

Tableau 2 : Les recommandations cliniques de l'EPA pour l'intervention précoce auprès des patients à haut-risque clinique (CHR) pour le développement de troubles psychotiques (Schmidt et al., 2015 [12]).

RECOMMANDATION 1 : OBJECTIFS DE TRAITEMENT (consensus des experts)

D'après les recommandations générales de l'EPA sur la prévention des troubles mentaux, l'intervention précoce auprès des patients avec un état CHR de psychose ne doit pas seulement viser à prévenir le premier épisode d'une psychose affective ou non-affective, mais aussi éviter le développement ou la persistance de défaillances fonctionnelles, sociales, éducatives ou professionnelles.

RECOMMANDATION 2 : LA BASE POUR LE TRAITEMENT (consensus des experts)

L'EPA considère que toute intervention préventive de la psychose demande que l'état de CHR soit évalué en stricte conformité avec ses recommandations vis-à-vis la détection précoce (Tableau 1 et Schultze-Lutter et al. [2]).

RECOMMANDATION 3 : LES FORMES EFFECTIVES DE TRAITEMENT (sur base de méta-analyse)

L'EPA considère que les interventions psychologiques, en particulier la psychothérapie cognitivo-comportementale, ainsi que les interventions pharmacologiques sont capables d'éviter ou au moins de retarder un premier épisode psychotique auprès des patients adultes qui présenteraient un état CHR.

RECOMMANDATION 4 : LE TRAITEMENT DE PREMIER CHOIX (consensus des experts)

L'EPA considère qu'auprès des patients adultes, un modèle d'intervention graduelle doit être appliqué avec l'approche la moins restrictive, c'est-à-dire la psychothérapie cognitivo-comportementale, et être proposé comme premier choix. Lorsque les interventions psychologiques s'avèrent inefficaces, elles devraient être complétées par un traitement avec neuroleptiques de deuxième génération à faible dose, chez les patients adultes qui présenteraient un état CHR. Ces interventions doivent être appliquées si une symptomatologie sévère et progressive (APS avec un *insight* seulement minimal ou clairement en baisse, ou BLIPS avec une fréquence plus élevée ou croissante) est présente, et avoir pour premier objectif d'atteindre un degré de stabilisation symptomatologique qui puisse soutenir l'efficacité des interventions psychologiques. Ainsi, toute prescription de neuroleptiques à long terme à visée préventive ne saurait être recommandée.

RECOMMANDATION 5 : LES COMORBIDITÉS (consensus des experts)

L'EPA considère que toutes interventions en CHR doivent aussi s'adresser aux besoins particuliers du patient, et aux autres troubles psychiatriques qui sont présents (comorbidités), en particulier la dépression et l'anxiété prises en charge selon les recommandations de traitement les plus actuelles.

Ces troubles devraient être bien évalués et surveillés régulièrement par un spécialiste (un psychiatre, un psychologue clinicien, ou un professionnel de la santé mentale équivalent).

RECOMMANDATION 6 : LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS (sur base de méta-analyse)

L'EPA considère que les données scientifiques actuelles portent sur la valeur prédictive des critères CHR (Schultze-Lutter et al. [4]). En ce qui concerne l'efficacité des interventions psychologiques et pharmacologiques auprès des enfants et des jeunes adolescents, les données actuelles sont insuffisantes pour justifier la mise en route d'une prise en charge préventive.

RECOMMANDATION 7 : LE TRAITEMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS (consensus des experts)

L'EPA considère qu'auprès des enfants et des adolescents, les interventions spécifiques qui visent l'amélioration du fonctionnement devraient être dispensées dans le cadre d'un plan de traitement, et complétées par des interventions visant les autres problèmes psychosociaux et troubles psychiques comorbides. Les symptômes CHR devraient être surveillés soigneusement pour repérer une progression potentielle sur une période prolongée, et le plan de traitement devrait être adapté selon l'évolution des symptômes CHR.