorie diagnostique, annihilant le pari d'une intervention positive sur l'évolution. Il faut développer une pratique mais reconnaître un « trouble » est une relation interactive où l'observé n'est pas l'objet de l'observateur, mais toujours un sujet rencontrant un autre, dans une relation organisée (voire, en l'occurrence, sérieusement secouée) par cette « découverte » souvent bouleversante. . . En d'autres termes, il faut renoncer au déterminisme au profit du devenir car comme le dit F. Ansermet, « l'être humain est un être biologiquement déterminé pour ne pas l'être ».

Liens d'intérêt l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Conus P. Premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux ? *L'information psychiatrique* 2018 ; 94 : 301-6.
2. Oppetit A. Psychose émergente chez l'adolescent et le jeune adulte : l'accès aux soins en question : À partir des données du centre pilote français de détection et d'intervention précoces. [Thèse de médecine, université de Paris Descartes]. Paris, 2016.
3. McGorry PD, Edwards J, Minalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC : an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996 ; 22 : 305-26.
4. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis post and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996 ; 22 : 353-70.
5. Conus P. Intervention précoce dans les troubles psychotiques : faut-il encore douter ? *L'information psychiatrique* 2017 ; 93 : 775-6.
6. Bernardin F, Mignot T, Schwan R, Laprevote V. Prise en charge neuropsychologique des patients présentant un état mental à risque de psychose. *L'information psychiatrique* 2017 ; 93 : 704-8.
7. Parizot S. Les psychoses émergentes, pari promesses, projet. *L'information psychiatrique* 2009 ; 85 : 401-4.



PSYCHIATRIE
Toutes les situations d'urgence psychiatrique en poche !
2^e édition
Amette

32€

URG' PSYCHIATRIE

TOUTES LES SITUATIONS D'URGENCE PSYCHIATRIQUE EN POCHE !

Cette deuxième édition enrichie et actualisée répond au besoin d'uniformiser la prise en charge de situations d'urgence psychiatrique souvent complexes en tenant compte des **évolutions réglementaires et des recommandations officielles.**

URG' psychiatrie aborde **toutes les situations d'urgence** rencontrées (aiguës, selon le terrain et liées aux pathologies addictives). Il propose une **appréciation immédiate par situation clinique** et délivre les justes **conduites à tenir, diagnostiques et thérapeutiques.**

2^e édition

COORDONNATEURS

- Céline Pouilly
- Julie Geneste-Saelens
- Jérôme Liotier
- Georges Brousse

Collection URG'

- Mars 2017
- 13 x 18 cm / 200 pages
- ISBN : 978-2-7184-1441-6

EN SAVOIR +



Tous les ouvrages de la collection sont disponibles sur www.jle.com

Amette

John Libbey
EUROTEXT