

Liste d'évaluation pour le dépistage précoce de la schizophrénie au cabinet du généraliste

J. Aston, U. Gschwandtner, A. Riecher-Rössler

Vignette clinique

Un homme de 28 ans, entièrement pris en charge par les services sociaux, est adressé pour investigations. Il vit seul, n'a plus de travail depuis un an et a quitté plusieurs emplois auparavant.

Il aurait été un bon élève et aurait atteint le niveau du gymnase; cependant, depuis l'âge de 16 ans, il aurait rencontré de plus en plus de problèmes à l'école et ses résultats auraient chuté au point qu'il a dû quitter le gymnase. Après avoir terminé l'école obligatoire, il n'aurait pas été en situation de faire une formation. Il décrit que, depuis quelques temps, il lui est pénible de sortir de chez lui à cause d'un «certain mal-être» et qu'il évite de prendre le tram ou le bus parce qu'il n'aime pas la foule. Il passe la plus grande partie de son temps seul à la maison et n'a que de rares contacts avec sa famille ou ses amis.

Sa sœur aînée souffre de schizophrénie; le reste de l'anamnèse familiale est sans particularité.

Comment la schizophrénie débute-t-elle?

Généralement, l'apparition de la schizophrénie est précédée d'une phase prodromique peu spécifique qui peut être assez longue (durée moyenne de 4–5 ans; cependant, elle peut varier entre quelques semaines et plusieurs années) [1].

Comment la schizophrénie débute-t-elle? L'étude ABC (Age, Begin and Course) est la première étude représentative à répondre à cette question. Menée au Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (Institut central de santé mentale) de Mannheim, cette étude se fonde sur des entretiens avec 267 malades présentant leur premier épisode de schizophrénie [2, 3]. Souvent, ces patients et leur entourage avaient déjà remarqué de premières modifications psychiques 4 à 5 ans en moyenne avant que le diagnostic de schizophrénie ne soit retenu pour la première fois. Généralement, ces modifications

sont de l'ordre suivant: dépression, retrait social, méfiance, perte de l'appétit et du sommeil, agitation, angoisses, manque d'énergie, perte de confiance en soi, irritabilité, troubles de la pensée et difficultés de concentration [1].

Une «cassure dans le parcours de vie» est également fréquente; elle se manifeste par une dégradation progressive du fonctionnement professionnel, scolaire, conjugal et/ou social [4]. On note aussi que des symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations ou des troubles de la pensée ont fait une apparition un an en moyenne avant le diagnostic initial.

Ce n'est que chez quelques patients (d'après Häfner et al. 1995, seulement chez 6,5% [5]) que la psychose commence de manière soudaine par une majorité de symptômes positifs. Le terme de «symptômes positifs» se caractérise par différentes formes de délire (par exemple: le délire de persécution), différentes formes d'altération des perceptions (par exemple: entendre des voix) et différentes formes de troubles du Moi (par exemple: la lecture de la pensée). Y est opposé le concept de «symptômes négatifs» qui se caractérise par l'apathie, la réduction de la capacité d'adaptation affective, le retrait social, des difficultés de concentration et le ralentissement du cours de la pensée.

La check-list des risques comme instrument de dépistage au cabinet du généraliste

Pour permettre au médecin généraliste une évaluation rapide et ciblée de ces patients, nous avons développé une check-list des risques de psychose débutante en nous étayant sur de nombreuses publications 6–17.

Cette check-list contient, à la fois, les signes précoces potentiels les plus importants et les facteurs de risque d'une psychose débutante. Elle est conçue pour aider le généraliste à décider s'il est nécessaire d'adresser le patient à un psychiatre ou à une institution psychiatrique spécialisée.

Figure 1.

Check-list des risques – «fepsy-Projekt» de Bâle (Früherkennung von Psychosen)

Lorsque la personnalité et le fonctionnement d'une personne se modifient subitement et durablement – sans raison apparente –, il faut toujours penser à l'éventualité d'une psychose débutante. Soyez attentifs aux facteurs de risque et signes précoces suivants, en particulier si ceux-ci sont **apparus** au cours des dernières années:

A Modifications de la personnalité et du fonctionnement

Modifications de la personnalité

p.ex. sensibilité accentuée, hypersensibilité, irritabilité, nervosité, excitabilité, agitation, troubles du sommeil mais aussi manques subits d'énergie, d'élan vital, d'intérêt, d'initiative, parfois associés à une négligence des tâches

Modifications des sentiments

p.ex. méfiance, angoisses, humeur dépressive, sentiments émoussés, fortes fluctuations de l'humeur

Modifications du fonctionnement

p.ex. troubles de la concentration, forte distractivité, résistance diminuée (entre autres face au stress)

Modification des centres d'intérêt

p.ex. intérêt soudain et inhabituel pour la religion et le surnaturel

Modification de la perception de la réalité

p.ex. voir, entendre, sentir des choses inhabituelles, percevoir des goûts inhabituels; s'attribuer la responsabilité de certains événements, se sentir observé ou menacé, se sentir sous influence ou manipulé

Modification des capacités relationnelles

p.ex. difficultés relationnelles inhabituelles, repli sur soi, retrait, isolement, désintérêt pour les proches

Comportement nettement bizarre

p.ex. se parler en public, collectionner les ordures, etc.

Discours particulier

p.ex. discours circonstancié, trop élaboré, incompréhensible ou pauvreté du contenu du discours

B «Cassure» dans le parcours de vie

Cassure marquante dans le fonctionnement, difficultés professionnelles, scolaires, etc.

Chute professionnelle, perte de la place de formation ou de travail

Dégradation nette des capacités relationnelles (couple, famille, profession, etc.)

C Maladie psychique dans la parenté

Psychose connue ou suspectée dans la famille / parenté

Autres maladies psychiques dans la famille

D Drogues

Consommation régulière de drogues (alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines, etc.)

E Age

Patient / patiente de moins de 30 ans (un début plus tardif est toujours possible!)

Place du généraliste dans le dépistage des psychoses

Pour le patient, il est nettement moins gênant de consulter un médecin généraliste que de s'adresser à un psychiatre. Le généraliste représente donc souvent une première référence et une personne de confiance.

A l'aide de notre check-list, le généraliste peut dépister très précocement le début d'une telle pathologie. Il va de soi que les signes peu spécifiques se manifestent aussi dans d'autres maladies psychiques; ce sont, entre autres, les difficultés de concentration, la forte distractivité, la labilité de l'humeur, l'irritabilité, la fatigabilité, les troubles du sommeil, le retrait social.

Mais notre check-list comporte aussi des signes plus spécifiques tels que la méfiance, la «cassure dans le parcours de vie» décrite plus haut, une intensification des troubles cognitifs (les pensées s'emmêlent, le patient ne peut plus penser clairement), des altérations de la perception de la réalité (entendre ou voir des choses inhabituelles), des idées de référence débutantes (s'attribuer la responsabilité de certains événements, se sentir observé) ou encore le développement de centres d'intérêt inhabituels.

Conseils pratiques sur l'attitude à adopter au cabinet

A ce stade de maladie débutante, il peut être difficile de communiquer avec les patients et il peut s'avérer nécessaire de prévoir des consultations supplémentaires pour les évaluer. Par ailleurs, quelques-uns de ces patients ont de la peine à respecter les rendez-vous, souvent à cause des symptômes négatifs (apathie, comportement désorganisé et manque de motivation). Donc il est fréquent qu'ils ne se présentent pas aux rendez-vous. En cas de suspicion de psychose, si certains patients manquent souvent leur rendez-vous, il est nécessaire de prendre de leurs nouvelles régulièrement et même de se rendre à domicile dans certains cas.

Souvent, le début de la maladie est marqué par une étrange méfiance qui peut aussi perturber la relation médecin-patient. Puis s'ajoutent souvent des idées de référence; ainsi le patient peut croire que certaines choses sont faites en supplément pour lui. Il peut aussi inclure le médecin dans ce système de pensée et le médecin deviendra rapidement un ennemi s'il n'est pas attentif. C'est pourquoi il est important d'éviter

tout ce qui pourrait éveiller la méfiance du patient; en effet, rien ne devrait se passer dans le dos du patient. Même dans les moments cruciaux, lors de l'orientation vers un psychiatre par exemple, le patient devrait être informé le plus ouvertement possible tout au long du processus.

Si on a l'accord du patient, on peut aussi poser des questions à l'entourage. Les proches peuvent souvent décrire avec précision les changements du patient. Il est aussi important d'obtenir l'anamnèse familiale (parents du premier ou du deuxième degré présentant une psychose?) parce que les facteurs génétiques ont une grande influence sur le risque de présenter une schizophrénie [12, 13].

Lorsque l'entourage est inquiet et que le patient refuse de venir au cabinet, une visite à domicile s'impose. S'il y a des raisons de croire que le patient pourrait se montrer agressif, il est recommandé de demander conseil au service psychiatrique cantonal le plus proche car, selon les circonstances, la présence d'un psychiatre expérimenté lors de la visite à domicile peut s'avérer nécessaire.

Dans les cas où les symptômes psychotiques positifs sont prépondérants, on est souvent confronté au délire de persécution à des degrés divers. Dans de telles situations, il faut poser des questions très ciblées, par exemple: «est-ce que vous vous sentez menacé par quelqu'un?», «pensez-vous que quelqu'un veut vous faire du mal?»

Importance du dépistage précoce d'une psychose débutante

Le dépistage précoce d'une pathologie du type de la schizophrénie peut relever du défi dans les formes à début insidieux. Mais il vaut la peine que le généraliste relève ce défi; en effet, il a été montré que plus une psychose non traitée dure, plus elle est délétère du point de vue de la symptomatologie, des capacités sociales

Quintessence

- Une phase prodromique peu spécifique de 4-5 ans et une «cassure dans le parcours de vie» précèdent l'apparition claire d'une schizophrénie dans beaucoup de cas.
- Le début de la maladie est souvent insidieux, marqué par des symptômes surtout négatifs et peu spécifiques; la présence de symptômes positifs aigus est rare.
- La «check-list des risques» passe en revue les facteurs de risque et les signes précoces les plus importants et devrait faciliter une évaluation rapide et ciblée; elle aide le généraliste à décider s'il faut adresser le patient à un psychiatre ou à une institution psychiatrique.
- Un dépistage et une intervention précoces peuvent avoir une influence favorable sur l'évolution.

Lieux de référence

Genève: Belle-Idée, tél. 022 305 41 11 – urgences psychiatriques 24h/24h, tél. 022 372 38 62

Lausanne: Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA), Site de Cery, tél. 021 647 61 11

Neuchâtel: Hôpital psychiatrique cantonal, Perreux, tél. 032 843 22 22

Consultation en vue du dépistage précoce des psychoses, contact par Internet: <http://fepsy.uhbs.ch> (site en allemand)

et cognitives, et plus les possibilités de traitement sont réduites [18, 19]. De nombreux auteurs rapportent qu'une intervention précoce peut influencer favorablement l'évolution à court et à long terme [20–23]. Dans le contexte

d'une psychose existe également un risque suicidaire élevé [24]. Reconnaître précocement une psychose débutante peut, non seulement, souvent empêcher que la maladie ne devienne chronique, mais aussi, parfois sauver des vies.

Références

- 1 Häfner H, Riecher A, Maurer K, Meissner S, Schmidke A, Faetkenheuer B, et al. Ein Instrument zur retrospektiven Einschätzung des Erkrankungsbeginns bei Schizophrenie (Instrument for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia – «IRAOS») Entwicklung und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1990;19:230–55.
- 2 Häfner H, Riecher-Rössler A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W, an der Heiden W, et al. Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1991;59:343–60.
- 3 Riecher A, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B, an der Heiden W, Munk Jorgensen P, et al. Sex differences in age at onset and course of schizophrenic disorders: a contribution to the understanding of the disease? In: Häfner H, Gattaz WF (eds). *Search for the causes of schizophrenia*, Vol. 2. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991.
- 4 Riecher A. Die beginnende Schizophrenie als «Knick in der Lebenslinie». In: Schneider, H. (Hrsg.). *Lieben und Arbeiten: Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens*. Heidelberg: Mattes; 1999.
- 5 Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Stein A, Könnicke R, et al. In: Häfner, H, and Gattaz, WF (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia*. Vol. 111. Berlin, Heidelberg: Springer; 1995.
- 6 Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, et al. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychol Med* 1989;19:649–56.
- 7 Cannon TD, Mednick SA, Parnas J. Antecedents of predominantly negative- and predominantly positive-symptom schizophrenia in a high-risk population. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:622–32.
- 8 Cutting J, Dunne F. Subjective experience of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989;15:217–31.
- 9 Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, Macmillan JF. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. 1. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry* 1986; 148:115–20.
- 10 Klosterkötter J, Gross G, Huber G, Steinmeyer WM. Sind selbst wahrnehmbare neuropsychologische Defizite bei Patienten mit Neurose- oder Persönlichkeitsstörungsdiagnosen für spätere schizophrenie Erkrankungen prädiktiv? *Der Nervenarzt* 1997;65:196–204.
- 11 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* 1998;172 (Suppl.):14–20.
- 12 Kahn E. Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. In: Rüdin E. (Hrsg.) *Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen*. Berlin, Heidelberg: Springer; 1923.
- 13 Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon Family Study. Their factor structure and familial relationship with psychotic and affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:296–303.
- 14 Crow TJ. Aetiology of schizophrenia: an evolutionary theory. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10 (Suppl3): 49–56.
- 15 Allebeck P, Adamsson C, Engstrom A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County [published erratum appears in *Acta Psychiatr Scand* 1993 Oct;88(4): 304]. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88:21–4.
- 16 Eikmeier G, Lodemann E, Pieper L, Gastpar M. Cannabiskonsum und Verlauf schizophrener Psychosen. Cannabis use and the course of schizophrenia. *Sucht* 1991;37:377–82.
- 17 Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996;40:1155–63.
- 18 McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: research. *Schizophr Bull* 1996;22: 327–45.
- 19 Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991;17:325–51.
- 20 Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl 33):53–9.
- 21 McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull* 1996;22:201–22.
- 22 McGorry PD, Edwards, J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;16: 305–26.
- 23 an der Heiden W, Krumm B, Müller S, Weber I, Biehl H, Schäfer M. Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie. *Nervenarzt* 1995;6: 820–7.
- 24 Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first-admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1993;163:183–9.