

1 Pourquoi et comment soigner plus précocement les troubles 2 psychotiques?

3
4 Why and how to treat psychosis earlier?
5
6
7

8
9 *Vincent Laprevote*^{1,2,3}, *Ulrike Heitz*², *Paolo di Patrizio*⁴, *Erich Studerus*², *Fabienne Ligier*^{1,5},
10 *Thomas Schwitzer*^{1,3}, *Raymund Schwan*^{1,3,4}, *Anita Riecher-Rössler*²
11

- 12
13 1. Centre Psychothérapique de Nancy, 1 rue du Dr Archambault, F-54 520 Laxou, France
14 2. Universität Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Zentrum für Gender Research und
15 Früherkennung, Basel, Schweiz
16 3. EA 7298, INGRES, Université de Lorraine, Vandoeuvre-lès-Nancy F-54000, France
17 4. Faculté de Médecine, Université de Lorraine, Nancy F-54000, France
18 5. Université de Lorraine, Université Paris Descartes, EA 4360, APEMAC, Nancy, F-54000,
19 France
20

21 *auteur correspondant:

22 Dr Vincent Laprevote, Centre Psychothérapique de Nancy, 1 rue du Dr Archambault, F-54 520
23 Laxou, France, v.laprevote@chu-nancy.fr
24

25 Conflits d'intérêt : Aucun.
26
27
28

29
30 Journal : La Presse Médicale
31

32 Rubrique : Mise au point
33

34 Mots-clefs : Psychose, Détection précoce, Intervention précoce, Médecine Générale
35

36 Keywords: Psychosis, Early detection, Early intervention, Generalist Practitioner
37

38 Nombre de caractères (espaces compris): ~ 28 300 (Maximum 40 000)
39

40 Nombre de figures : 4
41

42 Nombre de tableaux : 1
43

44 Nombres de référence : 31

45 Pourquoi et comment soigner plus précocement les troubles 46 psychotiques?

47

48

49 **Points essentiels**

50

51

52 • Les troubles psychotiques chroniques comme la schizophrénie sont des maladies qui
53 débutent habituellement chez l'adulte jeune et qui peuvent être très invalidantes. Elles
54 diminuent l'espérance de vie de 22 ans en moyenne.

55

56 • Les modèles actuels décrivent une installation progressive des troubles psychotiques. Ceux-
57 ci peuvent être précédés d'un état mental à risque de psychose caractérisé par des
58 symptômes désormais bien répertoriés.

59

60 • Dans un système de soins tenant compte uniquement du premier épisode psychotique, la
61 durée de maladie non traitée (DMNT) peut atteindre plusieurs années. Or cette DMNT a un
62 impact direct sur le pronostic de la maladie.

63

64 • Les recommandations internationales actuelles préconisent de réduire la DMNT en détectant
65 et en intervenant précocement dans les états mentaux à risque de psychose. Cela permet
66 également au patient de s'insérer dans les soins dans un moment où il est pleinement en état
67 d'y consentir et d'y adhérer.

68

69 • Le médecin généraliste est un acteur capital de la détection précoce des troubles
70 psychotiques. La détection des états mentaux à risque de psychose en cabinet de médecine
71 générale peut être réalisée par des moyens simples et standardisés que nous décrivons ici.

72

73 • De nombreux pays dans le monde ont développé des centres de détection et d'intervention
74 précoce pour les états mentaux à risque de psychose. Il est démontré que ces interventions
75 diminuent nettement le risque de transition vers une psychose constituée et améliorent le
76 pronostic.

77

78 • Les données récentes concernant ces mesures de détection et d'intervention précoce
79 constituent une avancée majeure dans la pratique de la psychiatrie. Il est désormais
80 nécessaire de développer largement de telles mesures en France.

81

82

83

84

85

86

87

88

89 **Why and how to treat psychosis earlier in France?**

90

91

92 **Key-points**

93

94

95 • Chronic psychosis, as for instance schizophrenia, usually begins in young adulthood and
96 may cause severe disability. It causes a mean loss of life expectancy of 22 years

97

98 • Actual models of psychosis do not trace the beginning of psychosis to the first franc
99 psychotic episode only, but to earlier symptoms.

100

101 • In a classical health system only considering the first psychotic episode, the mean duration
102 of untreated illness (DUI) can last several years. Yet this DUI has a direct impact on the
103 prognosis of the disease.

104

105 • Actual international recommendations prescribe to early detect and treat at risk mental states
106 of psychosis, thus reducing DUI. Such an attitude also helps the patient to integrate care in a
107 moment where she/he is fully in condition to consent and to adhere.

108

109 • Generalist practitioners are crucial actors of early detection. We describe here simple and
110 standardized tools helping early detection of high risk mental states of psychosis in primary
111 care and the appropriate attitude to do it properly.

112

113 • Numerous countries have developed early detection and treatment centers for psychosis. It
114 has been established that such interventions clearly decrease the risk of transition towards
115 chronic psychosis and improve the prognosis.

116

117 • These recent data about early detection and intervention in psychosis are a major step
118 forward in psychiatry practice. It is now necessary to largely develop such actions in France.

119

120

121

122

123

124

125

126 **Introduction**

127

128 Les troubles psychotiques chroniques, dont la schizophrénie est la plus fréquente, peuvent
129 constituer une épreuve très lourde pour les patients et leurs familles. Actuellement la prévalence de
130 la schizophrénie est estimée à 0.5 à 1% de la population, soit un risque individuel de 0.7% sur la vie
131 entière [1,2]. Ces troubles sont caractérisés par la survenue chez l'adulte jeune de symptômes dits
132 positifs, regroupant les hallucinations et le délire, de symptômes négatifs comme l'**apragmatisme**, la
133 pauvreté du langage ou le retrait social, et de symptômes de désorganisation, correspondant à une
134 perte de l'unité et de la cohérence des pensées, du discours, des affects ou du comportement. Les
135 traitements reconnus de ces troubles psychotiques chroniques associent une pharmacothérapie basée
136 sur la prescription de médicaments antipsychotiques à des moyens de psychothérapie et à la
137 réhabilitation psychosociale du patient.

138

139 L'amélioration de ces soins a permis une nette amélioration du devenir des patients au cours des
140 dernières décennies [3], mais les troubles psychotiques peuvent rester d'une grande gravité. Si 10 à
141 20% des patients connaîtront une récupération complète et durable de leurs capacités, d'autres
142 patients auront une récupération seulement partielle des troubles, voire devront affronter des
143 symptômes persistants [4]. Du fait du risque de permanence des symptômes et de la longue durée de
144 la maladie, la schizophrénie a été classée par l'OMS parmi les 10 causes les plus importantes de
145 handicap [5]. Mais surtout ces troubles sont marqués par une importante perte d'espérance de vie,
146 estimée à 22 ans pour la schizophrénie [6]. Il faut souligner que les principales causes de mortalité
147 **précoce** de la population générale sont retrouvées dans la schizophrénie et que toutes sont
148 augmentées très significativement [7]. Parmi ces causes de mortalité **précoce**, le suicide tient une
149 place importante puisque le risque sur une vie entière de mourir par suicide est 12 fois supérieur à la
150 population générale [7]. Pour toutes ces raisons, l'ensemble des acteurs de santé sont concernés par
151 cette maladie grave, et en premier lieu le **médecin généraliste** qui est un recours permanent dans ces

152 situations de longue durée, mais qui est aussi souvent l'un des premiers à constater le début des
153 troubles, bien avant les acteurs spécialisés.

154

155 Étant donné que les troubles psychotiques surviennent à un âge jeune, lorsque les patients sont en
156 pleine réalisation de leur construction personnelle et professionnelle, et compte tenu de certains
157 symptômes comme le retrait social, ces troubles mettent gravement en péril l'insertion sociale et
158 professionnelle. Leur survenue à un jeune âge peut donc avoir des conséquences sur de très
159 nombreuses années après la survenue des premiers symptômes.

160

161 A côté de ces conséquences personnelles dramatiques, les seuls soins des troubles psychotiques
162 représentent un coût moyen annuel de 23 929 € pour une personne en France [8]. Plus précisément,
163 l'ensemble des coûts annuels pour la société a été estimé au Royaume Uni à 6.7 milliards de livres
164 en 2004-2005 dont entre autres 2 milliards pour les soins et 4.7 milliards de coûts indirects pour la
165 société [9].

166 Un modèle progressif de développement de la psychose

167

168 De manière conventionnelle, le traitement des troubles psychotiques a longtemps été considéré
169 comme devant débiter au premier épisode psychotique constitué, sans prêter attention à la période
170 précédant ce premier épisode. Or la littérature a largement démontré qu'il existait souvent un long
171 délai entre l'apparition du premier épisode psychotique et l'instauration d'un traitement médical
172 efficace. Dans un système de soins conventionnel, le retard diagnostique et d'accès aux soins
173 engendre une durée de psychose non traitée (DPNT) estimée à 1 à 2 ans, ce qui constitue un retard
174 au traitement considérable [10,11]. Avant l'éclosion franche des symptômes psychotiques (voir la
175 figure 1), cette DPNT est souvent précédée de symptômes prodromaux, non spécifiques mais
176 pouvant être identifiés précocement ce qui rajoute à cette durée de psychose non traitée, une durée
177 totale de maladie non traitée (DMNT) plus longue encore [12].

178

179

Insérer ici la figure 1

180

181 De fait, la littérature actuelle fait émerger un modèle très progressif concernant le début de la
182 psychose (voir en résumé la figure 2, pour une revue de littérature voir Fusar Poli [13] ou Krebs
183 [14]). Cette progressivité permet, selon un certain nombre de critères diagnostiques, d'identifier des
184 états mentaux à risque de psychose. Deux types de critères ont coexisté dans la littérature pour
185 décrire ces états à risque : les symptômes de base et les critères "ultra-high-risk" (UHR). Les
186 symptômes de base ont été les premiers à avoir été décrits historiquement par les équipes
187 allemandes, en particulier sur la base des travaux phénoménologiques de Gert Huber (GROSS G.,
188 HUBER G. (1985), « Psychopathology of basic stages of schizophrenia in view of formal thought
189 disturbances », *Psychopathology*, 18(2-3):115-25.) [15]. Ces symptômes sont des perturbations
190 subjectives expérimentées dans différents domaines, comme la perception, le contenu de la pensée,
191 le langage, l'attention, et qui sont distincts des symptômes psychotiques classiques car ils ne

192 contiennent pas de perte franche de contact avec la réalité et le patient lui-même se les représente
193 comme anormaux. Les *critères UHR* sont les plus utilisés dans la littérature [16]. Leur application
194 requiert l'apparition d'un ou plusieurs des critères suivants : l'apparition de *symptômes positifs*
195 *atténués* (SPA) qui sont d'authentiques symptômes psychotiques durables mais dont l'intensité
196 n'atteint pas un niveau suffisant pour qualifier un épisode psychotique selon les critères du DSM ;
197 l'apparition souvent plus tardive de *symptômes psychotiques limités intermittents* (SPLI) et brefs (en
198 anglais Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms, BLIPS) qui sont des expériences
199 psychotiques franches mais fugaces disparaissant en moins d'une semaine ; la présence d'une
200 vulnérabilité génétique identifiée dans les antécédents familiaux associée à un déclin marqué du
201 fonctionnement psychosocial ; la présence de [symptômes](#) prodromaux non spécifiques.

202

203 Il faut noter que les définitions des *symptômes de base* et des *critères UHR* ne les opposent pas mais
204 les rendent complémentaires. Ainsi, la compréhension actuelle de la maladie les associe en plaçant
205 les symptômes de base dans une *phase précoce d'état à risque de psychose* et les SPA et les SPLI
206 dans une *phase tardive d'état à risque de psychose* [13]. La figure 2 reprend l'articulation de ces
207 différents symptômes dans le développement de l'état à risque de psychose.

208

209 Pour les personnes présentant un état mental à risque de psychose, il s'agit donc de veiller au risque
210 de *transition vers la psychose*. Dans la littérature un éventail de différents critères a été employé
211 pour définir cette transition. Classiquement ces critères se rapprochent de ceux définis par Yung et
212 al [17] : la survenue d'au moins un symptôme positif franc plusieurs fois par semaine pendant plus
213 d'une semaine. Toutes les personnes qui présentent un état mental à risque de psychose ne feront
214 pas cette transition vers [une](#) psychose constituée. On retrouve dans les cohortes qui suivent les états
215 mentaux à risque un taux de transition relativement constant, compris entre 18% à 6 mois de suivi et
216 36% après 3 ans de suivi, malgré les disparités méthodologiques et de populations entre les
217 différentes études [18].

218

219

220

Insérer ici la figure 2

221

222

223 **Pourquoi détecter et intervenir précocement ?**

224

225 Idéalement, repérer et intervenir auprès d'un patient à risque avant la transition psychotique a pour
226 but de prévenir la transition psychotique, ou au moins la retarder. Comme on le verra plus loin,
227 certains dispositifs arrivent effectivement à diminuer ce taux de transition et donc à prévenir les
228 troubles psychotiques [19]. Mais même dans les cas où la transition se produit, on sait désormais
229 qu'en diminuant la DMNT [15], avoir été mis en contact avec les soins dès le stade d'état mental à
230 risque de psychose est important pour le pronostic de la maladie, car plus une psychose est traitée
231 tardivement, plus la probabilité de rémission des symptômes positifs diminue, plus la sévérité
232 générale de la maladie s'aggrave, et plus le fonctionnement général et le taux de retour à l'emploi
233 sont diminués [20]. Une intervention précoce a donc pour but de réduire la DMNT, ce qui pourrait
234 améliorer le pronostic.

235

236 La qualité de l'alliance thérapeutique est primordiale dans le suivi d'un trouble psychotique. Or,
237 attendre le moment de l'éclosion de l'ensemble du tableau psychotique pour débiter une démarche
238 thérapeutique expose le patient à accéder aux soins dans les pires conditions : à un moment où sa
239 capacité d'adhésion aux soins est altérée par la perte de contact avec la réalité. L'instauration des
240 soins peut alors nécessiter jusqu'à une mesure de soins sans consentement qui peut elle-même gêner
241 le processus d'adhésion aux soins. Intervenir avant l'éclosion d'un trouble psychotique franc permet
242 de délivrer les informations à un moment où la personne est encore en état d'adhérer à une
243 proposition de soins. Par ailleurs, une longue DMNT risque de dégrader des liens sociaux

244 essentiels, qui pourront encore être distendus en cas de trouble psychotique franc, y compris si
245 celui-ci nécessite une hospitalisation longue. Intervenir avant la crise permet également de préserver
246 au mieux le lien social.

247

248 Cette intervention précoce est désormais recommandée par de nombreuses sociétés psychiatriques
249 nationales ou internationales, comme l'Institut National Britannique pour la Santé et l'Excellence
250 des Soins [21] ou l'Association européenne de Psychiatrie [19] Cependant, les soins psychiatriques
251 en France sont encore peu structurés pour permettre la détection et l'intervention précoce. Ce fait
252 offre un contraste saisissant avec le Royaume Uni où de nombreux centres spécifiques sont mis en
253 place, permettant aux acteurs de première ligne d'adresser rapidement leurs patients.

254

255 **Détecter plus précocement les psychoses en France: rôle des soins primaires**

256

257 L'information et la vigilance des acteurs de soins primaires sont essentielles à [la détection des états](#)
258 [mentaux à risque](#). Les meilleurs lieux de détection précoce sont les lieux non spécialisés, peu
259 stigmatisants. Parmi les différentes ressources disponibles pour le patient, le cabinet du médecin
260 généraliste peut donc constituer [un lieu privilégié de détection et d'orientation des états mentaux à](#)
261 [risque](#). S'il est évident que la détection d'une psychose débutante ne constitue pas une tâche
262 quotidienne [pour](#) un médecin généraliste, recevoir [un](#) tel patient n'est pas un évènement
263 impossible : une enquête menée chez les médecins généralistes irlandais a montré que 71% des
264 participants recevaient 3 à 5 patients par an pour une psychose débutante [22]. Notons d'ailleurs que
265 le fait d'avoir un médecin traitant désigné [améliore les conditions de soins](#) lors d'un premier
266 épisode psychotique [23].

267

268 En médecine générale, le cas d'un patient jeune (moins de 30 ans chez un homme, moins de 40 ans
269 chez une femme) qui consulte pour des symptômes psychiatriques atypiques est une situation qui
270 peut interpeller quant au risque de psychose. Il est désormais [établi](#) que la consommation régulière
271 de [cannabis](#) est un facteur de risque de [troubles psychotiques](#). [La présence d'une telle](#)
272 [consommation ne doit donc pas faussement rassurer un médecin lors de la survenue des symptômes](#)
273 [décrits ci-dessous mais bien constituer un facteur d'inquiétude supplémentaire](#).

274

275 D'un point de vue clinique, les symptômes qui peuvent retenir l'attention sont assez diversifiés. En
276 reprenant le modèle développé par Fusar Poli et al. [13] (voir figure 2) on peut retrouver dans les
277 années qui précèdent l'éclosion du premier épisode psychotique franc des signes avant-coureurs
278 précoces, non spécifiques, qui constituent les *symptômes de base*. Ils sont immédiatement reconnus
279 par le patient lui-même comme dysfonctionnels et ne sont pas attribués à l'environnement comme
280 peuvent l'être les symptômes psychotiques positifs. Il est important de souligner qu'ils sont en

281 rupture avec le fonctionnement habituel du patient. Il s'agit ainsi de modifications récentes dans la
282 manière de penser, de parler ou dans la perception de l'environnement. Concernant les processus de
283 pensée, on peut ainsi retrouver des interférences de pensée, des persévérations ou des blocages de
284 pensée, ainsi que des difficultés à manier les raisonnements abstraits, des troubles attentionnels. De
285 subtils troubles de l'émission ou de la perception du langage peuvent également être présents. On
286 peut aussi retrouver des difficultés à discriminer le produit de l'imagination de la perception de la
287 réalité, de la déréalisation ou des idées de références fugaces, *c'est-à-dire que des significations*
288 *personnels sont données à des événements anodins de l'environnement.* Enfin des perturbations
289 sensorielles fines peuvent survenir comme une hypersensibilité à la lumière ou aux sons [15].

290

291 A un stade plus avancé, on peut observer des *symptômes psychotiques atténués*. Il s'agit de
292 symptômes psychotiques à bas bruit, qui seront des précurseurs de délire ou d'hallucinations. Ceux-
293 ci n'atteignent cependant pas une intensité suffisante pour être des symptômes psychotiques positifs
294 selon les classifications : un certain niveau de conscience des symptômes peut ainsi être préservé
295 ainsi qu'une capacité à s'adapter à ces symptômes. Certains patients peuvent se sentir « comme
296 dans un film », se sentir étranger à leur propre corps, se sentir observés, suivis ou menacés.
297 Cependant, on ne retrouve pas à ce stade de conviction inébranlable, qui serait un critère de délire
298 constitué. Certains patients peuvent également ressentir des modifications des perceptions, sans
299 toutefois que les critères d'hallucinations, en tant que perception sans objet, ne soient pleinement
300 remplis. Des hallucinations partielles et temporaires peuvent également se produire, comme le fait
301 de se sentir appelé brièvement par son nom. [16]

302

303 On peut également observer à ce stade des *symptômes psychotiques limités intermittents (SPLI)* : les
304 idées délirantes et les hallucinations sont *franches mais ne sont présentes* que pour une durée courte
305 et temporaire (de quelques minutes à une semaine, avec rémission spontanée). Le stade ultérieur
306 sera la première décompensation psychotique marquée par des symptômes psychotiques aigus

307 persistants comme le délire, les hallucinations ou la désorganisation de la pensée. [16]

308

309 Évidemment, il ne s'agit pas d'envisager une évaluation spécialisée des états mentaux à risque dans
310 le cabinet de médecine générale. Dans le contexte très contraint de la médecine générale, une
311 évaluation rapide est d'ailleurs plus réaliste. Il s'agit donc avant tout de pouvoir dépister et adresser
312 les patients. Dans ce but des outils standardisés ont été développés pour faciliter ce dépistage. La
313 figure 3 reprend une traduction et les modalités d'utilisation du questionnaire d'auto-évaluation de
314 Bâle (Suisse) pour le risque de psychose [24]. Ce test est un auto-questionnaire qui peut être réalisé
315 par le patient en salle d'attente ou à domicile et qui peut ensuite servir de base à une discussion avec
316 le médecin généraliste.

317

318 *Insérer ici la figure 3*

319

320 Comment l'acteur de soins primaires doit-il se comporter et réagir lors de la découverte d'un état
321 mental à risque de psychose ? Il s'agit avant tout d'adapter son attitude à la symptomatologie. Dans
322 le contexte de méfiance qui peut accompagner cet état mental, il est utile d'instaurer une prise de
323 contact progressive et prudente, permettant au patient de se mettre en confiance. De même, il peut
324 être nécessaire de tenir compte des capacités réduites d'écoute et de compréhension du patient : il
325 faudra alors se mettre à son écoute, respecter son point de vue, adopter un langage simple, être
326 progressif dans la récolte des informations. L'évaluation du risque suicidaire est importante dans ce
327 contexte. Une fois l'état constaté médicalement, l'explication de la conduite à tenir doit également
328 être prudente et progressive : il est ainsi utile de prendre en compte la peur et le refus potentiel
329 d'une démarche psychiatrique tout en insistant sur sa nécessité. Il convient dans tous les cas de se
330 comporter de manière claire, transparente et loyale et, notamment lorsque l'on se situe dans la
331 période à risque avant l'éclosion des symptômes psychotiques, d'éviter au maximum les mesures
332 coercitives. Intégrer les proches aux différents stades d'évaluation et de soins permettra

333 d'augmenter l'efficacité de la démarche. Enfin, il sera bien souvent indispensable de prendre au
334 sérieux l'anxiété générée par les troubles, ce qui nécessitera parfois un traitement médicamenteux,
335 mais il convient d'éviter au maximum la prescription immédiate d'antipsychotiques pour privilégier
336 plutôt les traitements symptomatiques brefs comme des benzodiazépines sur une courte durée.

337

338 Si un état mental à risque de psychose est constaté, il est nécessaire de convaincre le patient de se
339 présenter rapidement dans un centre adapté. Dans le contexte français actuel, il s'agira de l'adresser
340 vers un Centre Médico-Psychologique ou vers un psychiatre libéral, mais le chapitre suivant décrit
341 les centres spécialisés qui ont été mis en place dans de nombreux pays et dont on peut souhaiter
342 qu'ils voient prochainement le jour en France. Du point de vue du médecin généraliste, il est
343 d'ailleurs frappant de constater que, dans un contexte de psychose débutante, ceux-ci privilégieront
344 un service facile d'accès, flexible, peu stigmatisant, et qui communique sur ses évaluations [25].

345 **Evaluer et intervenir : les centres de détection et d'intervention précoce**

346

347 La nécessité de fournir une évaluation et des soins spécifiques [pour les états mentaux à risque de](#)
348 [psychose](#) a conduit à la création de centres spécialisés dans le repérage et l'intervention précoce.

349 Les premiers centres ont été développés dans les années 1980-1990 en Australie par l'équipe de
350 Patrick Mc Gorry [26]. De nombreuses équipes dans le monde ont repris ce modèle et l'ont adapté à
351 leur contexte, comme par exemple au Royaume Uni, en Suisse, en Allemagne, au Canada, aux Etats
352 Unis. Certains états se sont même dotés de programmes gouvernementaux afin de développer un
353 maillage territorial, comme c'est le cas au Royaume Uni, en Australie ou au Canada. S'il existe
354 évidemment des différences culturelles selon les pays d'implantation de ces programmes, il existe
355 de nombreuses similitudes dues aux caractéristiques cliniques des états mentaux à risque de
356 psychose.

357

358 Les soins développés pour les états mentaux à risque sont essentiellement des soins ambulatoires. Il
359 est en effet absolument primordial de privilégier au maximum les liens sociaux et familiaux du
360 patient, alors même que les symptômes menacent ces liens. De nombreux auteurs insistent sur le
361 fait que ces centres doivent être spécifiques de la classe d'âge visée [21], notamment en proposant
362 un environnement et des pratiques adaptées à l'âge, notion schématiquement décrite comme « *youth*
363 *friendly* » [26]. Ce point est essentiel pour favoriser l'adhésion du patient à la démarche qui sera
364 proposée. Dans le même but, un environnement non stigmatisant est souvent choisi (en plaçant par
365 exemple le centre à distance de l'hôpital psychiatrique) et la plupart des centres se montrent très
366 faciles d'accès et très réactifs, proposant des rendez-vous rapides.

367

368 Il s'agit de centres pluridisciplinaires, dans lesquels peuvent collaborer des médecins psychiatres,
369 des psychologues, des infirmiers, des travailleurs sociaux. Classiquement, ces centres fonctionnent
370 sur le modèle du *case management* : un professionnel (généralement non médecin) est chargé de la

371 coordination de toutes les mesures proposées au patient. Il est son référent et le voit donc plus
372 fréquemment que tout autre professionnel. Il maintient la continuité du suivi, sa cohérence et facilite
373 l'établissement d'une relation de confiance. Ce rôle peut être comparé au rôle de référent hospitalier
374 pour la continuité des soins décrit dans le système de santé belge (La fonction de référent hospitalier
375 pour la continuité des soins. L'HOPITAL BELGE, n° 232, 1998/01-03, pages 48-52, réf.bibl., BEL
376 DEJACE (A.), GOSSET (C.), RONDAL (P.), et al.). Un *case manager* a donc peu de patients dans
377 sa file active, environ 10 à 30 [27]. Le psychiatre a bien plus de patients en file active car il
378 intervient essentiellement sur les aspects médicaux des soins et assure généralement une supervision
379 globale du centre.

380

381 L'une des fonctions essentielles de ce type de centres est d'abord de faire une évaluation initiale
382 complète, et de renouveler l'évaluation régulièrement. Selon les équipes différents moyens sont
383 utilisés pour effectuer l'évaluation initiale des états mentaux à risque de psychose. Le tableau I
384 reprend les différents outils disponibles dans la littérature internationale et précise ceux qui sont
385 traduits en français. Une évaluation initiale des performances neurocognitives, et la réalisation d'un
386 EEG et d'une IRM de base sont également préconisées. La figure 4 reprend à titre d'exemple
387 l'ensemble des évaluations réalisées lors du premier contact au centre de détection précoce de Bâle
388 (Suisse).

389

390 *Insérer ici le tableau 1*

391

392

393 *Insérer ici la figure 4*

394

395 Lorsque l'état mental à risque de psychose est constaté, des mesures thérapeutiques spécifiques sont
396 mises en œuvre. Ainsi le *case manager* peut organiser avec le patient des sessions d'information et

397 psychoéducation du patient et des proches, d'entretiens motivationnels, de programmes
398 d'entraînement psychologique comme la gestion du stress, de thérapies cognitivo-
399 comportementales, de remédiation cognitive. L'utilisation de médicaments reste centrée sur les
400 aspects symptomatiques, par exemple à visée anxiolytique. Il a été démontré que la prescription
401 systématique d'antipsychotiques n'aidait pas à améliorer le devenir des états à risque de psychose
402 en l'absence de symptômes positifs [19]. En revanche, en cas de survenue de symptômes positifs
403 constitués, l'utilisation d'antipsychotiques ne doit pas être retardée mais débiter à des doses faibles,
404 [et en n'employant](#) que des augmentations progressives si elles sont nécessaires.

405

406 Nombre d'essais cliniques ont évalué l'efficacité des interventions réalisées dans ces centres, ce qui
407 a donné lieu à plusieurs méta-analyses [19,28]. La méta-analyse la plus récente dénombrait 15
408 essais cliniques [comparatifs](#) et randomisés et concluait à une efficacité significative de ces
409 dispositifs, permettant une réduction du [risque de transition vers la psychose](#) de 64% à 6 mois
410 (nombre de sujets à traiter = 15) et de 59% à 18 mois (nombre de sujets à traiter = 13). Ces résultats
411 remarquables font désormais de ces centres un outil important de la réponse sociétale [aux troubles](#)
412 [psychotiques](#). On ne peut que déplorer l'absence de structuration d'une telle offre en France. Les
413 importants résultats scientifiques relevés à Paris dans le programme C'JAAD (Centre d'Evaluation
414 pour les Jeunes Adultes et Adolescents) ont joué un rôle pilote dans notre pays [29]. A l'heure de
415 l'écriture de cet article, plusieurs autres centres de soins sont en cours de constitution en France.

416 **Conclusion**

417

418 La détection et l'intervention précoces pour les troubles psychotiques constituent actuellement un
419 tournant majeur dans la prise en charge de ces troubles. Il est désormais démontré que ces
420 interventions sont efficaces et particulièrement respectueuses des individus. Elles impliquent la
421 création de centres ambulatoires spécialisés qui manquent encore largement en France. Mais il est
422 important de noter que de tels centres ne peuvent fonctionner que si les acteurs de premier plan sont
423 en position de pouvoir repérer les patients à risque. Cela implique particulièrement les médecins
424 généralistes qui peuvent désormais effectuer ce repérage grâce à [des outils faciles à utiliser,](#)
425 [disponibles, traduits en français et simples à intégrer dans un dispositif médical.](#)

- [1] Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2:e141. doi:10.1371/journal.pmed.0020141.
- [2] McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008;30:67–76. doi:10.1093/epirev/mxn001.
- [3] Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Wateraux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 1994;151:1409–16. doi:10.1176/ajp.151.10.1409.
- [4] Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;39:1296–306. doi:10.1093/schbul/sbs130.
- [5] Organization WH. The world health report 2001: mental health: new understanding new hope. World Health Organization; 2001.
- [6] Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet Lond Engl* 2009;374:620–7. doi:10.1016/S0140-6736(09)60742-X.
- [7] Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123–31. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1123.
- [8] Raymond S, Martin M, Netillard C, Mejat-Alder E, Woronoff-Lemsi M, Tissot E. Schizophrénie : évaluation du coût de la prise en charge. *J Gest Déconomie Médicales* 2009;Volume 27:421–33.
- [9] Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ* 2007;10:23–41.
- [10] Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183–8. doi:10.1176/ajp.149.9.1183.
- [11] White C, Stirling J, Hopkins R, Morris J, Montague L, Tantam D, et al. Predictors of 10-year outcome of first-episode psychosis. *Psychol Med* 2009;39:1447–56. doi:10.1017/S003329170800514X.
- [12] Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J, Pflüger M, Rössler W. Early detection and treatment of schizophrenia: how early? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2006;73–80. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00722.x.
- [13] Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013;70:107–20. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.269.
- [14] Krebs M-O, CPNLF. Signes précoces de schizophrénie. Dunod; 2015.
- [15] Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophr Bull* 2009;35:5–8. doi:10.1093/schbul/sbn139.
- [16] Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2015;30:405–16. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.010.
- [17] Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, et al. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172:14–20.
- [18] Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen*

Psychiatry 2012;69:220–9. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472.

- [19] Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, Riecher-Rössler A, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2015;30:388–404. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.013.
- [20] Schimmelmann BG, Huber CG, Lambert M, Cotton S, McGorry PD, Conus P. Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *J Psychiatr Res* 2008;42:982–90. doi:10.1016/j.jpsychires.2007.12.001.
- [21] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults - NICE Pathways 2014. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/psychosis-and-schizophrenia#path=view%3A/pathways/psychosis-and-schizophrenia/psychosis-and-schizophrenia-in-adults.xml&content=view-node%3Anodes-early-intervention-for-first-episode-psychosis> (accessed December 2, 2015).
- [22] Gavin B, Cullen W, O'Donoghue B, Ascencio-Lane JC, Bury G, O'Callaghan E. Schizophrenia in general practice: a national survey of general practitioners in Ireland. *Ir J Med Sci* 2005;174:38–42.
- [23] Cole E, Leavey G, King M, Johnson-Sabine E, Hoar A. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1995;167:770–6.
- [24] Kammermann J, Stieglitz R-D, Riecher-Rössler A. “Selbstscreen-Prodrom” - ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Psychosen. *Fortschritte Neurol Psychiatr* 2009;Vol. 77:S. 278–84.
- [25] Gavin B, Cullen W, Foley S, McWilliams S, Turner N, O'Callaghan E, et al. Integrating primary care and early intervention in psychosis services: a general practitioner perspective. *Early Interv Psychiatry* 2008;2:103–7. doi:10.1111/j.1751-7893.2008.00065.x.
- [26] McGorry PD. Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis* 2015;203:310–8. doi:10.1097/NMD.0000000000000284.
- [27] Baumann PS, Crespi S, Marion-Veyron R, Solida A, Thonney J, Favrod J, et al. Treatment and early intervention in psychosis program (TIPP-Lausanne): Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Interv Psychiatry* 2013;7:322–8. doi:10.1111/eip.12037.
- [28] Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;CD004718. doi:10.1002/14651858.CD004718.pub3.
- [29] Krebs M-O, Magaud E, Willard D, Elkhazen C, Chauchot F, Gut A, et al. [Assessment of mental states at risk of psychotic transition: validation of the French version of the CAARMS]. *L'Encéphale* 2014;40:447–56. doi:10.1016/j.encep.2013.12.003.

Remerciements :

Les auteurs remercient l'Association des Médecins du Centre Psychothérapique de Nancy qui a soutenu cette collaboration franco-suisse.

427

428

429 **Légendes des figures et tableaux**

430

431 *Figure 1 : L'apparition des symptômes psychotiques précède souvent le traitement, constituant une*
432 *durée de psychose non traitée de un à deux ans. Ces symptômes psychotiques peuvent être eux*
433 *mêmes précédés de symptômes prodromaux non spécifiques.*

434

435 *Figure 2 : Modèle progressif de développement des troubles psychotiques, d'après Fusar Poli [13]*
436 *et d'après Krebs [14] pour la traduction française.*

437

438 *Figure 3 : Questionnaire d'auto-évaluation de Bâle pour le risque de psychose (traduction*
439 *française, d'après [24])*

440

441 *Tableau I : Principales échelles permettant l'évaluation initiale du risque de psychose.*

442

443 *Figure 4 : Evaluations effectuées chez une personne présentant un état mental à risque au Centre*
444 *de Reconnaissance Précoce des Psychoses de Bâle (Suisse). Cette liste est citée à titre d'exemple.*
445 *Elle est particulièrement exhaustive du fait de la vocation de recherche du centre.*

446

447