Document généré le 18 juil. 2025 07:01

Santé mentale au Québec

Détecter et traiter les troubles comorbides aux premiers épisodes psychotiques : un levier pour le rétablissement

Detecting and Treating Comorbid Disorders in First-Episode Psychosis: A Lever for Recovery

Olivier Corbeil, Félix-Antoine Bérubé, Laurence Artaud et Marc-André Roy

Volume 46, numéro 2, automne 2021

Premiers épisodes psychotiques : défis pratiques de l'intervention précoce

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1088187ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1088187ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Corbeil, O., Bérubé, F.-A., Artaud, L. & Roy, M.-A. (2021). Détecter et traiter les troubles comorbides aux premiers épisodes psychotiques : un levier pour le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, *46*(2), 307–330. https://doi.org/10.7202/1088187ar

Résumé de l'article

Objectifs Des comorbidités plus méconnues que les troubles d'utilisation de substance peuvent survenir chez les personnes vivant un premier épisode psychotique (PEP). Le présent article révise l'importance de ces comorbidités par une synthèse de la littérature, éclairée de l'expérience clinique des auteurs.

Méthodes Cinq principaux groupes de comorbidités sont abordés : les troubles anxieux et obsessionnels-compulsifs, la dépression, le trouble de personnalité limite, le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Pour chacun de ces troubles, les données, quant à leur fréquence, leur impact sur le devenir des personnes atteintes, leur détection et leur traitement seront abordées et interprétées à la lumière de l'expérience clinique des auteurs.

Résultats Ces comorbidités ont été relativement négligées par les recherches, encore plus dans le contexte spécifique des PEP. Les données qui sont disponibles suggèrent néanmoins qu'elles sont très fréquentes dans cette population. Par exemple, on estime que la prévalence du trouble d'anxiété sociale pourrait atteindre 50 % et celle du trouble obsessionnel-compulsif 13,6 %. Les manifestations de ces troubles comorbides sont parfois difficiles à dissocier de celles de la maladie ; plusieurs manifestations des psychoses pouvant être rencontrées dans ces troubles comorbides et vice versa. Par exemple, le retrait social parfois rencontré dans les troubles anxieux ou la dépression peut être confondu avec des symptômes négatifs ; les troubles de comportement résultant des croyances délirantes ou de désorganisation du comportement survenant dans la psychose peuvent mener à un diagnostic erroné de trouble de personnalité ; les symptômes psychotiques survenant dans un trouble de personnalité partagent les caractéristiques de ceux survenant dans les troubles psychotiques ; les difficultés cognitives associées à un trouble déficitaire de l'attention peuvent donner le change pour celles liées directement au trouble psychotique. Dans certains cas, le traitement antipsychotique peut contribuer à l'émergence de manifestations de ces troubles comorbides, par exemple, des troubles obsessionnels-compulsifs survenant sous clozapine, ou le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent survenant lors d'un traitement avec un agoniste dopaminergique. Si les traitements de ces comorbidités ont été peu évalués dans le cadre des PEP, les données disponibles et l'expérience clinique suggèrent que les traitements utilisés dans d'autres populations, une fois adaptés au contexte des PEP, peuvent s'avérer efficaces.

Conclusion Globalement, il y a peu de littérature portant sur ces troubles comorbides aux PEP. Pourtant, les données disponibles suggèrent qu'ils sont fréquents, que leur détection et leur traitement peuvent soutenir le rétablissement des personnes composant avec un PEP. Ainsi, il est essentiel de les prendre en compte dans une perspective de pratique d'intervention précoce axée sur le rétablissement.

© Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 2022

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Détecter et traiter les troubles comorbides aux premiers épisodes psychotiques : un levier pour le rétablissement

Olivier Corbeil[a]

Félix-Antoine Bérubé[b]

Laurence Artaud[c]

Marc-André Roy[d]

RÉSUMÉ **Objectifs** Des comorbidités plus méconnues que les troubles d'utilisation de substance peuvent survenir chez les personnes vivant un premier épisode psychotique (PEP). Le présent article révise l'importance de ces comorbidités par une synthèse de la littérature, éclairée de l'expérience clinique des auteurs.

a. PharmD, M. Sc., Candidat au Ph. D. en sciences pharmaceutiques, Faculté de pharmacie, Université Laval – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Département clinique de pharmacie, Institut universitaire en santé mentale de Québec) – Centre de recherche CERVO, Québec.

b. M.D. Psychiatre, FRCP, Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'île-de-Montréal (Institut universitaire en santé mentale de Montréal).

c. M.D. Psychiatre, M. Sc., FRCP, Professeure adjointe, Faculté de médecine, Université de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

d. M.D. Psychiatre, M. Sc., FRCP, Professeur titulaire, Faculté de médecine, Université Laval – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Institut universitaire en santé mentale de Québec) – Centre de recherche CERVO, Québec.

Santé mentale au Québec, 2021, XLVI, nº 2, 307-330

Méthodes Cinq principaux groupes de comorbidités sont abordés : les troubles anxieux et obsessionnels-compulsifs, la dépression, le trouble de personnalité limite, le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Pour chacun de ces troubles, les données, quant à leur fréquence, leur impact sur le devenir des personnes atteintes, leur détection et leur traitement seront abordées et interprétées à la lumière de l'expérience clinique des auteurs.

Résultats Ces comorbidités ont été relativement négligées par les recherches, encore plus dans le contexte spécifique des PEP. Les données qui sont disponibles suggèrent néanmoins qu'elles sont très fréquentes dans cette population. Par exemple, on estime que la prévalence du trouble d'anxiété sociale pourrait atteindre 50 % et celle du trouble obsessionnel-compulsif 13,6 %. Les manifestations de ces troubles comorbides sont parfois difficiles à dissocier de celles de la maladie ; plusieurs manifestations des psychoses pouvant être rencontrées dans ces troubles comorbides et vice versa. Par exemple, le retrait social parfois rencontré dans les troubles anxieux ou la dépression peut être confondu avec des symptômes négatifs ; les troubles de comportement résultant des croyances délirantes ou de désorganisation du comportement survenant dans la psychose peuvent mener à un diagnostic erroné de trouble de personnalité ; les symptômes psychotiques survenant dans un trouble de personnalité partagent les caractéristiques de ceux survenant dans les troubles psychotiques ; les difficultés cognitives associées à un trouble déficitaire de l'attention peuvent donner le change pour celles liées directement au trouble psychotique. Dans certains cas, le traitement antipsychotique peut contribuer à l'émergence de manifestations de ces troubles comorbides, par exemple, des troubles obsessionnels-compulsifs survenant sous clozapine, ou le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent survenant lors d'un traitement avec un agoniste dopaminergique. Si les traitements de ces comorbidités ont été peu évalués dans le cadre des PEP, les données disponibles et l'expérience clinique suggèrent que les traitements utilisés dans d'autres populations, une fois adaptés au contexte des PEP, peuvent s'avérer efficaces.

Conclusion Globalement, il y a peu de littérature portant sur ces troubles comorbides aux PEP. Pourtant, les données disponibles suggèrent qu'ils sont fréquents, que leur détection et leur traitement peuvent soutenir le rétablissement des personnes composant avec un PEP. Ainsi, il est essentiel de les prendre en compte dans une perspective de pratique d'intervention précoce axée sur le rétablissement.

MOTS CLÉS premier épisode psychotique, comorbidités, troubles anxieux, trouble de personnalité limite, trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété sociale, troubles concomitants, jeu pathologique

Detecting and Treating Comorbid Disorders in First-Episode Psychosis: a Lever for Recovery

ABSTRACT **Objectives** Comorbidities that are less well known than substance use disorders may occur in individuals experiencing a first-episode psychosis (FEP). This article reviews the importance of these comorbidities through a synthesis of the literature, informed by the authors' clinical experience.

Methods Five main groups of comorbidities are discussed: anxiety and obsessive-compulsive disorders, depression, borderline personality disorder, gambling disorder and attention deficit disorder. For each of these disorders, data on their frequency, their impact on the outcome of affected individuals, their detection and treatment will be discussed and interpreted in light of the authors' clinical experience.

Results These comorbidities have been relatively neglected by research, even more so in the specific context of FEP. Nevertheless, the data that are available suggest that they are very common in this population. For example, it is estimated that the prevalence of social anxiety disorder may be as high as 50% and obsessive-compulsive disorder 13.6%. The manifestations of these comorbid disorders are sometimes difficult to dissociate from those of the illness; several manifestations of the psychoses can be encountered in these comorbid disorders and vice versa. For example, the social withdrawal sometimes encountered in anxiety disorders or depression may be confused with negative symptoms; behavioural disturbances resulting from delusional beliefs or behavioural disorganization occurring in psychosis may lead to a misdiagnosis of a personality disorder; psychotic symptoms occurring in a personality disorder share characteristics with those occurring in psychotic disorders; cognitive difficulties associated with an attention deficit disorder may give the impression of being directly related to the psychotic disorder. In some cases, antipsychotic treatment may contribute to the emergence of manifestations of these comorbid disorders, for example, obsessive-compulsive disorder occurring on clozapine, or gambling disorder occurring during treatment with a dopamine agonist. While treatments for these comorbidities have been poorly evaluated in the FEP setting, available data and clinical experience suggest that treatments used in other populations, when adapted to the FEP setting, may be effective.

Conclusion Overall, there is little literature addressing these comorbid disorders in FEP. Yet, the available evidence suggests that they are common, and that their detection and treatment can support recovery in individuals coping with FEP. Thus, it is essential to consider them from a recovery-oriented early intervention practice perspective.

KEYWORDS first-episode psychosis, comorbidities, anxiety disorders, borderline personality disorder, attention deficit disorder, obsessive-compulsive disorder, social anxiety, co-occurring disorders, gambling disorder

Objectifs

Des comorbidités psychiatriques, notamment les troubles d'utilisation de substances, sont fréquemment rencontrées chez les personnes composant avec un premier épisode psychotique (PEP). Si certaines d'entre elles sont plus méconnues et n'ont été que peu abordées dans le contexte spécifique des PEP, leur reconnaissance n'en demeure pas moins cruciale, car elles peuvent entraver le rétablissement de la personne. Ces comorbidités incluent les troubles anxieux et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), les troubles dépressifs, le trouble de personnalité limite (TPL), le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent (TJHA) ainsi que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ; les troubles d'utilisation de substances faisant déjà l'objet d'un article complet du présent numéro thématique ne seront donc pas abordés dans cet article (Ouellet-Plamondon et coll., 2021). Ainsi, les troubles anxieux et le TOC toucheraient jusqu'à 60 % des jeunes avec un PEP et pourraient contribuer à l'isolement social, tout en interférant significativement avec le rétablissement fonctionnel (Roy et coll., 2015). Les troubles dépressifs pourraient affecter plus du quart des personnes présentant un PEP, prédisant chez celles-ci une faible qualité de vie et un risque accru de suicide (Best et coll., 2020 ; Herniman et coll., 2019 ; McGinty et coll., 2018). Le TPL pourrait également toucher jusqu'à 1 patient sur 4 parmi les PEP et est associé à un risque accru de dangerosité, incluant le suicide, ainsi qu'à une augmentation du recours aux hospitalisations (Francey et coll., 2018). Le TJHA pourrait être de 4 à 16 fois plus fréquent chez les personnes avec un PEP comparativement à la population générale, et ses conséquences incluent la fragilisation de conditions socioéconomiques souvent déjà précaires (Corbeil et coll., 2021). Quant aux jeunes présentant à la fois un PEP et un TDAH, ceux-ci pourraient représenter jusqu'à 24 % de la population avec un PEP, soit une proportion non négligeable de personnes pour qui l'exacerbation des déficits cognitifs inhérents aux 2 troubles représente un sérieux obstacle au rétablissement (Jutla et coll., 2020). Ainsi, il va sans dire que le traitement de ces comorbidités constitue une cible thérapeutique importante. Or, la détection de ces comorbidités constitue un défi considérable, la littérature et l'expérience clinique nous enseignant qu'elles sont systématiquement sous-détectées et leurs impacts sur les personnes fréquemment sous-estimés. Qui plus est, si les données quant à leur traitement sont très rares, quel que soit le stade de la maladie, elles suggèrent néanmoins

qu'il peut parfois exercer un impact positif majeur sur le rétablissement de la personne.

Le présent article dresse un tableau de l'importance de ces comorbidités dans cette population au moyen d'une revue narrative de la littérature sur les diverses dimensions de ces comorbidités, à la lumière de l'expérience clinique des auteurs. Quant à l'état de stress post-traumatique, bien que des données suggèrent que celui-ci puisse être fréquent parmi les PEP, une méta-analyse a documenté d'importants écarts concernant sa prévalence dans cette population (de 4 % à 21 %), soulignant la présence de limites méthodologiques dans la littérature, notamment en lien avec les méthodes diagnostiques et de possibles biais de sélection (Achim et coll., 2011). Ainsi, bien que les auteurs aient pris la décision de ne pas aborder cette comorbidité dans le présent article, son importance clinique ne peut être sous-estimée et davantage de recherche doit donc s'y intéresser.

Méthodes

Cette revue narrative aborde 5 groupes de comorbidités, soit les troubles anxieux et le TOC, les troubles dépressifs, le TPL, le TJHA et le TDAH. Pour chacune de ces comorbidités, seront abordées les données quant à leur fréquence, leur impact sur le devenir des personnes atteintes, les difficultés de détection et leur traitement, à la lumière de la littérature et de l'expérience clinique des auteurs. Les références ont été identifiées en fonction d'une surveillance continue de la littérature par les auteurs, enrichie par une mise à jour effectuée en mars 2021 utilisant la base de données MEDLINE à l'aide de mots clés spécifiques aux comorbidités abordées et définis par chacun des coauteurs. L'accent sera mis sur ces enjeux dans le cadre des PEP, mais les auteurs puiseront aussi dans la littérature tirée de populations à d'autres stades de la maladie psychotique, compte tenu du peu d'études réalisées spécifiquement chez les PEP. Quelques vignettes cliniques seront offertes pour illustrer l'importance clinique de ces sujets.

OC est pharmacien dans une clinique PEP depuis plus de 3 ans et ses travaux de doctorat portent sur l'association entre le TJHA et les PEP. FA œuvre dans une clinique d'intervention précoce offrant à la fois une programmation PEP standard et de l'intervention précoce en trouble de la personnalité, qui a été l'objet de sa formation complémentaire à Orygen (Melbourne) auprès d'Andrew Chanen. LA est psychiatre clinicienne depuis 15 ans dans une équipe d'intervention

précoce pour la psychose en milieu hospitalier. MAR est psychiatre dans une clinique PEP depuis 1997 et l'un des aspects principaux de ses recherches porte sur les troubles comorbides aux psychoses, en particulier les troubles anxieux.

Résultats

Troubles anxieux et trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Bien que ces 2 groupes d'entités soient dans des catégories distinctes du DSM-5, nous les regroupons ici sous une même rubrique, car elles sont fréquemment étudiées conjointement et les enjeux les concernant se recoupent considérablement.

En termes de fréquence, il est estimé que jusqu'à 60 % des personnes composant avec un PEP présentent un trouble anxieux ou un TOC et la présence simultanée de ces 2 diagnostics est elle aussi fréquente (Roy et coll., 2015). Parmi ces diagnostics, les 2 ayant été les plus étudiés sont le trouble d'anxiété sociale, dont la prévalence est estimée de 25 à 50 % (Roy et coll., 2015), et le TOC, dont la prévalence est estimée à 13,6 % (Swets et coll., 2014). En ce qui concerne le trouble d'anxiété sociale, certaines données suggèrent que les écarts quant à l'estimation de sa fréquence découlent en partie de l'utilisation de méthodes diagnostiques différentes, les études utilisant des instruments de dépistage plus exhaustifs trouvant systématiquement une prévalence plus élevée (par exemple, l'échelle de Liebowitz pour le trouble d'anxiété sociale [Roy et coll., 2018a], et il en va de même avec la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* pour le TOC [Swets et coll., 2014]), soulignant l'importance d'une recherche systématique de ces comorbidités.

En clinique, les manifestations des troubles anxieux et du TOC sont souvent automatiquement considérées comme des conséquences directes du PEP lui-même, ce qui contribue à leur sous-détection ; par exemple, on assume souvent que la présence d'anxiété sociale découle d'un délire de référence. Les études ayant documenté que l'apparition des manifestations de ces 2 troubles précède souvent celles du PEP nous incitent à la prudence avant de tirer une telle conclusion. Ainsi, une étude longitudinale prospective a observé qu'un diagnostic de TOC augmentait de 5,8 fois le risque de développer ultérieurement un trouble psychotique primaire (Meier et coll., 2014). Aussi, les manifestations anxieuses sont souvent au premier plan dans les états mentaux à risque, bien avant l'éclosion de la psychose (Hall, 2017). Néanmoins,

il est probable que dans certains cas, ces manifestations comorbides soient à tout le moins alimentées par celles du PEP et par le caractère parfois traumatisant ou stigmatisant de l'expérience des symptômes psychotiques et de leur traitement. Notamment, on a fait ressortir le lien entre l'anxiété sociale chez les PEP et l'autostigmatisation (Birchwood et coll., 2007). Par exemple, un jeune qui aura présenté des comportements désorganisés dans des lieux publics pourrait avoir peur de se présenter dans de tels lieux de crainte qu'on le reconnaisse, ce qui représente un exemple typique d'autostigmatisation (Roy et coll., 2018b). Aussi, une personne qui a vécu des hallucinations auditives très dénigrantes ou menaçantes pourrait craindre de fréquenter le secteur où elle demeurait pendant que cela est survenu, de peur que cela recommence. Finalement, des jeunes présentant un PEP peuvent rapporter des cauchemars ou des reviviscences d'expériences de coercition physique survenues dans le cadre d'interventions d'urgence, ce qui souligne l'importance de limiter le plus possible le recours à de telles mesures (Abdelghaffar et coll., 2016).

Notre expérience clinique nous enseigne que la distinction entre les symptômes de ces troubles comorbides et ceux du PEP lui-même peut s'avérer difficile à établir, d'autant plus qu'elle est peu balisée par la recherche. Parfois, les symptômes du trouble anxieux comorbide peuvent être confondus avec ceux de la maladie ou dissimulés par ces derniers. Par exemple, l'isolement social lié à un trouble d'anxiété sociale comorbide peut être considéré comme un symptôme négatif primaire (Roy et coll., 2018b). Aussi, un TOC peut parfois nourrir certains symptômes schneideriens, notamment les délires d'influence (vignette 1). À l'inverse, des manifestations de trouble anxieux peuvent découler directement des symptômes de la psychose ; dans de tels cas, on ne posera pas de diagnostic comorbide, eu égard au critère du DSM stipulant que les symptômes ne doivent pas pouvoir être mieux expliqués par un autre diagnostic, en l'occurrence le trouble psychotique. Ainsi, une très forte anxiété sociale peut découler d'un délire de référence, ou encore, la survenue d'hallucinations auditives menaçantes peut causer des attaques de panique. C'est donc l'exploration de la source des symptômes anxieux qui permettra de bien distinguer les manifestations de la psychose elle-même de celles du trouble comorbide (vignette 1). Par exemple, dans un trouble d'anxiété sociale, l'anxiété découlera de la crainte de l'évaluation des autres, alors que l'anxiété sociale d'origine psychotique découlera d'idées délirantes, notamment de délires de persécution ou de référence.

VIGNETTE 1

D'un symptôme négatif jusqu'à des obsessions en passant par un délire d'influence

Gilbert a vécu un PEP d'une durée de plusieurs mois, avec hallucinations et délires de persécution, qui ont bien répondu aux antipsychotiques, pour ensuite faire place à ce qui ressemble à des symptômes négatifs : il a peu d'activités, il est isolé, il est très peu expressif en entrevue. Questionné sur ce qui occupe son esprit, il décrit des ruminations concernant l'origine des pensées, questionnement auquel il consacre un temps considérable. En cherchant la source de ce questionnement, il vous apprend qu'il croit que ses pensées sont contrôlées à distance, bref, il présente un délire d'influence. Ensuite, en retraçant l'historique de cette idée délirante, il vous décrit qu'il a, depuis longtemps avant son PEP, des idées récurrentes, absurdes ; au début, il croyait qu'elles venaient de lui, mais, à travers son PEP, il en est venu à croire que ces idées étaient trop absurdes pour cela. Malgré le malaise que lui suscite la description de ces idées, il vous décrit des phobies d'impulsion violentes, bref, d'authentiques obsessions ; il est soulagé lorsque vous lui partagez cette explication. Avec du citalopram 40 mg, ces idées arrêtent, et, à partir de ce moment, son fonctionnement commence à s'améliorer. Ainsi, au cours des années qui suivent, il reprend progressivement une vie sociale et conjugale, il complète une maîtrise en littérature. Il fonde une entreprise liée à la construction routière, qui emploie 5 personnes.

La littérature sur le traitement des troubles anxieux et du TOC comorbides aux troubles psychotiques, constituée essentiellement de séries de cas ou d'essais cliniques non randomisés, peut être qualifiée de parcellaire, particulièrement en ce qui concerne plus spécifiquement les PEP. Globalement, les données disponibles et l'expérience clinique suggèrent que les approches thérapeutiques dont l'efficacité a été démontrée dans les troubles anxieux et les TOC non comorbides à un trouble psychotique, principalement la thérapie cognitivo-comportementale et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), semblent efficaces aussi lorsque ces troubles sont comorbides à un PEP. Il faut souligner que le traitement de ces comorbidités peut avoir un impact majeur sur le rétablissement des personnes concernées (Roy et coll., 2018b). De plus, notre expérience clinique, ainsi que la prise en compte de la psychopharmacologie des antipsychotiques, justifient de porter une attention particulière à une possible contribution des effets indésirables du traitement, en particulier de l'akathisie, celle-ci pouvant se manifester par de l'anxiété (Van Putten et Marder, 1987). D'ailleurs, cet effet indésirable peut être majoré par l'ajout d'un ISRS

au traitement antipsychotique en place, en raison d'interactions pharmacodynamiques, ce qui peut mener à une augmentation paradoxale de l'anxiété. Dans de tels cas, le passage à un agent antipsychotique causant peu d'akathisie peut améliorer la situation (p. ex. la quétiapine). Aussi, la possibilité que les antipsychotiques de seconde génération puissent induire un TOC a été discutée abondamment dans la littérature, surtout sur la base d'observations anecdotiques. Bien qu'il n'y ait toujours pas d'études randomisées sur cette question, une étude observationnelle d'une grande cohorte de patients a révélé une fréquence similaire de manifestations de TOC chez les personnes ne recevant pas d'antipsychotiques à celles en recevant un, que ceux-ci soient de première ou de seconde génération, à l'exception des personnes recevant de la clozapine, chez qui la fréquence de tels symptômes était 2 fois plus élevée (Meier et coll., 2014). Ainsi, le TOC pouvant constituer un effet indésirable de la clozapine, il faut surveiller sa possible émergence chez les personnes recevant cette molécule. Dans de tels cas, comme la clozapine a été instaurée en raison d'échecs avec d'autres antipsychotiques, l'ajout d'un traitement spécifique pour le TOC sera généralement préféré à un changement d'antipsychotique.

Troubles dépressifs

Environ 26 % des personnes avec un PEP présentent un diagnostic de trouble dépressif majeur concomitant, selon une méta-analyse récente (Herniman et coll., 2019). Il faut cependant souligner que cette estimation est potentiellement imprécise compte tenu du fait que les critères de la dépression incluent la présence de manifestations similaires aux symptômes négatifs des troubles psychotiques (p. ex. anhédonie, anergie) ou aux effets indésirables des antipsychotiques (p. ex. hypersomnie, augmentation de l'appétit, ralentissement psychomoteur, perte d'énergie). Pour pallier cette limite, notons que l'échelle de Calgary (Addington et coll., 1992) nous permet de cerner 9 symptômes dépressifs qui ne sont pas corrélés aux symptômes négatifs ou aux effets indésirables médicamenteux, soit 5 items liés aux cognitions dépressives (idées de suicide, autodépréciation, désespoir, culpabilité, idées de référence de culpabilité), 2 liés aux composantes affectives (tristesse ressentie et observée), et 2 liés aux aspects végétatifs de la dépression (insomnie terminale, humeur pire le matin). Parmi les explications possibles à cette fréquence élevée des symptômes dépressifs chez les PEP, on retient l'émergence d'une meilleure reconnaissance de la maladie (Amore et coll., 2020), l'autostigmatisation et la honte après

avoir vécu une psychose (Birchwood et coll., 2007), et la souffrance en lien avec les manifestations psychotiques (p. ex. découragement en lien avec des hallucinations auditives dénigrantes). Par ailleurs, il faut porter attention à la possibilité que des symptômes dépressifs soient des manifestations d'une dysphorie aux antipsychotiques (Awad, 2019). Cette dernière désigne un effet indésirable sur le plan du ressenti, qu'on peut concevoir comme étant une manifestation émotionnelle d'une diminution trop importante de la transmission dopaminergique causée par un antipsychotique (Awad, 2019), tel qu'illustré dans la vignette 2.

Les impacts des symptômes dépressifs sont majeurs et justifient qu'une attention leur soit portée, car ils sont des prédicteurs d'une pauvre qualité de vie perçue et d'un rétablissement personnel plus difficile (Best et coll., 2020), constituent un obstacle pour le rétablissement fonctionnel (McGinty et Upthegrove, 2020) et augmentent le risque de suicide (McGinty et coll., 2018). Malgré leur importance, relativement peu de données sont disponibles concernant leur traitement dans le cadre des troubles psychotiques, particulièrement pour les PEP. Au plan pharmacologique, 3 avenues peuvent être considérées. D'abord, les antidépresseurs ont une efficacité modeste, mais significative et, surtout, contrairement aux idées reçues (Helfer et coll., 2016), ils n'augmentent pas le risque de rechute psychotique, pour peu que ces agents soient introduits alors que les symptômes psychotiques sont raisonnablement maîtrisés. Ceci dit, l'ajout de psychostimulants (p. ex. méthylphénidate, dérivés des amphétamines) pour potentialiser l'effet des antidépresseurs, une pratique courante dans des contextes autres que celui des troubles psychotiques, n'est pas recommandé étant donné que leur utilisation chez des personnes ayant un trouble psychotique risque d'entraîner une aggravation des symptômes psychotiques. Ensuite, il a été suggéré que la présence au premier plan d'éléments dépressifs chez une personne avec un PEP pourrait orienter le choix de l'antipsychotique vers une molécule dont les effets antidépresseurs sont mieux étayés (p. ex. aripiprazole, quétiapine, lurasidone) (van Rooijen et coll., 2019), quoique cette approche n'ait été que très peu évaluée. Finalement, si on conclut qu'il peut s'agir d'une dysphorie aux antipsychotiques (vignette 2), une diminution de la dose ou le passage à un antipsychotique ayant un profil favorable sur ces aspects (p. ex. quétiapine, clozapine) pourrait être envisagé. Dans cette situation, l'ajout d'un ISRS peut être problématique en raison de leur interaction avec les antipsychotiques sur le plan de la transmission dopaminergique, pouvant aggraver la dysphorie.

En ce qui concerne les mesures non pharmacologiques, les méta-analyses démontrent que l'effet favorable sur les symptômes dépressifs des thérapies cognitivo-comportementales ciblant principalement la psychose n'est que modeste lorsqu'elle est offerte à des personnes sans égard à la présence ou non de symptômes dépressifs (van Rooijen et coll., 2019), mais très peu d'études ont examiné leur impact chez des personnes pour qui ceux-ci constituaient la principale cible. En plus des interventions pharmacologiques ou psychologiques ciblant spécifiquement des éléments dépressifs, on retient que ces derniers sont l'une des dimensions pour lesquelles l'intervention précoce démontre le plus clairement sa supériorité en comparaison à d'autres modalités de traitement des PEP (Correll et coll., 2018). Ainsi, certains ingrédients de l'approche PEP, détaillée dans un article du présent numéro thématique (Bertulies-Esposito et coll., 2021), semblent exercer un effet favorable sur ce plan, qui découle possiblement de l'espoir généré par une approche axée sur le rétablissement, soulignant ainsi la nécessité de mettre l'accent sur ces ingrédients non spécifiques, comme celui de nourrir l'espoir et de soutenir la réalisation du projet de vie.

VIGNETTE 2

Dysphorie aux antipsychotiques ou dépression ?

La consommation d'une dose unique de 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine (MDMA) déclenche chez Sylvie un PEP, qui persistera, même si elle ne consomma pas à nouveau, et 6 semaines plus tard, elle est conduite à l'urgence. Elle est hospitalisée pendant 3 semaines, ses symptômes disparaissant avec de l'olanzapine 15 mg. De retour chez elle, elle décrit qu'elle ne se sent plus elle-même, qu'elle ne sait quoi dire quand elle voit ses amies, qu'elle n'a le goût de rien ; on diminue alors l'olanzapine à 10 mg, et on ajoute de l'aripiprazole 5 mg, sans succès ; on envisage alors l'ajout d'un antidépresseur, concluant à une dépression postpsychotique, mais elle déménage sur le territoire de votre PPEP et vous est adressée.

Lorsque vous la rencontrez, 3 mois après son départ de l'hôpital, elle décrit un sentiment de neutralité émotionnelle : plus rien ne la touche, elle se sent vide. Les manifestations extrapyramidales se limitent à de légères difficultés à effectuer des mouvements alternés et à une apparence peut-être subtilement figée. Soupçonnant une dysphorie aux antipsychotiques, vous remplacez ses 2 antipsychotiques par de la quétiapine 600 mg, le fait que cette molécule est un plus faible bloqueur dopaminergique la rendant mieux tolérée sur ce plan. Votre hypothèse se confirme : Sylvie ne se sent plus du tout dysphorique, elle redevient souriante et reprend ses activités habituelles.

Trouble de personnalité limite (TPL)

On estime qu'environ la moitié des personnes ayant un trouble psychiatrique à l'Axe I auraient aussi un trouble de la personnalité et que le TPL serait le plus fréquent (Chanen et coll., 2008). Selon les données les plus récentes, parmi les personnes traitées pour un PEP, 20 à 25 % présenteraient un TPL comorbide (Francey et coll., 2018).

Historiquement, le TPL était conçu comme se situant à la frontière entre les personnalités dites névrotiques et psychotiques. Des altérations transitoires dans le test de la réalité étaient considérées comme faisant partie du trouble. Depuis 1994, l'un des critères diagnostiques du TPL mentionne que ces personnes peuvent présenter des idéations paranoïdes transitoires en situation de stress. Notons que les hallucinations, au sens strict, ne sont pas comprises dans ce critère. On observe pourtant que des symptômes psychotiques, en particulier les hallucinations auditives, seraient expérimentés par près de la moitié des personnes ayant un TPL (Kingdon et coll., 2010). Certains cliniciens utilisent le terme de « pseudo-hallucinations » pour désigner ces troubles perceptuels survenant dans le contexte du TPL, mais ce concept est contesté. Il pourrait notamment paver la voie à des conduites stigmatisantes et invalidantes, puisqu'il sous-entend que le vécu de la personne serait factice ou simulé (van der Zwaard et Polak, 2001). Dans les faits, les études révèlent que les hallucinations auditives verbales rapportées par les personnes ayant un TPL seraient identiques, sur le plan sémiologique, à celles décrites par les personnes ayant un trouble psychotique (Slotema et coll., 2012). En outre, elles seraient réactives au stress, tout comme c'est le cas dans les troubles psychotiques, mais pourraient aussi survenir en l'absence de stress, donc ne seraient pas seulement « transitoires » (vignette 3) (Glaser et coll. 2010).

VIGNETTE 3

TPL ou pas ? Un dilemme diagnostique

Ingrid, 23 ans, est adoptée. À 10 ans on pose un diagnostic de trouble de désinhibition du contact social (auparavant le trouble réactionnel de l'attachement, type désinhibé). À 18 ans on diagnostique un TPL. Elle adhère peu à son suivi, présentant un mode de vie chaotique. Elle se retrouve souvent à l'urgence pour des crises suicidaires. Elle explique aux aidants qu'elle cherche volontairement à provoquer les policiers avec une arme blanche dans l'espoir que ceux-ci l'abattent. Vers 21 ans, elle commence à mentionner des voix qui la somment de se tuer. Malgré cela on lui donne congé à chaque fois après moins de 72 heures

à l'urgence, sans traitement pharmacologique. Ultérieurement, on réalise qu'elle a la conviction inébranlable qu'une odeur nauséabonde s'échappe de son corps, qu'on l'évite pour cette raison et que des personnes s'introduisent chez elle pour voler ses biens. En rétrospective, il apparaît que depuis 2 ans elle ne cherche plus à travailler et passe le plus clair de ses journées dans sa chambre, sans rien faire. Après 2 essais infructueux avec des antipsychotiques, la prise de clozapine à dose thérapeutique entraîne une réduction franche des hallucinations et des délires, bien que ses difficultés interpersonnelles persistent.

S'il n'est pas possible de distinguer le TPL d'un trouble psychotique sur la seule base des hallucinations auditives, certaines caractéristiques cliniques peuvent permettre de mieux les discriminer. Il semble que les personnes avec un TPL présentent moins de trouble formel de la pensée, de délire bizarre et de symptômes négatifs que les personnes avec un trouble psychotique (Tschoeke et coll., 2014). Aussi, les 2 troubles ne sont pas mutuellement exclusifs et il importe ainsi de bien caractériser la trajectoire développementale. Dans certains cas, les symptômes du TPL sont présents de façon prémorbide et persistent une fois le trouble psychotique installé, mais dans d'autres cas ils se confondent avec le prodrome. À toutes fins pratiques, la présence concomitante des critères relatifs au TPL et à un trouble psychotique devrait conduire au double diagnostic. Il pourrait y avoir débat quant à l'utilité ou non de poser un diagnostic de TPL comorbide au PEP si la dysrégulation affective et l'impulsivité sont survenues strictement avec l'installation du trouble psychotique et sont en franc contraste avec le reste de la trajectoire développementale. Dans ce cas, on peut poser l'hypothèse que le trouble psychotique et ses impacts au plan neurobiologique expliquent mieux le tableau clinique, ce qui constitue un critère d'exclusion pour le TPL.

La comorbidité entre le trouble psychotique et le TPL est importante à identifier, puisque les 2 troubles peuvent s'améliorer avec des traitements adéquats et que l'absence de soins peut entraîner une détérioration du fonctionnement (p. ex. itinérance, toxicomanie, enjeux légaux) et un risque accru de dangerosité (violence, suicide). Les personnes qui présentent cette comorbidité constituent un sous-groupe plus symptomatique, plus complexe à prendre en charge et qui présente un taux plus élevé d'hospitalisations. De plus, la présence d'un TPL chez une personne avec un PEP semble avoir un impact négatif sur l'accès aux services, comparativement à ceux qui présentent un PEP sans TPL, en lien notamment avec l'incertitude sur le plan

diagnostic qui pourrait accroître le délai de prise en charge (Francey et coll., 2018).

Le traitement de ces personnes nécessite une approche flexible et intégrée au PEP. Dans les phases précoces du suivi, la priorité est habituellement mise sur le traitement des symptômes psychotiques. En effet, lorsque ces derniers sont contrôlés, les enjeux de personnalité peuvent ne plus être à l'avant-plan, alors que pour d'autres personnes, le trouble de personnalité se confirmera. Dans de tels cas, on évite autant que possible d'offrir d'une part, un suivi trop intensif visant à « sauver la personne » et, d'autre part, d'adopter une approche exclusivement axée sur la responsabilisation, laquelle pourrait être perçue par la personne comme une forme de rejet. À cet égard, le travail en équipe multidisciplinaire avec des réunions fréquentes et la supervision entre pairs s'avèrent essentiels. Il est par ailleurs important que le patient soit informé dès que possible de son double diagnostic afin d'éviter de retarder les interventions visant à travailler sur le TPL. Ainsi, dès le début du suivi on élabore, en collaboration avec le patient, un plan d'intervention qui est guidé par ses objectifs de rétablissement et qui s'ajuste selon les symptômes prédominants (psychotiques ou relationnels). Un plan de gestion de crise est discuté entre le patient et l'équipe. On y indique les signes annonciateurs de crise, les stratégies à mettre en place et les limites claires au-delà desquelles des mesures plus encadrantes seront nécessaires. Ce plan doit être régulièrement ajusté en fonction des symptômes qui prédominent et du degré d'autonomie que le patient peut assumer tout en assurant sa sécurité. Bien que les données soient limitées, un essai clinique a démontré qu'une intervention psychothérapeutique individuelle ciblant le TPL est possible chez les patients avec un PEP (Gleeson et coll., 2012), tandis que l'efficacité des interventions de groupe reste quant à elle à étudier.

Trouble lié aux jeux de hasard et d'argent (TJHA)

Le TJHA partage de nombreuses similitudes avec les troubles d'utilisation de substances, notamment en termes de présentation clinique et de processus neurobiologiques impliqués, si bien que le TJHA a été reclassé parmi les troubles addictifs dans le DSM-5 (Petry et coll., 2014). Malgré que peu d'études se soient encore intéressées au TJHA en comorbidité aux troubles psychotiques, il a été suggéré que la prévalence du TJHA dans cette population pourrait être jusqu'à 4 fois plus élevée que dans la population générale (Bergamini et coll., 2018 ; Desai et Potenza, 2009 ; Haydock et coll., 2015). Chez les PEP, la seule

étude menée sur le sujet révélait une prévalence de TJHA de 6,4 % dans un échantillon du Québec comptant 219 jeunes traités pour un PEP (Corbeil et coll., 2021) en comparaison avec une prévalence de 0,4 % dans la population générale (Luce et coll., 2016). Ce dernier point pourrait résulter de la surreprésentation de certains facteurs de risque du TJHA dans la population des PEP, par exemple, le genre masculin, le jeune âge et certaines comorbidités dont l'utilisation de substances, mais le traitement pharmacologique pourrait également y contribuer (Johansson et coll., 2009). En effet, des cas de TJHA secondaires à la prise d'agoniste dopaminergique, notamment l'aripiprazole, ont été décrits et cette potentielle association a été documentée de façon plus robuste dans une étude de cas-témoins chez les PEP publiée récemment (Corbeil et coll., 2020 ; Corbeil et coll., 2021).

Les conséquences associées au TJHA, qui incluent les ennuis financiers, le bris du réseau social et la détresse psychologique, s'additionnent aux difficultés engendrées par le trouble psychotique, interférant d'autant plus avec les chances de rétablissement des individus (Neal et coll., 2005). Il est ainsi essentiel que cette comorbidité soit adéquatement prise en compte par les professionnels œuvrant auprès des personnes aux prises avec un PEP. Pour ce faire, une procédure systématique de dépistage et d'évaluation des habitudes de jeu devrait être mise en place à différents moments du parcours de soins. Malheureusement, à notre connaissance, aucun instrument de dépistage adapté à la population PEP n'est actuellement disponible. Dans une étude en cours, nous utilisons un bref questionnaire concernant la fréquence et le montant dépensé pour différents types de jeux de hasard et d'argent, puis complétons avec l'Indice de la Gravité du Jeu Problématique (Ferris et Wynne, 2001). De plus, aucune approche de traitement spécifique à ces personnes n'a encore été développée ; ceux-ci sont référés vers les services spécialisés standards pour y recevoir les traitements psychothérapeutiques usuels à base de thérapie cognitivo-comportementale qui n'ont pas été évalués dans les troubles psychotiques. Dans notre expérience, lors de TJHA survenu sous aripiprazole, un changement d'agent ou une diminution de doses, bien que pas toujours nécessaires, ont été associés à une résolution du TJHA dans certains cas (vignette 4). Quoi qu'il en soit, pour pallier ces limites, et pour mieux cerner les personnes les plus vulnérables au TJHA, une étude de cohorte multicentrique est actuellement en cours dans 2 programmes pour PEP du Québec.

VIGNETTE 4

TJHA sous aripiprazole

Jean-Marc, 25 ans, est à l'emploi d'une petite entreprise comme technicien informatique. Il reçoit de l'aripiprazole en injection à une dose de 300 mg tous les 28 jours depuis 1 an, après avoir souffert d'un PEP pour lequel de la rispéridone avait initialement été efficace, mais non tolérée. Il reçoit aussi de la sertraline pour un trouble d'anxiété sociale depuis plus de 1 an. Il vous apprend aujourd'hui qu'il a 2 mois de retard sur le paiement de son loyer et qu'il a accumulé une dette de 5 000 $ sur sa carte de crédit. Il vous dit pourtant qu'il occupe toujours son emploi. En le questionnant sur ses habitudes de consommation, il vous dit qu'il consomme un peu plus d'alcool, avec 2 à 3 bières par jour, mais ne fume pas de tabac et ne consomme aucune drogue. Depuis environ 6 mois cependant, il aurait commencé à jouer sur des sites de casino en ligne, initialement à coup de 20 $, jusqu'à y dépenser l'entièreté de ses paies. Il rapporte qu'avant la psychose, sa pratique de jeux de hasard et d'argent se limitait à des soirées de poker occasionnelles entre amis. Afin d'évaluer la sévérité de son comportement de jeu actuel, Jean-Marc est questionné à l'aide de l'Indice de la Gravité du Jeu Problématique ; le score obtenu est de 14/27, suggérant un jeu problématique. Après avoir exclu un potentiel épisode de manie, le psychiatre pose un diagnostic de TJHA. Étant donné la possible association entre la prise d'aripiprazole et l'émergence de jeu problématique, le psychiatre et Jean-Marc décident de remplacer le traitement antipsychotique actuel par la quétiapine. Trois mois plus tard, alors en suivi au centre de traitement des dépendances, Jean-Marc affirme ne pas avoir rejoué et être en voie de rembourser ses dettes.

Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

La prévalence du TDAH est plus élevée chez les adolescents et les jeunes adultes souffrant d'un PEP ; elle pourrait varier entre 8,1 et 24 % selon les études (Jutla et coll., 2020 ; Strålin et Hetta, 2019). Ce constat n'est pas surprenant étant donné que les enfants souffrant d'un TDAH sont davantage à risque de développer un trouble psychotique à l'âge adulte que la population générale (Nourredine et coll., 2021). Il a d'ailleurs été suggéré que cette association n'est pas seulement attribuable au fait que les troubles d'utilisation de substances, un facteur de risque bien connu du développement de troubles psychotiques, sont plus fréquents chez les jeunes avec un TDAH (Björkenstam et coll., 2020). De plus, parmi les jeunes présentant cette comorbidité, un risque accru de réhospitalisation pour cause de comportements autoagressifs et de troubles d'utilisation de substances a été rapporté au cours des 2 années suivant le PEP (Strålin et Hetta, 2019). Il est ainsi essentiel

que des efforts soient consacrés au dépistage et au traitement du TDAH chez ces personnes, ce qui peut s'avérer un défi.

Le dépistage du TDAH chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique peut être en soi complexe à réaliser étant donné le chevauchement, entre les 2 conditions, de plusieurs déficits au plan cognitif, dont les difficultés attentionnelles et l'altération de la mémoire de travail ainsi que des fonctions exécutives. L'anxiété liée au PEP ou à un trouble anxieux peut perturber l'attention et induire des difficultés s'apparentant parfois à celles du TDAH. De plus, l'utilisation de certains médicaments, notamment les antipsychotiques et les agents anticholinergiques, peut être associée à une perturbation des fonctions cognitives et à un ralentissement psychomoteur, causant des manifestations similaires à celles du TDAH. Ainsi, le dépistage du TDAH chez les jeunes souffrant d'un PEP doit idéalement être basé sur une histoire développementale et une évaluation neuropsychologique rigoureuses. Quant au traitement du TDAH chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique, celui-ci confronte les cliniciens à un dilemme déchirant : d'un côté, les psychostimulants (p. ex. méthylphénidate, dérivés des amphétamines) sont les médicaments de première intention dans le traitement du TDAH en raison de leur efficacité (Canadian ADHD Resource Alliance [CADDRA], 2018), mais d'un autre côté ils sont associés à des cas d'exacerbation et de survenue de symptômes psychotiques (Solmi et coll., 2019). Malgré le fait qu'aucune conduite clinique spécifique ne puisse s'appliquer à toutes les personnes présentant cette comorbidité, certains aspects doivent être pris en compte.

VIGNETTE 5

Le TDA de Marie

Marie, âgée de 23 ans, est traitée pour un PEP avec de la lurasidone à une dose de 60 mg par jour. Ce traitement lui a permis de reprendre l'école, mais elle exprime de la difficulté à se concentrer en classe et à remettre ses travaux à temps. Elle souhaiterait recommencer le méthylphénidate qu'elle recevait jusqu'à son PEP. Un examen neurologique identifie des manifestations extrapyramidales, dont une raideur franche aux poignets. La dose de lurasidone est diminuée à 40 mg par jour et on remet à Marie les questionnaires *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS) et *Weiss Functional Impairment Rating Scale* (WFIRS-S). Un mois plus tard, malgré la disparition des réactions extrapyramidales, Marie se plaint toujours de difficultés attentionnelles. Les résultats des questionnaires, les propos de la mère et de l'orthopédagogue de l'école suggèrent la présence d'un TDAH. On opte pour un essai de bupropion 150 mg pour ses effets antidépresseur et

stimulant. Devant l'absence d'amélioration après 12 semaines, on passe alors à l'atomoxetine. Deux mois plus tard, avec une dose de 60 mg par jour, Marie constate une amélioration de son énergie, et une meilleure facilité à écouter en classe, propos corroborés par sa mère et l'orthopédagogue ; cette dernière lui enseigne aussi des stratégies pour compenser ses difficultés d'attention, ce que renforce sa gestionnaire de cas (*case manager*). Les résultats scolaires de Marie s'améliorent significativement, et ses symptômes psychotiques demeurent bien maîtrisés.

D'abord, étant donné que le trouble psychotique peut en soi contribuer, voire mimer des manifestations du TDAH, celui-ci devrait être adéquatement traité à l'aide d'un antipsychotique. Comme mentionné précédemment, la médication utilisée à cette fin peut également avoir un impact sur la symptomatologie du TDAH ; un souci devrait être porté à l'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération, ayant une incidence moindre de réactions extrapyramidales et de ralentissement psychomoteur, à l'utilisation de la plus faible dose efficace, à la minimisation de la polypharmacie, particulièrement les anticholinergiques, et à la reconnaissance ainsi qu'à la correction des effets indésirables susmentionnés. Suivant la même logique, les autres comorbidités présentées par le patient devraient être adéquatement traitées par le biais d'approches psychothérapeutiques et/ou pharmacologiques, notamment les troubles d'utilisation de substances, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Malgré tout, si des manifestations du TDAH persistent et interfèrent significativement avec le fonctionnement de la personne, un traitement pharmacologique, de préférence en combinaison avec des approches non pharmacologiques telles que la remédiation cognitive et la thérapie cognitivo-comportementale, pourrait être nécessaire (CADDRA, 2018). À cet effet, Safren et coll. (2005) ont démontré qu'une approche de psychothérapie individuelle intégrée permettait non seulement de diminuer les symptômes du TDAH, mais aussi d'autres symptômes tels que l'anxiété et la dépression, et ce, en combinaison ou non avec la médication. Dans tous les cas, un suivi adéquat devrait être mis en place avec la participation des proches si possible et incluant des outils permettant d'objectiver les bénéfices apportés par la médication (p. ex. les échelles d'autoévaluation *Adult ADHD Self-Report Scale* et *Weiss Functional Impairment Rating Scale*) (CADDRA, 2018).

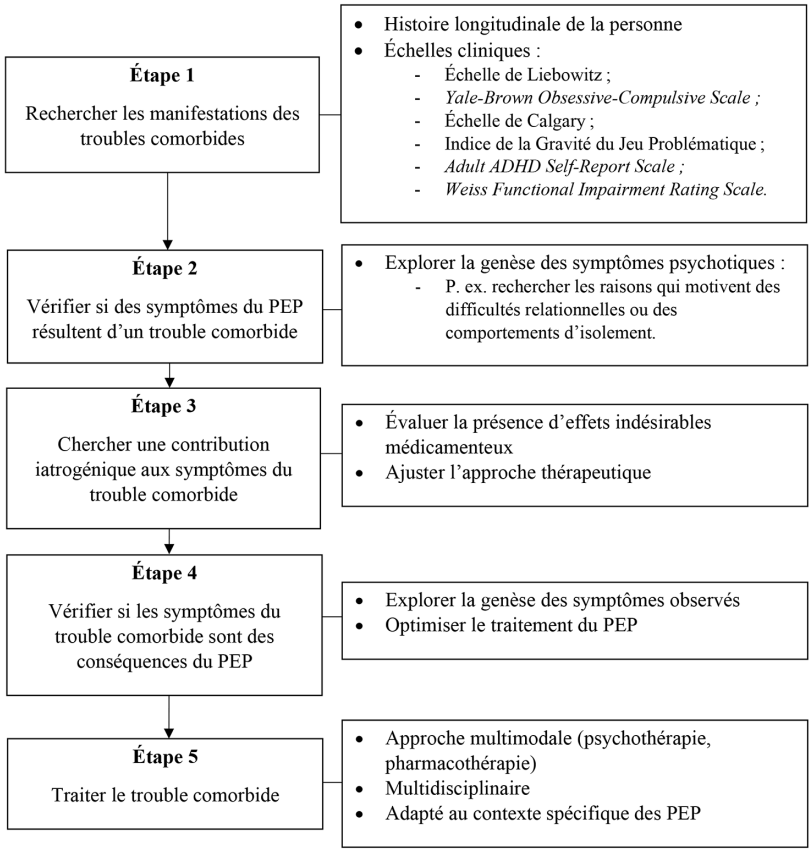
Discussion

Les comorbidités abordées dans le présent article ont été relativement négligées par la recherche, particulièrement dans le contexte spécifique des PEP. Ainsi, les études évaluant la fréquence de ces comorbidités dans cette population peuvent avoir été menées sur de petits échantillons de patients seulement, avec des méthodes de diagnostic hétérogènes, conduisant à une grande variabilité dans les estimations obtenues. La littérature portant sur leur traitement est quant à elle encore plus parcellaire, nécessitant souvent d'extrapoler les résultats obtenus auprès d'autres populations, souvent plus âgées. Ainsi, bien que la recension et la sélection des études ainsi que l'évaluation de leur qualité n'aient pas été effectuées de manière systématique dans cette présente revue, les données présentées suggèrent que ces comorbidités sont fréquentes chez les personnes présentant un PEP, qu'elles peuvent avoir des conséquences importantes, que leur identification nécessite un certain degré de raffinement des évaluations et que leur prise en compte dans la planification du traitement peut apporter des bénéfices considérables.

En guise de synthèse, nous proposons une démarche « étapiste » pour aborder ces comorbidités, dans une perspective longitudinale (figure 1). Cette démarche est conçue pour être appliquée en période de relative accalmie des manifestations psychotiques, compte tenu de la difficulté à distinguer ces dernières de celles des comorbidités. Aussi, bien qu'elle soit présentée sous forme d'étapes, la démarche proposée n'est pas strictement séquentielle, car certaines de ces étapes peuvent être réalisées simultanément. Finalement, il s'agit d'un processus itératif, car les manifestations des troubles psychotiques peuvent changer avec le temps, et parce qu'il est impossible de saisir en une seule fois l'ensemble des nuances du tableau clinique présenté par une personne.

FIGURE 1

Démarche « étapiste » du traitement des comorbidités parmi les premiers épisodes psychotiques (PEP)



Conclusion

La complexité des éléments abordés ici souligne l'importance de mettre en place de la formation à ces aspects pointus pour développer des habiletés d'évaluation et de traitement. Le développement de ces dernières sera favorisé par les échanges interdisciplinaires à l'intérieur des équipes et les formations croisées, afin de bénéficier des perspectives diverses pour éclairer de divers angles ces dimensions complexes. Aussi, il est clair que les zones peu explorées mises en exergue dans le présent article mériteraient que les recherches s'y penchent davantage, notamment dans le contexte spécifique des PEP.

Enfin, si l'on peut conclure à l'importance de la prise en compte de ces troubles comorbides afin de soutenir le rétablissement des personnes devant composer avec un PEP, une importante considération n'a pas été abordée dans ce présent article. En effet, malgré toute la bonne volonté des professionnels œuvrant auprès des personnes aux prises avec un PEP, les solutions et les interventions proposées ne sont pas toujours facilement accessibles. Malgré une réduction des disparités entre les services disponibles dans les grands centres et dans les régions plus éloignées avec les récents investissements en intervention précoce, force est d'admettre que l'accès à des services spécialisés, par exemple en neuropsychologie, demeure hétérogène à travers la province. Ce constat, et l'impact des troubles comorbides sur le devenir des personnes souffrant d'un PEP, souligne l'importance de continuer à investir dans l'amélioration de l'accessibilité aux services en santé mentale. Des efforts doivent également être déployés afin de faire tomber les murs entre les différents services, de manière à ce que les jeunes adultes avec un PEP puissent bénéficier d'interventions globales qui tiennent compte de la pluralité de leurs besoins.

RÉFÉRENCES

Abdelghaffar, W., Ouali, U., Jomli, R., Zgueb, Y. et Nacef, F. (2016). Posttraumatic stress disorder in first-episode psychosis : Prevalence and related factors. *Clin Schizophr Relat Psychoses, 12*(3), 105-112B.

Achim, A., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C. et Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia ? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull, 37*(4), 811-821.

Addington, D., Addington, J., Maticka-Tyndale, E. et Joyce, J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res, 6*(3), 201-208.

Amore, M., Murri, M. B., Calcagno, P., Rocca, P., Rossi, A., Aguglia, E., Bellomo, A., Blasi, G., Carpiniello, B., Cuomo, A., dell'Osso, L., di Giannantonio, M., Giordano, G. M., Marchesi, C., Monteleone, P., Montemagni, C., Oldani, L., Pompili, M., Roncone, R., … Maj, M. (2020). The association between insight and depressive symptoms in schizophrenia : Undirected and Bayesian network analyses. *Eur Psychiatry, 63*(1), 1-21.

Awad, A. G. (2019). Revisiting the concept of subjective tolerability to antipsychotic medications in schizophrenia and its clinical and research implications : 30 years later. *CNS Drugs, 33*(1), 1-8.

Bergamini, A., Turrina, C., Bettini, F., Toccagni, A., Valsecchi, P., Sacchetti, E. et Vita, A. (2018). At-risk gambling in patients with severe mental illness : Prevalence and associated features. *J Behav Addict, 7*(2), 348-354.

Best, M. W., Law, H., Pyle, M. et Morrison, A. P. (2020). Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophr Res, 223*, 112-118.

Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z. et Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis : a study in first episode psychosis. *Behav Res Ther, 45*(5), 1025-1037.

Björkenstam, E., Pierce, M., Björkenstam, C., Dalman, C. et Kosidou, K. (2020). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and risk for non-affective psychotic disorder : The role of ADHD medication and comorbidity, and sibling comparison. *Schizophr Res, 218*, 124-130.

Canadian ADHD Resource Alliance. (2018). *Canadian ADHD practice guidelines* (4e éd.). https://www.caddra.ca/canadian-adhd-practice-guidelines/

Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D. et Jackson, H. J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord, 22*(4), 353-364.

Corbeil, O., Corbeil, S., Dorval, M., Carmichael, P. H., Giroux, I., Jacques, C., Demers, M. F. et Roy, M. A. (2021). Problem gambling associated with aripiprazole : A nested case-control study in a first-episode psychosis program. *CNS Drugs, 35*(4), 461-468.

Corbeil, O., Corbeil, S., Giroux, I., Jacques, C., Dorval, M., Demers, M. F. et Roy, M. A. (2020). Problem gambling associated with aripiprazole in first-episode psychosis patients : A series of 6 case reports. *J Clin Psychopharmacol, 40*(2), 191-194.

Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H., Guloksuz, S., Hui, C. L. M., Chen, E. Y. H., Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., … Kane, J. M. (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis : A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry, 75*(6), 555-565.

Desai, R. A. et Potenza, M. N. (2009). A cross-sectional study of problem and pathological gambling in patients with schizophrenia/schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry, 70*(9), 1250-1257.

Ferris, J. et Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index : final report*. https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/Details/canadian-problem-gambling-index-final-report

Francey, S. M., Jovev, M., Phassouliotis, C., Cotton, S. M. et Chanen, A. M. (2018). Does co-occuring borderline personality disorder influence acute phase treatment for first-episode psychosis ? *Early Interv Psychiatry, 12*(6), 1166-1172.

Glaser, J. P., Van Os, J., Thewissen, V. et Myin-Germeys, I. (2010). Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand, 121*(2), 125-134.

Gleeson, J. F. M., Chanen, A., Cotton, S. M., Pearce, T., Newman, B. et McCutcheon, L. (2012). Treating co-occuring first-episode psychosis and borderline personality : a pilot randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry, 6(1),* 21-29.

Hall, J. (2017). Schizophrenia—an anxiety disorder ? *Br J Psychiatry, 211*(5), 262-263.

Haydock, M., Cowlishaw, S., Harvey, C. et Castle, D. (2015). Prevalence and correlates of problem gambling in people with psychotic disorders. *Compr Psychiatry, 58*, 122-129.

Helfer, B., Samara, M. T., Huhn, M., Klupp, E., Leucht, C., Zhu, Y., Engel, R. R. et Leucht, S. (2016). Efficacy and safety of antidepressants added to antipsychotics for schizophrenia : A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry, 173*(9), 876-886.

Herniman, S. E., Allott, K., Phillips, L. J., Wood, S. J., Uren, J., Mallawaarachchi, S. R. et Cotton, S. M. (2019). Depressive psychopathology in first-episode schizophrenia spectrum disorders : a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med, 49*(15), 2463-2474.

Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L. et Götestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling : a critical literature review. *J Gambl Stud, 25*(1), 67-92.

Jutla, A., Califano, A., Dishy, G., Hesson, H., Kennedy, L., Lundgren, B., Pia, T., Veenstra-VanderWeele, J., Brucato, G. et Girgis, R. R. (2020). Neurodevelopmental predictors of conversion to schizophrenia and other psychotic disorders in adolescence and young adulthood in clinical high risk individuals. *Schizophr Res, 224*, 170-172.

Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., Taylor, L., Lucas, E., Mahendra, R., Ghosh, S., Mason, A., Badrakalimuthu, R., Hepworth, C., Read, J. et Mehta, R. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder : Similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis, 198*(6), 399-403.

Luce, C., Nadeau, L. et Kairouz, S. (2016). Pathways and transitions of gamblers over two years. *Int Gambl Stud, 16*(3), 357-372.

McGinty, J., Sayeed Haque, M. et Upthegrove, R. (2018). Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk : A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res, 195*, 58-66.

McGinty, J. et Upthegrove, R. (2020). Depressive symptoms during first episode psychosis and functional outcome : A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res, 218*, 14-27.

Meier, S. M., Petersen, L., Pedersen, M. G., Arendt, M. C., Nielsen, P. R., Mattheisen, M., Mors, O. et Mortensen, P. B. (2014). Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia : a nationwide study. *JAMA Psychiatry, 71*(11), 1215-1221.

Neal, P., Delfabbro, P. et O'Neil, M. (2005). *Problem gambling and harm : towards a national definition*. https://www.gamblingresearch.org.au/publications/problem-gambling-and-harm-towards-national-definition

Nourredine, M., Gering, A., Fourneret, P., Rolland, B., Falissard, B., Cucherat, M., Geoffray, M. M. et Jurek, L. (2021). Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in childhood and adolescence with the risk of subsequent psychotic disorder : A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 78*(5), 519-529.

Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S. et O'Brien, C. (2014). An overview of and rationale for

changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *J Gambl Stud, 30*(2), 493-502.

Roy, M. A., Achim, A. M., Vallières, C., Labbé, A., Mérette, C., Maziade, M., Demers, M. F. et Bouchard, R. H. (2015). Comorbidity between anxiety disorders and recent-onset psychotic disorders. *Schizophr Res, 166*(1-3), 353-354.

Roy, M. A., Vallieres, C., Lehoux, C., Leclerc, L. D., Demers, M. F. et Achim, A. M. (2018a). More intensive probing increases the detection of social anxiety disorders in schizophrenia. *Psychiatry Res, 268*, 358-360.

Roy, M. A., Demers, M. F. et Achim, A. M. (2018b). Social anxiety disorder in schizophrenia : a neglected, yet potentially important comorbidity. *J Psychiatry Neurosci, 43*(4), 287-288.

Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. et Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther, 43*(7), 831-842.

Slotema, C. W., Daalman, K., Blom, J. D., Diederen, K. M., Hoek, H. W. et Sommer, I. E. C. (2012). Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychol Med, 42*(9), 1873-1878.

Solmi, M., Fornaro, M., Toyoshima, K., Carvalho, A. F., Köhler, C. A., Veronese, N., Stubbs, B., de Bartolomeis, A. et Correll, C. U. (2019). Systematic review and exploratory meta-analysis of the efficacy, safety, and biological effects of psychostimulants and atomoxetine in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *CNS Spectr, 24*(5), 479-495.

Strålin, P. et Hetta, J. (2019). First episode psychosis and comorbid ADHD, autism and intellectual disability. *Eur Psychiatry, 55*, 18-22.

Swets, M., Dekker, J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Smid, G. E., Smit, F., de Haan, L. et Schoevers, R. A. (2014). The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophr Res, 152*(2-3), 458-468.

Tschoeke, S., Steinert, T., Flammer, E. et Uhlmann, C. (2014). Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *J Nerv Ment Dis, 202*(7), 544-549.

van der Zwaard, R. et Polak, M. A. (2001). Pseudohallucinations : a pseudoconcept ? A review of the validity of the concept, related to associate symptomatology. *Compr Psychiatry, 42*(1), 42-50.

Van Putten, T. et Marder, S. R. (1987). Behavioral toxicity of antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry, 48 Suppl*, 13-19.

van Rooijen, G., Vermeulen, J. M., Ruhe, H. G. et de Haan, L. (2019). Treating depressive episodes or symptoms in patients with schizophrenia. *CNS Spectr, 24*(2), 239-248.