



Consortium canadien
**d'intervention précoce
pour la psychose**

Trouble d'usage de substances et premier épisode psychotique



Clairéline Ouellet-Plamondon, MD, MSc, FRCPC

Médecin psychiatre au CHUM

Clinique Jeunes Adultes Psychotiques et Unité de psychiatrie des toxicomanies

Conflit d'intérêt

- Aucun
- Honoraire du CCEIP pour cette conférence remis à l'organisme à but non lucratif
Face aux vents



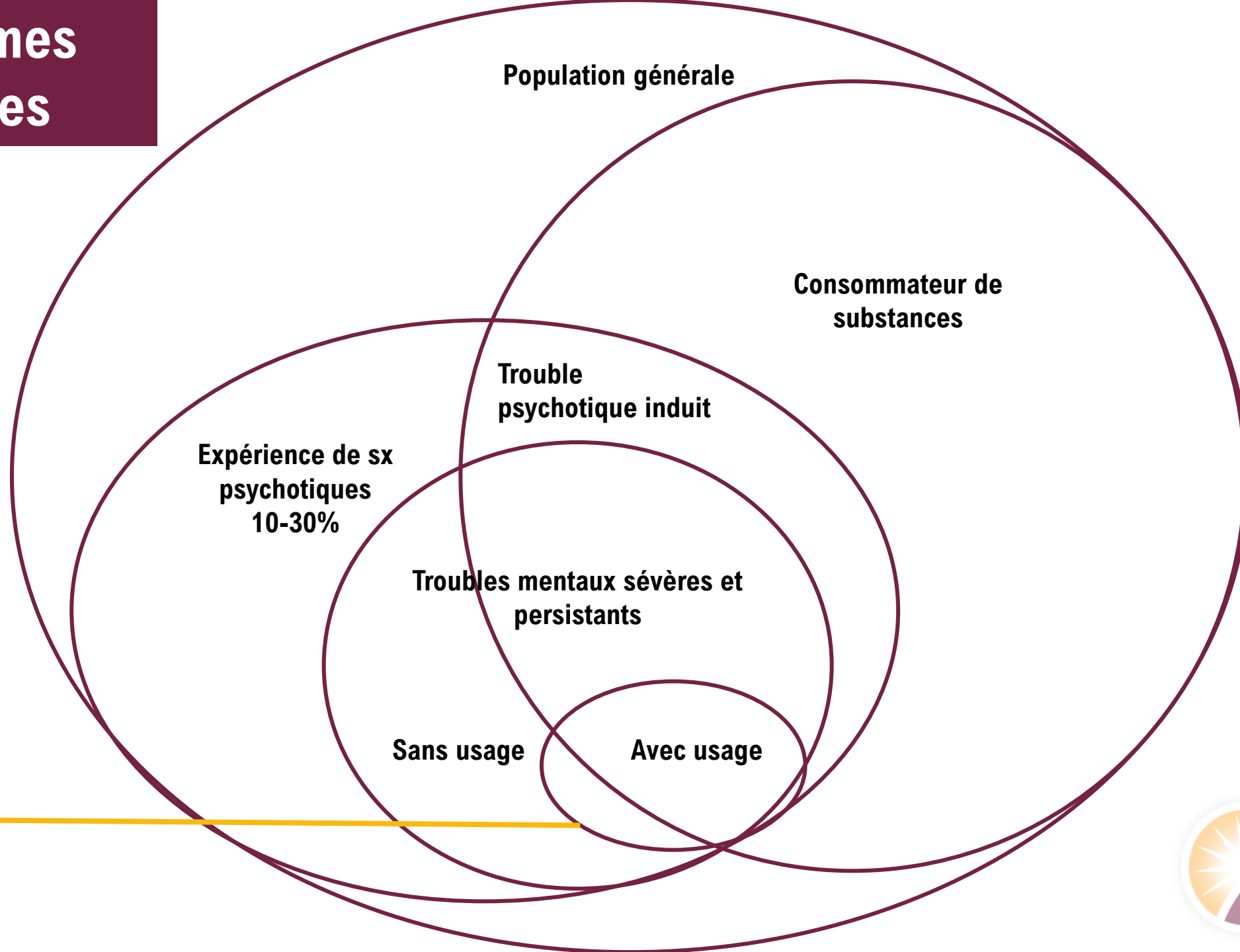
Objectifs

- Connaitre le lien et les impacts de l'usage de substances sur le développement et le maintien des symptômes psychotiques
- À partir d'une vignette clinique,
 - Discuter du trouble psychotique induit versus trouble psychotique primaire et de sa prise en charge
- Discuter des interventions thérapeutiques pour le trouble concomitant (trouble d'usage de substances (TUS) et premier épisode psychotique (PEP))



Connaitre le lien et les impacts de l'usage de substances sur le développement et le maintien des symptômes psychotiques

Les symptômes psychotiques



PEP + TUS à l'admission 59%
(Abdel-Baki et al, 2017)



Quelle est la substance la plus à risque quant au développement d'un trouble psychotique?

- a) Tabac
- b) Alcool
- c) Cannabis
- d) Cocaïne
- e) Amphétamines
- f) Opiacés



De trouble psychotique induit à trouble psychotique primaire

- Taux de conversion schizo ou bipolaire : **32,2%**
 - 26,0% schizo, 8,4% bipolaire
- Trouble chronique initialement induit par :
 - **Cannabis: 47,4%**
 - Mixte: 35,0%
 - Amphétamines: 32,3%
 - Hallucinogènes : 27,8%
 - Alcool: 22,1%
 - Opiacés: 20,9%
 - Cocaïne: 20,2%
 - Sédatif: 19,9%

Revue trouble induit
amphétamines à trouble
psychotique primaire :
22 à 33 %
(Bramness et Rognli, 2016)



Usage de substances VS trouble

Cannabis

- Au cours des 12 derniers mois (Enquête canadienne sur le cannabis, 2020)
 - H 31% F 23%
 - 16-19 ans : 44%
 - 20-24 ans : 52%
 - 25+ : 24%
 - Moins d'un jour par mois 35% ----- tous les jours 18%
- Trouble de l'usage de cannabis (TUC)
 - Population générale : environ 9-10% (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017)
 - PEP : 43% (Abdel-Baki et al, 2017)



Risque de trouble psychotique et cannabis

- Comparé à ceux qui n'ont jamais pris de cannabis : **avoir déjà consommé OR 1.41**, usage fréquent OR 2.09 (Moore et al, 2007)
- Il semble y avoir un effet **dose-réponse** avec risque allant jusqu'à 3,9 (**OR 3,90**) pour un usage quotidien (Marconi et al, 2016)
- **Usage quotidien OR 3.2** comparé à n'avoir jamais pris de cannabis
- **Haut taux THC (10%+) OR 4.8** (DiForti et al, 2019)
- Cannabis associé à un début précoce : **2.7 ans plus tôt**, et peut déclencher une psychose (Large et al, 2014)



Risque de psychose et stimulants

- 13-25 ans sous methylphenidate ou **amphétamines** (1:660) (Moran et al., 2019)
- Facteurs de risque de psychose chez utilisateurs de methamphétamines :
 - Qt, fréquence d'usage et sévérité de la dépendance : 3-11 fois + risque
 - Poly toxicomanie, surtout dépendance alcool et usage fréquent cannabis
 - Pas de facteurs socio-démographiques liés
 - Pas consistant : durée, âge début



Trouble psychotique + TUS : conséquences

Associé à un mauvais pronostic

- Psychopathologie plus sévère (Faridi et al., 2012)
- Plus de sx positifs (Harrison et al., 2008)
- Plus haut taux de rechute (Malla et al., 2008; Wade et al., 2007)
- Pire pour TUS multiple et TU stimulants (amphétamines, cocaïne) (Ouellet-Plamondon et al., 2017)

Le mal est fait?



Si la consommation est cessée...

- Amélioration du pronostic
 - Plus d'emploi/ études, meilleur fonctionnement social, moins de sx positifs (Abdel-Baki et al, 2017)
- Arrêt cannabis vs poursuite :
 - Moins de rechute, hospitalisation plus courte, moins de sx positifs (Schoeler et al, 2016)



Quelle est la substance qui coûte le plus cher à la société canadienne?

- a) Tabac
- b) Alcool
- c) Cannabis
- d) Cocaïne
- e) Amphétamines
- f) Opiacés

Tabac + Alcool = 63% des couts
66 000 décès évitable en 2017

Crise des opioïdes : plus de 5 000 décès attribuables
aux opioïdes ont été enregistrés en 2017

46 milliards par année
Plus de 1200\$/canadien

[Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada
\(2015-2017\)](#)



**Discuter du trouble psychotique induit versus
trouble psychotique primaire et de sa prise en
charge**

Philip

- 20aine, origine des Caraïbes, au Qc depuis plus de 6 ans, marié, sans occupation, épouse subvenant à ses besoins.
- Consommateur de cannabis de longue date, environ 2g par jour
- PEP
 - 1^{er} contact via hospitalisation 1 semaine
 - Hallucinations auditives à contenu mandatoire et paranoïa depuis quelques jours
 - Augmentation depuis 1-2 semaines de sa consommation de cannabis (stresseur relationnel)
 - Traitement risperidone 2mg hs, rapidement amélioré
 - Il ne présente plus de sx au congé mais plusieurs e.s : engourdissement (*numb*), sexuels, prise de poids, ronflement accentué



Psychose induite vs primaire?

- Âge de la personne
- Chronologie conso - sx détaillée
- Durée des sx à l'arrêt de la consommation
- Évolution
- Intensité
- Type de sx (typique de la substance?)
- Info collatérale et antécédents familiaux
- Détérioration du fctnement?



Philip (suite)

Psychose induite vs primaire?

- Que fait-on?
 - a) On maintient le médicament 18 mois tel que recommandé par les lignes directrices canadiennes avant d'envisager un changement?
 - b) On change de médicament pour une molécule qui aurait moins d'effets secondaires?
 - c) On tente un sevrage graduel de la risperidone, suivant la probabilité que le trouble est induit et non primaire?



Philip (suite)

- Importance de la décision concertée, la personne atteinte est au cœur de son traitement
 - Éducation psychologique auprès du jeune homme et de ses proches
 - Individuel et couple
 - Groupe proches et groupes éducation psychologique pour le jeune proposés (non participation)
 - Discussion de la balance des bénéfices vs risques vs e.s.
 - Discussion du traitement global à la suite d'un PEP : médication, traitement psychologique, projet occupationnel et vocationnel, santé globale incluant les saines habitudes de vie



Philip (suite)

- 1ere année de suivi sans récédive ni conso :
 - Diminution graduelle de la médication visant l'arrêt complet souhaité par Philip
 - Risperidone 0,25mg + PRN à 1 an
- Suivi
 - Enseignement des signes avant-coureurs de rechute au jeune et à son épouse
 - Travail sur saines habitudes de vie
 - Encouragement suivi avec pair-aidant, groupe kinésio à distance 3 fois /semaine, groupe sport (mais difficile d'y aller...)
 - Prévention de la rechute pour l'usage de cannabis
 - Travail sur le problème actuel : l'anxiété sociale incapacitante



Philip (suite)

- 2^e année de suivi
 - Rechute (stresseur relationnel et décès d'un proche)
 - Hospitalisation 1 mois
 - Hallucinations auditives à l'avant-plan
 - Traitement : changement pour abilify 30mg die + olanzapine 20mg hs + trazodone 100mg hs
 - Disparition graduelle des sx résiduels sur 2 mois
 - Santé globale
 - Sx apnée du sommeil : consultation clinique du sommeil
 - Ajout metformin pour prise de poids liée aux AP
 - Encouragement et support pour activités physiques et saines habitudes de vie
 - Rencontre familiale avec la mère du jeune



Philip (suite)

- 3^e année de suivi
 - Abilify per os en monotx
 - Peur du pt de diminuer les AP VS pression de l'épouse de le faire
 - Sx
 - Aucun psychotique. Anxiété en amélioration avec expo graduelle
 - Santé globale
 - Sx apnée du sommeil : CPAP
 - Metformin
 - Encouragement et support pour activités physiques et saines habitudes de vie : outreach avec pair-aidant
 - Continuer objectifs d'exposition graduelle
 - Préparation au transfert, équipe 2^e ligne



Psychose induite vs primaire?

- Transition d'induit à primaire significatif
 - Importance de suivre ces patients
 - 50% risque vs 50% chance de ne pas développer de trouble...
 - Importance de bien informer les personnes atteintes d'un PEP concomitant à l'usage de substances et de les accompagner dans leur décision et leur parcours



Psychose induite vs primaire? Plan de tx intégré

- Bio
 - Traiter comme trouble primaire, arrêt sous supervision médicale
- Psycho
 - Éducation psychologique
 - Techniques entretien motivationnel et approche cognitivo-comportementale adaptées au stade de changement
 - Enjeux liés à la crise/ situation
 - Travail d'équipe : psychiatre / intervenant pivot / pair-aidant / CRD
- Social
 - Impliquer le réseau si possible + psychoéducation
 - Hébergement ok?
- Réduction des méfaits
 - Réduire consommation, autres substances, environnement sécuritaire
 - Dépistage itss, etc.



**Discuter des interventions thérapeutiques
pour le trouble concomitant (premier épisode
psychotique et TUS)**

TUS et psychose... différentes trajectoires

- *Travis* ----- Psychose induite
- *Michelle* ----- Psychose induite qui se chronicise par consommation perpétuelle
- *Sonia* ----- Trouble primaire avec pronostic favorable + TUS, rechutes par toujours en lien avec la consommation
- *Mélissa / Igor* ----- Trouble primaire avec pronostic mitigé + TUS variable en cours du suivi, un enjeu par période
- *Paule / Zac* ----- Trouble primaire avec impact significatif du TUS : frein principal au rétablissement
- *Aline / Stéphane* ----- Trouble primaire avec impact significatif du TUS : impasse



Interventions psychosociales

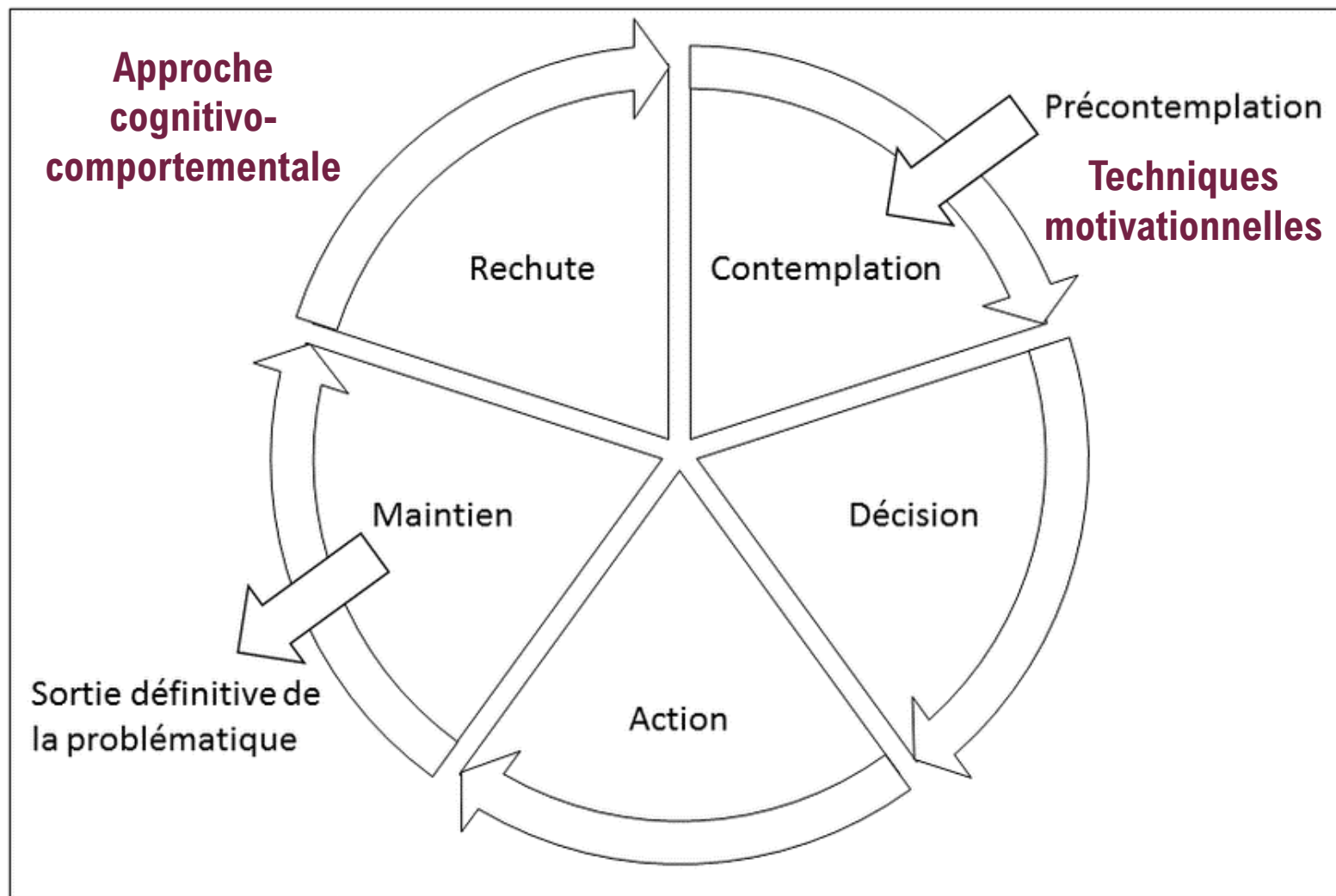
Aucune n'a démontré de supériorité dans les études p/r suivi en clinique PEP :
diminution de 50% des TUS dans la 1^{ère} année de suivi

Peu d'études

Limites méthodologiques



Stades du changement



Éducation psychologique

- Aborder l'info la plus pertinente pour la personne
- Ex cannabis : risque cognition, amotivation, fœtus, conduite auto, etc...
 - Dossier Cannabis santé INSPQ <https://www.inspq.qc.ca/cannabis>

Sources d'info fiable :

INSPQ : Dossier cannabis et santé, dossier alcool et santé

Santé Canada

Recommandations canadiennes pour l'usage de cannabis à moindre risque

INESSS : sevrage d'alcool et prévention de la rechute

CAMH

AQPPEP

Premierepisode.ca

Cannabisandpsychosis.ca

Application Drogues et nouvelles tendances de la GRC



Esprit motivationnel

- Objectif : encourager le changement de comportement en aidant à explorer et à résoudre l'ambivalence face au changement (Miller et Rollnick, 1991)
 - Exprimer l'empathie
 - Développer la discordance entre le vécu et les valeurs et objectifs personnels
 - Supporter l'efficacité personnelle
 - Danser avec la *résistance*
 - Éviter la confrontation directe
 - Proposer sans imposer
 - Se servir de l'émergence de la résistance pour modifier sa stratégie d'intervention
 - Être à l'écoute du langage de changement
 - Doit venir de la personne (liberté de choix, autonomie), mais on peut l'aider à le développer.



Entretien motivationnel

- Importance
 - Si ce changement était facile, quelle serait l'importance de faire ce changement maintenant, de 0 à 10?
- Confiance
 - Si tu décidais de faire ce changement maintenant, quel serait ton niveau de confiance d'y arriver, de 0 à 10?
 - Que manque-t-il pour gagner un point?
 - Qu'est-ce qui peut aider?



Pharmacologie

Antipsychotique injectable = moins de rechute et d'hospitalisation et augmentation du délai avant celles-ci

Clozapine pourrait avoir un avantage

Traiter les troubles d'usage de substances

tabac

alcool

opiacés

Kit naloxone pour tous!



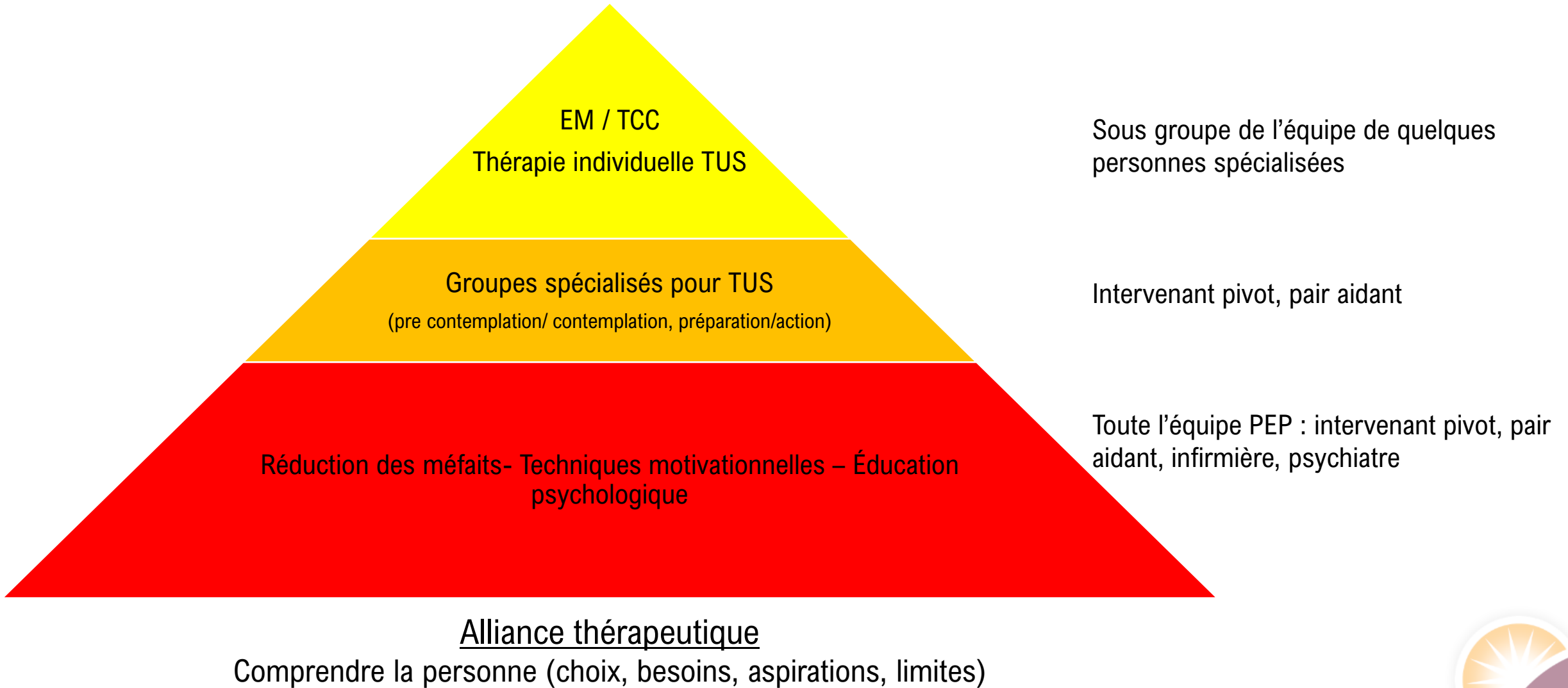
Guides de pratique

Traitement intégré et adapté au trouble concomitant

- *Case management*
- Évaluation détaillée et rétroaction p/r TUS et psychose
- Réduction des méfaits
- Entretien motivationnel / Thérapie cognitivo-comportementale : adapté au stade de changement
- Pharmacothérapie
- Si dangerosité, considérer l'hospitalisation et/ou la référence dans service de réadaptation pour TUS à long terme
- Offrir des interventions sensibles aux aspects culturels



Interventions par étapes pour la toxicomanie



Particularités PEP – TUS : défis et opportunités

- Âge et stade développemental : découverte, plaisir, impulsivité, immaturité
- Circonstances ayant mené au traitement : volontaire ou non
- Usage répandu auprès des pairs : souvent normalisé dans l'entourage, socialisation
- Difficultés cognitives secondaires : moins présentes début parcours
- Réseau + présent mais détresse souvent élevée de la famille



En conclusion

- Le trouble concomitant est très prévalent et associé à un moins bon pronostic mais une amélioration est notable lors de l'arrêt de la consommation
- Les troubles psychotiques induits doivent être pris au sérieux comme ils peuvent être précurseurs d'un trouble sévère
 - Adapter l'approche et le suivi en conséquence
- Un traitement intégré, suivant le stade de changement de la personne et la sévérité des troubles est à préconiser

