

Importance du dépistage et du traitement précoces des psychoses

Andor E. Simon^{a, b}, Klaus Schmeck^c, Alain Di Gallo^d, Stefan Borgwardt^e, Jacqueline Aston^e, Binia Roth^d, Alexander Zimmer^a, Anita Riecher-Rössler^e

Quintessence

- Comme de nombreuses autres affections psychiques, les psychoses débutent souvent à l'adolescence. L'adolescence est la phase de la vie lors de laquelle s'établissent les bases pour les compétences personnelles, sociales et professionnelles de la vie adulte ultérieure. Dans la mesure où les psychoses restent souvent non détectées et non traitées durant des mois voire des années, elles résultent en des pertes durables de ces compétences.
- Le premier épisode psychotique est fréquemment précédé d'une phase prodromique, dont les caractéristiques typiques sont une baisse brutale des performances par ex. à l'école, dans les études ou au travail («cassure dans le parcours de vie»), ainsi que le retrait social souvent associé.
- Il existe différents concepts permettant l'opérationnalisation de la phase prodromique, notamment les symptômes de base, les critères dits «Ultra High Risk» (UHR – risque très élevé de psychose), ainsi que le «Basel Screening Instrument for Psychosis» (BSIP). Les modèles de prédiction cliniques-neurobiologiques combinés associent des paramètres neuropsychologiques et le recours à des procédés d'imagerie médicale.
- Des études récentes ont notamment porté sur une population de sujets présentant des symptômes qui sont peut-être l'expression d'un risque moindre de psychose et qui font partie du continuum des symptômes de type psychotique, symptômes qui ont également été décrits dans la population générale en bonne santé, particulièrement durant l'adolescence.

Le diagnostic différentiel des phases psychotiques précoces représente l'un des défis majeurs de la psychiatrie. Les consultations spécialisées disposent de l'expertise nécessaire pour faire la distinction entre les réelles situations à risque et les situations non à risque, mais également entre les troubles psychotiques aigus transitoires et les troubles psychotiques persistants, ce qui est tout aussi déterminant pour le choix de la méthode de traitement que pour éviter une stigmatisation inutile, qui doit être empêchée par tous les moyens. La collaboration entre les différentes consultations spécialisées permet en outre qu'un nombre suffisamment élevé de patients puisse être évalué scientifiquement et que les interprétations aient une pertinence suffisante.



Andor E. Simon

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Introduction

Les psychoses englobent une multitude d'affections, qui se distinguent par leur degré de sévérité et par leur évo-

lution. Les psychoses schizophréniques font partie des affections psychiques les plus graves et elles se caractérisent souvent par des atteintes prononcées des capacités sociales. D'autres formes de psychoses comme les troubles psychotiques aigus transitoires ont une évolution plus favorable. Il n'empêche que les psychoses sont toujours à l'origine d'une immense souffrance chez les sujets touchés et chez leurs proches.

Comme de nombreuses autres affections psychiques, les psychoses débutent souvent à l'adolescence [1]. L'adolescence est la phase de la vie lors de laquelle s'établissent les bases pour les compétences personnelles, sociales et professionnelles de la vie adulte ultérieure. Dans la mesure où les psychoses restent souvent non détectées et non traitées durant des mois voire des années [2], elles résultent en des pertes durables de ces compétences. Ainsi, il n'est pas étonnant que le dépistage et le traitement précoces des psychoses soient devenus l'une des principales priorités de la psychiatrie moderne, afin d'éviter au maximum ces évolutions pathologiques défavorables. Néanmoins, la distinction entre les processus développementaux normaux spécifiques à l'adolescence et une réelle évolution psychotique constitue un défi de taille pour la psychiatrie.

Dans cet article, après de brèves précisions terminologiques, nous présenterons dans un premier temps les facteurs associés à un risque accru de psychose, discuterons leur validité et nous pencherons sur les possibilités d'améliorer leur valeur prédictive à l'avenir. Dans une seconde partie, nous résumerons les principales raisons pour lesquelles les services cliniques-scientifiques spécialisés sont essentiels pour les personnes ayant des psychoses débutantes et devraient être une composante centrale de la prise en charge psychiatrique. Enfin, nous ferons un tour d'horizon des institutions psychiatriques suisses dédiées au dépistage et au traitement précoces des psychoses et présenterons en détails les services spécialisés existant dans les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne.

^a Externe Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft

^b Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern

^c Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK) Basel

^d Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Basel-Landschaft

^e Allgemeine Psychiatrie ambulante/ Psychiatrische Universitäts-poliklinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, c/o Universitätsspital Basel

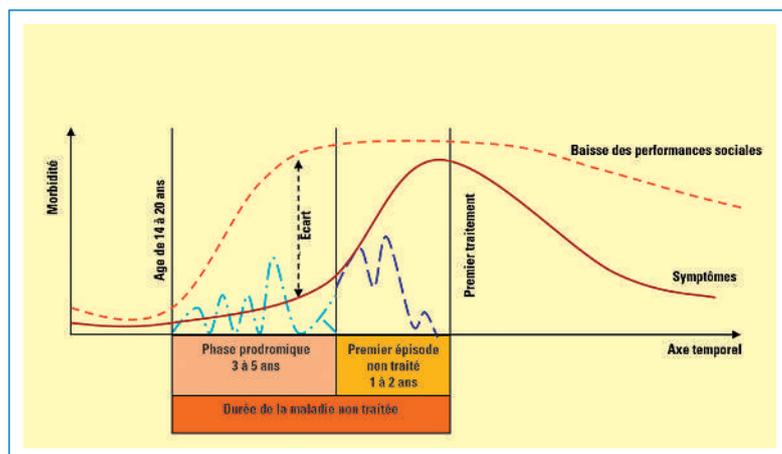


Figure 1. Phases précoces des troubles psychotiques.

La ligne continue brune reflète une évolution vers une psychose schizophrénique. Les lignes pointillées bleues représentent les variations et indiquent qu'en dépit de symptômes de type psychotique ou psychotiques transitoires, les individus peuvent avoir une évolution favorable et obtenir une rémission. La ligne pointillée rouge représente les baisses de performances importantes qui sont souvent observées en cas de phase schizophrénique précoce (les points les plus élevés sur l'axe morbidité correspondent aux performances les plus mauvaises).

Phases précoces des troubles psychotiques

La phase précédant le premier épisode psychotique est appelée «phase prodromique» (fig. 1 ). Ce terme est controversé car il désigne un état qui est nécessairement suivi de la maladie à proprement parler. Or, la psychose débutante se caractérise tout d'abord par des symptômes peu spécifiques qui n'aboutissent pas toujours à une psychose, de sorte qu'un tel état peut uniquement être qualifié de prodromique lorsque la psychose est déjà bel et bien installée. Ainsi, le prodrome est un concept de nature rétrospective. En conséquence, des termes comme *at-risk mental state* ou *clinical high risk* sont plus souvent utilisés dans la littérature.

Facteurs de risque

Différentes caractéristiques de la phase prodromique, qui peuvent constituer des facteurs de risque d'évolution psychotique, ont été décrites. Certaines de ces caractéristiques ont été bien documentées, notamment la baisse brutale des performances par ex. à l'école, dans les études ou au travail («cassure dans le parcours de vie») [3], ainsi que le retrait social souvent associé [4]. Elles représentent les premiers phénomènes de la psychose débutante et surviennent souvent avant que les premiers symptômes de type psychotique ne se manifestent. Des symptômes dépressifs et anxieux ont également été décrits rétrospectivement comme des signes précoces de la phase prodromique [4].

Différents concepts se sont imposés dans la littérature pour l'opérationnalisation de la phase prodromique. Les symptômes de base définissent la phase prodromique précoce et ils correspondent à des troubles de la

perception, de l'affectivité et de la cognition perçus subjectivement par le patient [5]. Différents instruments sont disponibles pour le dépistage des symptômes de base des psychoses [6–8]. Il a été rapporté que certains des symptômes de base possédaient une bonne valeur prédictive pour la survenue de psychoses [9, 10].

Pour le dépistage de la phase prodromique avancée, qui débouche directement sur la psychose à proprement parler, les critères dits «Ultra High Risk» (UHR – risque très élevé de psychose) sont aujourd'hui utilisés à l'échelle mondiale [11, 12]. Ces critères distinguent trois différents groupes de risque: symptômes atténués, c.-à-d. symptômes de type psychotique; épisodes psychotiques de brève durée qui sont spontanément résolutifs; diminution des performances en association avec une anamnèse familiale positive pour les psychoses ou en association avec un trouble schizotypique. Alors que d'anciennes études rapportaient des taux de transition vers une psychose de plus de 50% au cours de la 1^{re} année, ces taux sont nettement plus bas dans les études plus récentes, avoisinant 10% à 1 an [13] et 35% à 2,5 ans [14]. Dans l'étude prospective bâloise FePsy (Früherkennung von Psychosen = dépistage précoce des psychoses), le taux de transition vers la psychose était de 34% en moyenne après 5,4 ans [15].

Dans certaines études, les critères UHR ont été combinés aux symptômes de base afin d'évaluer l'ensemble de la phase prodromique [16–18].

Le «**Basel Screening Instrument for Psychosis**» (BSIP) est un outil de dépistage à utiliser en cas de suspicion d'une psychose débutante ou d'un stade prodromique de la schizophrénie. Il a été conçu pour être utilisé dans la pratique clinique de routine afin d'identifier les individus présentant une psychose ou des facteurs de risque de psychose qui devraient faire l'objet d'une mise au point détaillée [19] (voir www.fepsy.ch).

La consommation de drogues, en particulier de cannabis, joue un rôle important. En cas de vulnérabilité, le cannabis peut favoriser une évolution psychotique. Comme la consommation de cannabis est aujourd'hui déjà très répandue chez les adolescents, il est à redouter que les personnes vulnérables développent plus tôt une psychose [20].

La check-list des risques de psychose fournit un aperçu des signes d'alarme («red flags») de la psychose débutante [21], voir encadré 1.

Situation à risque et évolution pathologique ultérieure

Jusqu'à présent, l'examen des patients à risque avait pour principal objectif de décrire les caractéristiques cliniques et neurobiologiques de patients qui ont par la suite développé une psychose. La diminution des taux de transition vers une psychose soulève néanmoins la question de l'évolution ultérieure chez tous les patients qui n'ont pas développé de psychose. Seules de rares études rapportent le nombre de patients remplissant les critères UHR chez lesquels une rémission symptomatique est obtenue. Dans deux récentes études, les taux de rémission étaient respectivement de 52,4% [22]

Encadré 1. Check-list des risques de psychose.

A. Symptômes

- Isolement ou retrait social marqué.
- Difficultés prononcées du patient à assumer son rôle au travail, dans les études ou dans le ménage.
- Comportement franchement bizarre, par ex. collectionner les ordures, se parler en public ou stocker des aliments.
- Nette diminution ou négligence de l'hygiène personnelle et corporelle.
- Affect émoussé, aplati ou inadéquat.
- Langage incompréhensible, évasif, vague et extravagant ou appauvrissement du langage ou du contenu du discours.
- Représentations étranges ou pensées magiques, qui influencent le comportement et ne coïncident pas avec des normes culturelles, comme superstition, voyance, télépathie, «sixième sens», «les autres peuvent ressentir mes sentiments», idées dominantes, idées de référence.
- Perceptions inhabituelles, par ex. illusions répétées, sentir la présence d'une force ou d'une personne irréelle (concept de *leibhaftige Bewusstheit* de Jaspers).
- Manque considérable d'initiative, d'intérêt ou d'énergie.
- Divers signes comme difficultés de concentration, relâchement des associations, troubles du sommeil, dépression, perte de l'appétit, insomnie, agitation, angoisse.

B. «Cassure» dans le parcours de vie

- Baisse marquante des performances, difficultés professionnelles, scolaires, etc.
- Chute professionnelle, perte de la place de formation ou perte d'emploi.
- Dégradation nette des capacités relationnelles (couple, famille, profession, etc.).

C. Maladies psychiques 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(e) de moins de 30 ans (un début plus tardif est toujours possible!).

D'après: Riecher-Rössler A. Früherkennung schizophrener Psychosen bei Männern und Frauen. *Therapeutische Umschau*. 2007;64:337–43.

et de 54,3% [23] et une revue des études portant sur les critères UHR a montré que 76% de tous les patients remplissant ces critères ne développent pas de psychose [24].

Comment expliquer ces taux de transition en baisse? L'offre de centres de dépistage et de traitement pré-

coces qui n'a cessé de s'agrandir à l'échelle mondiale au cours de ces 15 dernières années ainsi que la sensibilisation constante de groupes professionnels y compris dans le domaine des relations publiques ont sans aucun doute contribué à ce qu'entre-temps, une population de patients ayant un spectre psychopathologique beaucoup plus vaste soit adressée à des services spécialisés pour une mise au point. Ainsi, des études récentes ont notamment porté sur une population de sujets présentant des symptômes qui sont peut-être l'expression d'un risque moindre de psychose et qui font partie du continuum des symptômes de type psychotique, symptômes qui ont également été décrits dans la population générale en bonne santé [25, 26], particulièrement durant l'adolescence [27, 28]. Néanmoins, il n'est pas toujours possible de distinguer les symptômes de type psychotique des phénomènes développementaux normaux durant l'adolescence, d'où la nécessité de suivre très attentivement l'évolution d'une situation à risque diagnostiquée au cours de cette phase de la vie.

Dans l'une des études les plus souvent citées dans ce contexte, l'étude de cohorte de naissance de Dunedin (Nouvelle-Zélande), la présence de symptômes de type psychotique à l'âge de 11 ans était associée à un risque augmenté de 16 fois d'évolution vers un trouble schizophréniforme d'ici l'âge de 26 ans [27]. Toutefois, la majorité des patients inclus dans cette étude n'a jamais développé de psychose, les symptômes de type psychotique ayant été transitoires dans la plupart des cas. En particulier, les phénomènes hallucinatoires ne sont pas rares chez les enfants et les adolescents; ils sont souvent transitoires [29] et ne sont pas la manifestation d'un trouble psychotique sous-jacent [30]. Similairement, une méta-analyse récemment publiée a révélé un taux de rémission très élevé, de l'ordre de 75 à 90%, des symptômes de type psychotique chez les adolescents [26]. En revanche, le risque de psychose chez les adolescents semble être accru en cas de persistance des symptômes de type psychotique [28]. Il est intéressant de souligner que sur le plan nosologique, un état UHR persistant présente des similitudes avec un trouble schizotypique: d'une part, les troubles schizotypiques durant l'adolescence ont été associés à un risque accru de psychose [31] mais d'autre part, des rémissions d'un état UHR initial ont encore été rapportées après 3 ans [23].

Il convient de ne pas négliger certains aspects dans la discussion concernant la baisse des taux de transition vers une psychose. Par exemple, des périodes d'observation courtes ne sont pas suffisantes pour détecter toutes les transitions vers des psychoses. Dans une étude, des évolutions psychotiques ont même été rapportées après 55 mois chez des patients remplissant les critères UHR [15]; dans une autre étude avec une période de suivi de 15 ans, des transitions psychotiques ont encore été décrites jusqu'à 10 ans après le premier examen [32]. Ces données soulèvent à juste titre la question suivante: combien de temps les patients remplissant les critères UHR doivent-ils être suivis? Une période d'observation plus longue est peut-être justement nécessaire chez patients dont la psychose débutante est dépistée à un stade précoce, afin de pouvoir réellement détecter une évolution vers une psychose manifeste.

Il peut également être argumenté que les symptômes UHR peuvent être rémittents, se manifester à nouveau plus tardivement et uniquement évoluer à ce moment-là vers des symptômes psychotiques. Ce type d'évolution a été décrit pour les symptômes de base: chez 15% des patients ayant développé une psychose, des symptômes de base s'étaient auparavant manifestés en tant que symptômes annonciateurs et avaient entre-temps disparu [5]. Reste à savoir si une telle évolution est possible chez les patients remplissant les critères UHR car cela contredirait le concept UHR, qui décrit la phase précédant immédiatement la transition vers une psychose et ne prévoit pas de rémission intermédiaire. Il a été montré dans deux études récentes que le niveau fonctionnel de ces patients UHR s'améliorait parallèlement à la rémission symptomatique [22, 23], ce à quoi il ne faudrait pas s'attendre en cas d'évolution psychotique véritable, d'autant plus que les atteintes fonctionnelles persistantes font partie des phénomènes clé de l'évolution psychotique [3, 4].

Modèles de prédiction cliniques-neurobiologiques combinés

Aussi bien dans une étude nord-américaine [14] que dans une étude européenne [16], il a été démontré que la prédiction d'une maladie psychotique pouvait être améliorée en combinant plusieurs variables cliniques. Il est possible que des modèles combinant à la fois des variables cliniques et neurobiologiques soient associés à une valeur prédictive encore meilleure. Dans l'unique étude qui a pour l'instant combiné des variables cliniques et neuropsychologiques, l'étude bâloise FePsy, il a pu être montré que l'inclusion d'un paramètre évaluant le traitement des informations améliorerait le pouvoir prédictif [15].

Grâce à l'utilisation combinée de paramètres cliniques et de différents procédés d'imagerie médicale, il est possible d'étudier les mécanismes neurobiologiques à la base des symptômes (pré-)psychotiques ainsi que les déficits cognitifs et les altérations des structures et fonctions cérébrales qui y sont associés. La détermination exacte des mécanismes d'altérations structurelles et neuronales peut contribuer à améliorer notre compréhension des processus cognitifs qui sont associés à une susceptibilité biologique aux maladies psychotiques. Il a en particulier pu être montré que chez les personnes à risque de psychoses, des altérations structurelles et fonctionnelles au niveau des régions fronto-temporales du cerveau étaient déjà présentes avant l'apparition de la psychose [33–36]. L'établissement d'un lien entre les marqueurs neurobiologiques et les effets cliniques pourrait faciliter le dépistage et le traitement précoces des personnes atteintes de psychoses.

Importance des services spécialisés et place de la science

Il ressort clairement de la discussion ci-dessus que les patients aujourd'hui adressés à des services spécialisés pour évaluation du risque de psychose présentent un très vaste continuum de symptômes, pouvant être transitoires et bénins à sérieux et invalidants. Etant donné

qu'il s'agit souvent d'adolescents et de jeunes adultes et qu'il n'est pas toujours possible de faire la distinction d'emblée entre les phénomènes développementaux spécifiques à cette phase de la vie et les symptômes de type psychotique, il est indispensable de procéder à un examen clinique particulièrement soigneux et détaillé. Par ailleurs, un autre défi de taille dans le diagnostic différentiel réside dans la distinction entre une psychose débutante et d'autres syndromes psychiatriques comme les troubles obsessionnels compulsifs [37], les troubles dissociatifs [38] ou les troubles du déficit de l'attention [39]. En tant que centres de compétence régulièrement sollicités, les consultations spécialisées offrent l'avantage de posséder une grande expérience. L'échange entre les consultations spécialisées, comme l'échange qui existe et qui est cultivé entre les consultations de FePsy et de Bruderholz, contribue largement à consolider les connaissances dans ce domaine.

La possibilité de pouvoir réexaminer régulièrement les patients lors de ces consultations spécialisées revêt une importance majeure. Ces examens prospectifs permettent justement de faire la distinction entre les réelles situations à risque et les situations non à risque, mais également entre les troubles psychotiques aigus transitoires et les troubles psychotiques persistants, ce qui est tout aussi déterminant pour le choix de la méthode de traitement que pour éviter une stigmatisation inutile, qui doit être empêchée par tous les moyens. Etant donné que la documentation exacte de l'évolution des patients nécessite généralement la création de services scientifiques supplémentaires et que les connaissances tirées des évaluations scientifiques servent à d'autres investigations cliniques, les évaluations scientifiques et cliniques des patients à risque ne devraient guère être séparées. La collaboration entre les différentes consultations spécialisées permet en outre qu'un nombre suffisamment élevé de patients puissent être évalué scientifiquement et que les interprétations aient une pertinence suffisante.

Services spécialisés en Suisse

Aperçu

Un aperçu de tous les services psychiatriques suisses qui se sont spécialisés dans le dépistage et le traitement précoces des psychoses est disponible sur le site Internet du *Swiss Early Psychosis Project* (SWEPP; www.swepp.ch). Les services existants se distinguent par leur offre ambulatoire ou stationnaire et par leur orientation vers la phase prodromique et/ou les premiers épisodes psychotiques (tab. 1 )

FePsy

La consultation FePsy (Früherkennung von Psychosen = dépistage précoce des psychoses) a été créée en 1999 à la policlinique psychiatrique de l'Hôpital universitaire de Bâle (encadré 2). Sont adressés à cette consultation les patients avec suspicion de psychose débutante ou de stade prodromique de la schizophrénie. Au début du projet, une série de conférences a été organisée à l'attention des médecins de famille, des employés de services sociaux et des psychiatres libéraux. Depuis plu-

Tableau 1. Services psychiatriques suisses spécialisés dans les phases précoces des troubles psychotiques.

Canton	Site Internet
AG	
Sprechstunde zur Abklärung psychotischer Frühphasen, Psychiatrische Klinik Königsfelden	www.pdag.ch
BE	
Früherkennungs- & Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ) Bern, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) und Soteria Bern	www.be.ch/fetz
BL	
Spezialsprechstunde Bruderholz für psychotische Frühphasen, Externe Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft	www.kpd.ch
BS	
Früherkennungssprechstunde für Psychosen, Psychiatrische Universitätspoliklinik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätspoliklinik der UPK Basel	www.fepsy.ch
FR	
Intervention Précoce dans les Troubles Psychotiques (IPTP), Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	
GE	
Programme pour Jeune Adulte avec troubles psychiques DEbutants (JADE), Département de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève	www.hug-ge.ch
TG	
Frühe Psychosenstation (Station FP), Psychiatrische Klinik Münstertingen	www.stgag.ch
VD	
Traitement et Intervention dans la phase Précoce des troubles Psychotiques (TIPP), Département de Psychiatrie du CHUV, Lausanne	www.chuv.ch www.info-schizophrenie.ch
Equipe de psychiatrie mobile, Secteur Psychiatrique de l'Ouest (SPO), Nyon/Prangins	www.chuv.ch
Equipe mobile pour les jeunes adultes et adolescents, Secteur Psychiatrique Nord (SPN), Yverdon-les-Bains	www.chuv.ch
ZH	
Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich mit regionalen Früherkennungszentren: – Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland – Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich – Sanatorium Kilchberg	www.zinep.ch
Früherkennungssprechstunde für Psychosen (FES), Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland	www.ipw.zh.ch www.frueherkennung.ch

sieurs années, un site Internet est mis à la disposition du grand public et des professionnels, les informant sur les symptômes précoces potentiels; des check-lists des risques peuvent également être téléchargées. Dès le début, la consultation de dépistage précoce a été épaulée par les recherches scientifiques dans le cadre de l'étude

bâloise FePsy, l'objectif étant d'améliorer le dépistage précoce et donc la prise en charge rapide des psychoses [40]. Au cours des 4 premières années, 64 personnes à risque, qui remplissaient les critères UHR mentionnés ci-dessus, ont été incluses dans cette étude clinique prospective, avec une période d'observation allant jusqu'à 7 ans [15]. Parmi les bons facteurs prédictifs d'une transition vers la psychose qui ont été identifiés figurent certains symptômes psychotiques atténués comme la méfiance, des symptômes négatifs comme le retrait social et certains déficits cognitifs comme un allongement du temps de réaction [15]. Les instruments développés incluent l'outil d'évaluation par un tiers «Basel Screening Instrument for Psychosis» (BSIP) mentionné ci-dessus [19], ainsi que le «Selbst Screen Prodrom», un court instrument d'auto-évaluation destiné à la faire la distinction entre les sujets sains, les patients avec (risque de) psychose et les patients avec autres diagnostics de la CIM-10 [41] (pour plus de détails sur les deux instruments, voir www.fepsy.ch).

Consultation spécialisée de Bruderholz

La consultation spécialisée de Bruderholz fait partie des services psychiatriques externes de Bâle-Campagne et elle a été créée en 2002. Lorsqu'a débuté en 2004 une coopération avec le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Bâle-Campagne, la consultation spécialisée de Bruderholz était la première consultation spécialisée dédiée aux phases précoces des troubles psychotiques en Suisse à proposer des évaluations sous forme de collaboration entre un service psychiatrique pour enfants et un service psychiatrique pour adultes. Les patients à partir de l'âge de 14 ans chez qui une psychose débutante ou établie est suspectée font l'objet d'un examen clinique et neuropsychologique approfondi. Une composante essentielle de la consultation spécialisée est la sensibilisation régulière des médecins de famille [42, 43], car il s'agit souvent des premiers interlocuteurs pour les patients avec psychoses débutantes [44]. A ce jour, la consultation spécialisée de Bruderholz a été contactée env. 700 fois, env. 500 patients ont bénéficié d'un examen approfondi et entre 2003 et 2008, 196 patients ont été inclus dans une étude prospective [45]. En règle générale, les premières consultations ont lieu dans les 72 heures après la prise de rendez-vous (encadré 2).

Encadré 2. Comment adresser les patients aux consultations spécialisées?

Consultation de dépistage précoce des psychoses de Bâle

- Patients jusqu'à 17 ans: prise de rendez-vous à la policlinique universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tél. 061 685 21 21
- Patients à partir de 18 ans: prise de rendez-vous à la policlinique universitaire de psychiatrie, tél. 061 265 50 40

Suite en page à venir

Suite de la page précédente

Consultation spécialisée de Bruderholz

- Patients jusqu'à 17 ans: prise de rendez-vous au service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (KJPD) de Bruderholz, tél. 061 425 56 56
- Patients à partir de 18 ans: prise de rendez-vous au service externe de psychiatrie (EPD) de Bruderholz, tél. 061 425 45 45

Remerciements

Les auteurs remercient le Prof. Peter Tschudi, directeur de l'institut de médecine de famille de l'Université de Bâle (Institut für Hausarztmedizin – IHAMB), pour avoir passé en revue le manuscrit. Le personnel de la consultation spécialisée de Bruderholz remercie le Dr Emanuel Isler, ancien médecin-chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Bâle-Campagne, pour la collaboration de longue date ainsi que le PD Dr Daniel Umbricht pour son grand engagement dans l'étude de Bruderholz.

Correspondance:

PD Dr Andor E. Simon
 Ärztlicher Leiter Spezialsprechstunde Bruderholz
 für psychotische Frühphasen
 Externe Psychiatrische Dienste Bruderholz
 CH-4101 Bruderholz
andor.simon@kpd.ch

Références recommandées

- Cannon T, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk. A multi-site study in North America. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:28–37.
 - Riecher-Rössler A, Pflueger MO, Aston J, Borgwardt SJ, Brewer WJ, Gschwandtner U, et al. Efficacy of using cognitive status in predicting psychosis: a 7-year follow-up. *Biol Psychiatry*. 2009;66:1023–30.
 - Riecher-Rössler A, Aston J, Ventura J, Merlo M, Borgwardt S, Gschwandtner U, et al. Das Basel Screening Instrument für Psychosen (BSIP) : Entwicklung, Aufbau, Reliabilität und Validität. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2008;76:207–16.
 - Simon AE, Velthorst E, Nieman DH, Linszen D, Umbricht D, de Haan L. Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: a systematic review. *Schizophr Res*. 2011;132:8–17.
 - Jegerlehner S, Müller T, Cattapan-Ludewig K, Frey P, Grossenbacher M, Wagner L, et al. Beginnende Schizophrenien in der hausärztlichen Praxis werden besser erkannt. *Primary Care*. 2011;11:27–9.
- Vous trouverez la liste complète et numérotée des références dans la version en ligne de cet article sous www.medicalforum.ch.

CME www.smf-cme.ch

1. Lors des psychoses débutantes, des symptômes de type psychotique comme des illusions sensorielles peuvent survenir de manière isolée ou passagère. Laquelle des affirmations suivantes est correcte?

- A La présence d'illusions sensorielles chez les adolescents et les jeunes adultes implique une évolution systématique vers une psychose.
- B Les illusions sensorielles sont très rares dans cette catégorie d'âge.
- C Les illusions sensorielles ne sont pas toujours des signes de psychose débutante, mais elles doivent toujours être prises au sérieux et faire l'objet d'une mise au point par un spécialiste.
- D Les symptômes de type psychotique chez les adolescents et les jeunes adultes sont très rarement rémittents et ils sont de nature durable.
- E En cas de survenue de symptômes de type psychotique, il convient d'attendre car il s'agit souvent de phénomènes transitoires.

2. Un patient de 18 ans se présente pour la première fois. Il serait sur le point de quitter le domicile parental. Il précise qu'il dort mal et que le soir, au moment de s'endormir, il voit des ombres et des silhouettes dans sa chambre. Lequel des indices suivants ne vous permet pas de confirmer votre soupçon de psychose (débutante)?

- A Présence d'idées délirantes.
- B Risque génétique de psychose, c.-à-d. anamnèse familiale positive pour les psychoses.
- C Baisse des performances sociales.
- D Retrait social.
- E Céphalées.

Zur Bedeutung der frühen Erkennung und Behandlung von Psychosen /

Importance du dépistage et du traitement précoces des psychoses

Literatur (Online-Version) / Références (online version)

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
2. Riecher-Rössler A, Rechsteiner E, D'Souza M, von Castelmuur E, Aston J. Dépistage et traitement précoce des psychoses schizophréniques – une mise à jour. *Forum Med Suisse* 2006;6:603-609.
3. Riecher-Rössler A. Die beginnende Schizophrenie als „Knick in der Lebenslinie“. In: Schneider H (Hrsg.) *Lieben und Arbeiten – Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens*. Schriftenreihe des Psychotherapie-Seminars Freudstadt, Mattes Verlag, Heidelberg, 1999: 23-40.
4. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambricht M, an der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:105-118.
5. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recent Prog Med* 1989;80:646-652.
6. Gross G, Huber G, Klosterkötter J. *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms - BSABS*. Berlin: Springer, 1987.
7. Schultze-Lutter F, Koch E. *Schizophrenia Proneness Instrument, Child & Youth version (SPI-CY)*. Giovanni Fioriti, Rome, Italy, 2010.
8. Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. *Schizophrenia Proneness Instrument (SPI-A)*. Giovanni Fioriti, Rome, Italy, 2007.
9. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer E, Schultze-Lutter F. Diagnosing Schizophrenia in the Initial Prodromal Phase. *Archives of General Psychiatry* 2001;58:158-164.
10. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Picker H, Steinmeyer EM, Ruhrmann S. Predicting First-Episode Psychosis by Basic Symptom Criteria. *Clin Neuropsychiatry* 2007;4:11-22.
11. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996;22:283-303.
12. Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW, Stein K, Driesen N, Corcoran CM, et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr Q* 1999;70: 273-287.
13. Nelson B, Yuen K, Yung AR. Ultra high risk (UHR) for psychosis criteria: are there different levels of risk for transition to psychosis? *Schizophr Res* 2011;125: 62-68.
14. Cannon T, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk. A multisite study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:28-37.

15. Riecher-Rössler A, Pflueger MO, Aston J, Borgwardt SJ, Brewer WJ, Gschwandtner U, et al. Efficacy of using cognitive status in predicting psychosis: a 7-year follow-up. *Biol Psychiatry* 2009;66:1023-1030.
16. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK, Heinimaa M, Linszen D, Dingemans P, et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:241-51.
17. Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S, Bechdolf A, Klosterkötter J, Wagner M, et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:117-128.
18. Simon AE, Dvorsky DN, Boesch J, Roth B, Isler E, Schueler P, et al. Defining patients at risk for psychosis: A comparison of two approaches. *Schizophr Res* 2006;81:83-90.
19. Riecher-Rössler A, Aston J, Ventura J, Merlo M, Borgwardt S, Gschwandtner U, et al. Das Basel Screening Instrument für Psychosen (BSIP) : Entwicklung, Aufbau, Reliabilität und Validität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008;76:207-16.
20. Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Umbricht DS. Cannabis et psychose. *Forum Med Suisse* 2004;4:636-639.
21. Riecher-Rössler A. Früherkennung schizophrener Psychosen bei Männern und Frauen. *Therapeutische Umschau* 2007;64:337-343.
22. Simon AE, Umbricht D. High remission rates from an initial ultra-high risk state for psychosis. *Schizophr Res* 2010;116:168-172.
23. Velthorst E, Nieman DH, Klaassen RM, Becker HE, Dingemans PM, Linszen DH, et al. Three-year course of clinical symptomatology in young people at ultra high risk for transition to psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:36-42.
24. Simon AE, Velthorst E, Nieman DH, Linszen D, Umbricht D, de Haan L. Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: a systematic review. *Schizophr Res* 2011; 132: 8-17.
25. Hanssen M, Bak M, Bijl R, Vollebergh W, van Os J. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *Br J Clin Psychol* 2005;44: 181-191.
26. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-195.
27. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1053-1058.
28. Dominguez M, Wichers M, Lieb R, Wittchen HU, van OJ. Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: an 8-year cohort study. *Schizophr Bull* 2011;37:84-93.
29. Simon AE, Cattapan-Ludewig K, Gruber K, Ouertani J, Zimmer A, Roth B, et al. Subclinical hallucinations in adolescent outpatients: an outcome study. *Schizophr Res* 2009;108:265-271.
30. Escher S, Romme M, Buiks A, Delespaul P, vanOs J. Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2002;Suppl. 43:s10-s18.

31. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R, et al. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: Findings from the north american prodrome longitudinal study. *Schizophr Bull* 2009;35:894-908.
32. Yung A, Nelson B, Yuen HP, Spiliotacopoulos D, Lin A, Simmons M, Bruxner A, Broussard C, Thompson A, McGorry P. *Schizophr Bull* 2011 ;37 (suppl. 1):22-23.
33. Borgwardt SJ, Riecher-Rössler A, Dazzan P, Chitnis X, Aston J, Drewe M, et al. Regional grey matter abnormalities in the At Risk Mental State. *Biol Psychiatry* 2007; 61:1148-56.
34. Borgwardt SJ, McGuire P, Aston J, Gschwandtner U, Pflueger M, Stieglitz RD, et al. Reductions in frontal, temporal and parietal volume associated with the onset of psychosis. *Schizophr Res* 2008;106: 20-26.
35. Smieskova R, Fusar-Poli P, Allen P, Bendfeldt K, Stieglitz RD, Drewe J, et al. Neuroimaging predictors of transition to psychosis – A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2010;34:1207-1222.
36. Smieskova R, Allen P, Simon A, Aston J, Bendfeldt K, Drewe J, et al. Different duration of at-risk mental state associated with neurofunctional abnormalities – A multimodal imaging study. *Human Brain Mapping* 2011, in press.
37. Frommhold K. Zwang und Schizophrenie. Eine kritische Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 2006;74;32-48.
38. Moskovitz A, Schäfer I, Dorahy MJ. Psychosis, trauma and dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology. John Wiley & Sons Ltd, Chichester/UK, 2008.
39. Bellak L, Kay SR, Opler LA. Attention deficit disorder psychosis as a diagnostic category. *Psychiatr Dev* 1987; 5:239-63.
40. Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Aston J, Borgwardt S, Drewe M, Fuhr P, et al. The Basel early detection of psychosis FEPSY Study –design and preliminary results. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115:114-125.
41. Kammermann J, Stieglitz RD, Riecher-Rössler A. „Selbstscreen-Prodrom“- Ein Selbstbeurteilungsbogen zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009 ;72: 278-284.
42. Simon AE, Jegerlehner S, Müller T, Cattapan-Ludewig K, Frey P, Grossenbacher, et al. Prodromal schizophrenia in primary care: a randomised sensitisation study. *Br J Gen Pract* 2010;60:353-359.
43. Jegerlehner S, Müller T, Cattapan-Ludewig K, Frey P, Grossenbacher M, Wagner L, et al. Amélioration du diagnostic des schizophrénies débutantes au cabinet médical. *Primary Care* 2011;11:27-29.
44. Platz C, Umbricht DS, Cattapan-Ludewig K, Dvorsky D, Arbach D, Brenner HD, et al. Help-seeking pathways in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:967-974.
45. Simon AE, Cattapan-Ludewig K, Zmilacher S, Arbach D, Gruber K, Dvorsky DN, et al. Cognitive functioning in the schizophrenia prodrome. *Cognitive functioning in the initial schizophrenia prodrome. Schizophr Bull* 2007;33:761-771.