

# Dépistage de problèmes de santé mentale chez les jeunes (15-30 ans)

Formation croisée 1er juin 2011

Anne Wittevrongel, M.Ps., Jean-François Bélair, M.D., FRCPC

Douglas, Institut universitaire en santé mentale



# Les sx varient-ils en fonction de l'âge?

- Pratiquement les mêmes pour ado-adulte
- Recoupement Normal-Anormal + marqué chez l'ado
- Ne pas sous-estimer l'impact fonctionnel
- Début insidieux vs abrupt



# Reconnaissance du trouble et démarche d'aide

- Moins de connaissances psy acquises
- Invulnérable?
- Besoin d'appartenance sociale et stigma
- Peur/mépris du monde adulte vs attrait de la marginalité
- L'ado a eu moins de temps pour apprendre de l'expérience du trouble
- Les symptômes ont-ils un sexe

# Trouble ou passage

- Degré et durée d'atteinte fonctionnelle?
- Atteinte à la qualité de vie?
- Degré de détresse émotionnelle?
- Vulnérabilité accrue au stress
- Simple dysfonctionnement attribuable à la consommation???
- Variations normales en fonction du temps? vs cours épisodique récurrent associé à maladie

# Accompagnement dans le processus de compréhension-motivation

- Reprendre les «mots» du jeune
- Piège de l'approche « textbook » en lien avec stigma
- Normalisation de certains aspects de l'expérience des symptômes pour faciliter l'acceptation et l'adhésion au processus thérapeutique



# Accompagnement dans le processus de compréhension-motivation...

- Guider l'exploration de solutions (familiarité avec le réseau, contacts personnalisés, présence rassurante)
- Accompagnement et facilitation

VS

Rôle d'autorité ou d'expert

# Signaux d'alarme

- En se fondant sur l'entrevue clinique et l'examen rigoureux des symptômes ou au besoin à l'aide de questionnaires standardisés spécifiques, le clinicien en psychiatrie établira s'il y a ou non présence d'un trouble psychiatrique
- Autant que possible, il est préférable d'obtenir des informations collatérales (famille et amis, intervenants scolaires ou du réseau de la santé, intervenants relevant du système judiciaire ou de la protection de la jeunesse
- Rappel au patient (et à nous par le fait même) que le diagnostic n'est pas une boîte où l'on enferme le patient et l'inhibe dans sa possibilité d'évoluer avec ses mécanismes d'adaptation et de créativité



# Troubles anxieux: Facteurs de risques accrus

- Inhibition comportementale
- Biais attentionnel
- Surprotection parentale
- Problème d'Attachement
- Évènement traumatique

# Types de troubles anxieux

Chez l'enfant, l'ado et l'adulte

- Mutisme sélectif
- Anxiété de séparation
- Trouble panique avec ou sans agoraphobie
- Phobie sociale
- Phobie spécifique
- Trouble obsessionnel-compulsif (hypocondrie?)
- Trouble de stress post-traumatique
- Trouble d'anxiété généralisée

# Trouble Panique avec ou sans Agoraphobie

- Trouble Panique :
  - Attaque Panique (palpitations, transpiration, étouffement, nausée, étourdissement, tremblements, etc..)
  - Crainte face aux attaques ou face aux implications d'une autre attaque
- Agoraphobie :
  - Peur d'être coincé ou d'être insécure. Ces situations peuvent inclure: autobus, métro, centres d'achats, les ponts ou simplement le fait d'être loin de la maison



# Phobie Sociale

*“le mal des opportunités perdues”*

- Peur de situations sociales où nous pourrions être jugés. (Ex. Discours public, parler, manger de la soupe ou signer des chèques devant des gens, peur de rougir, peur de transpirer, etc...)

# Trouble de Stress Post-Traumatique

- La personne a expérimenté ou a été témoin d'un événement traumatisant
- L'événement est ré-expérimenté de façon persistente (i.e. souvenirs ou flash-back récurrents, rêves et cauchemars, etc..)
- Il y a un évitement persistant de ce qui peut rappeler l'événement ou un engourdissement de la réponse

# Trouble d'Anxiété Généralisée

- Anxiété et préoccupation excessives.
- La personne a de la difficulté à contrôler sa préoccupation.
- L'anxiété n'est pas centrée sur un aspect particulier.



# Données épidémiologiques pour les adolescents:

- Tb anxiété séparation 2,4%
- Tb anxiété généralisée 2 - 4%
- Phobies spécifiques 2,5 - 4,5%
- Phobie sociale 4%
- TOC 0,6% - 1,2%
- Tb panique 0,6 - 10,5%
- TSPT 3,5 - 6,5%

# Conditions comorbides

- Autres troubles anxieux
- Troubles dépressifs
- Troubles disruptifs (Tb opp.-défiant, Tb des conduites, TDAH)
- Troubles d'abus de substances
- Traits de troubles de personnalité
- Troubles alimentaires, trouble de dysmorphisme corporel, trichotillomanie
- Troubles de tics
- Troubles psychotiques

# Facteurs déterminant le besoin d'intervention thérapeutique:

- Atteinte à la capacité fonctionnelle (scolaire, occupationnelle et relationnelle)
- L'étendue et l'impact des comportements d'évitement phobiques
- Présence d'anxiété et de détresse intense de façon répétée
- Perte de jouissance de vie (agitation, fatigue, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire, insomnie)



# L'adolescent avec trouble anxieux sévère:

- Avec refus scolaire:
  - considérer signalement DPJ
- Évaluer dangerosité pour soi /autrui
- R/O dépression majeure, R/O psychose



# Trouble psychotique: Épidémiologie

- Sexe: ♂ > ♀
- Âge:
  - Pic vers la fin de l'adolescence et chez le jeune adulte
  - Un peu plus tôt chez ♂ que ♀



# Un trouble fréquent?

- De 1 à 2 pour 100 personnes de la population générale développera un trouble psychotique à un moment de leur vie
- Chaque année 20-25 personnes sur une population de 100,000 développeront cette maladie pour la 1ère fois (estimé à 600-750 nouveaux cas chaque année pour le Montréal métropolitain)
- Plus commun plus commun que la Sclérose en Plaques ou que le Diabète Juvenil

# Prévalence / Schizophrénie:

- 0-12 ans : 1/10,000 enfants
- 12-14 ans: 1/1,000
- 16-18 ans: 0,25/100 (ou 4/1,000)
- $\geq 25$  ans: 1/100

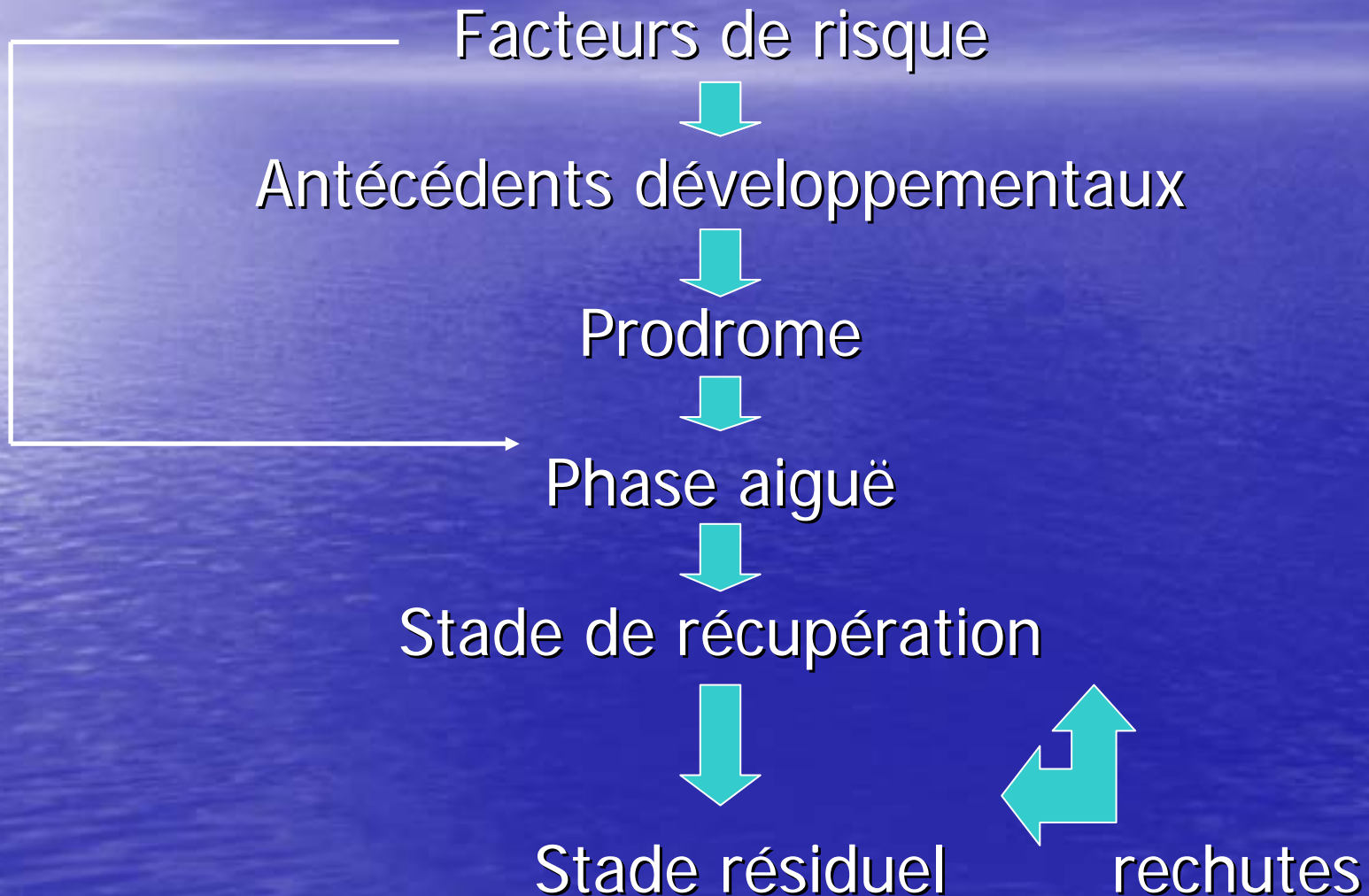
# Troubles psychotiques incluent:

- Schizophrénie
- Trouble psychotique induit par les substances
- Épisode psychotique bref
- Trouble schizophréniforme
- Trouble schizoaffectif
- Trouble affectif bipolaire avec psychose
- Trouble psychotique NOS

Un diagnostic plus fiable pourra être validé en fonction de l'évolution des symptômes au fil du temps



# Stades d'évolution trouble de psychose



# Dépistage et intervention précoce

- Importance de la durée de la psychose non-traitée (DPI)
- La DPI est un prédicteur indépendant du taux et du niveau de rémission et du problème avec le test de la réalité un an après le début des symptômes
- Opportunité en or pour une intervention précoce avant plus ample cristallisation des délires, de l'évitement social et de l'acceptation passive des symptômes et des déficits

# EFFET DE LA MÉDICATION

- Excellente réponse dans le 1er épisode de psychose (75-85%) dès le 1er essai
- Deux tiers (66%) des individus ira mieux après 3 mois
- Faibles doses de Rx requises à ce stade



# Buts de nos interventions

- Communiquer une attitude informée et optimiste
- Offrir des services thérapeutiques en complémentarité avec nos partenaires du réseau
- Faciliter l'accès aux services de réadaptation dans la communauté
- Minimiser le stigma

# Rétablissement après le 1er épisode de psychose

- Rétablissement possible pour près de **80%** en un an et près de **90%** en deux ans s'ils adhèrent au traitement
  - Meilleure évolution si le traitement est débuté précocément

# Rester bien après l'épisode psychotique

- 1ers 6 mois, 4X plus de rechutes chez les pts qui interrompent les médicaments AP
- AP cessés après 2 ans: 1/3 restent bien
- Proportion de non-hospit. après 3 ans:
  - Sous inj. AP: 2/3
  - Sous AP oraux:.....1/3
  - AP cessés:.....1/5



# Psychose secondaire à la prise de drogues



- Bilan physique / management selon résultats et condition du pt
- Traiter les sx aigus dans hôpital général; antipsychotiques de deuxième génération
- Place de l'approche motivationnelle pour « réduction des méfaits »
- Transfert à l'urgence d'un hôpital psychiatrique si la psychose persiste malgré le traitement

# CE QUI AIDE LE RÉTABLISSEMENT?

- Dépistage précoce et traitement
- Adhérence au traitement
- Bonne réponse à la médication
- Réduire/cesser consommation de substances
- Niveau de fonctionnement antérieur
- Familles éduquées quant à la psychose

# Limites

- Accessibilité
- Âge: avant 14 ans vs 14 et plus; lois relatives à la confidentialité de l'information livrée par le client
- Obligation de fréquentation scolaire ad 16 ans; DPJ?
- Dangereusité pour soi ou autrui; garde en milieu hospitalier
- Référence par un médecin de famille
- Suivi de la demande de consultation
- Délais avant consultation
- Suivi des opinions Dx et des recommandations
- Collaboration des clients, efficacité du travail en réseau



