



Premiers signes de psychose

Vincent Dubois, Michel De Clercq †, Benoît Gillain, André Masson,
Alexandre Dailliet, Edith Stillemans, Inge Meire

Introduction

La schizophrénie est une maladie mentale fréquente, complexe et grave qui affecte sévèrement le fonctionnement et la vie sociale du patient et de son entourage. En raison des conséquences lourdes de la maladie, et du fait qu'une intervention précoce est bénéfique pour l'évolution, l'identification des sujets présentant un risque élevé de développer une psychose fait l'objet de recherches spécifiques (1-3). Cependant, un diagnostic de psychose trop précipité doit être évité au même titre qu'un diagnostic trop tardif.

Les troubles schizophréniques sont généralement précédés de certains signes d'avertissement précoces. Au cours de cette période, le patient ne répond pas aux critères de la maladie, mais peut manifester des changements dans son comportement, son mode de pensée et ses sentiments. Ces signes ne sont pas spécifiques, ni pour le patient ni pour sa famille. En outre, de nombreux sujets présentant ces signes d'avertissement précoces ne développent jamais une schizophrénie. Cependant, étant donné le caractère bénéfique d'une reconnaissance et des interventions psychosociales rapides, certaines mesures pourraient déjà être prises, comme par exemple établir une relation continue avec le patient et la famille.

Il est clair que le médecin généraliste occupe une place importante dans la détection précoce de la psychose, puisqu'il

est souvent consulté en première intention lorsque la famille cherche de l'aide. La schizophrénie apparaît la plupart du temps chez l'adulte jeune et le médecin aura souvent tendance à confondre les premiers signes avec une crise d'adolescence.

Dans cet article, nous nous pencherons sur la détection de ces signes d'avertissement. Nous examinerons également les raisons qui retiennent les gens à chercher de l'aide suffisamment tôt.

Vigilance générale pour les psychoses: les signes

• Symptômes d'appel

On présume que le processus d'apparition de la psychose crée des altérations psychologiques profondes. Très souvent, le patient s'isole et rompt avec son réseau social, ses relations familiales et professionnelles, et ses études. Ses activités journalières changent. En outre, comme le déclenchement typique de la schizophrénie se produit chez l'adulte jeune, le handicap créé par la maladie aura un profond impact sur sa personnalité en développement et peut entraîner une souffrance intense et permanente pour les patients comme pour leur famille (4).

Il est pourtant rare que des symptômes psychotiques francs "tombent du ciel". La plupart du temps, la psychose aiguë est précédée d'une période dépourvue de symptômes psychotiques marqués (5-11), mais caractérisée par des symptômes

négatifs, des troubles cognitifs, des problèmes de comportement (12) et un dysfonctionnement social, ainsi que leurs conséquences sur le plan social, professionnel ou scolaire (voir tableau 1, basé sur l'*Early Psychosis Training Pack*).

Ces signes ne peuvent être déterminés que rétrospectivement. En effet, une fois que le diagnostic de schizophrénie a été établi, il est relativement facile de reconnaître qu'un certain comportement pouvait être qualifié d'inhabituel et était déjà présent avant l'émergence des symptômes psychotiques florides. Cependant, ces signes ne peuvent pas être utilisés de manière prédictive, car ils sont variables et non spécifiques.

Les perturbations mentales qui ressemblent à des prodromes n'évoluent pas toutes en psychoses. Des altérations dans l'état mental n'indiquent pas nécessairement une sensibilité psychotique, mais peuvent être liées à une autre pathologie sous-jacente, par exemple une anxiété naissante, des troubles dépressifs ou une crise situationnelle. En outre, il se pourrait qu'une prise en charge renforcée ou un soutien social accru prévienne, diffère ou modifie les changements qui indiquent un "sujet à risque". Enfin, on confond souvent les signes d'avertissement précoces d'une psychose avec les signes d'une crise d'adolescence ou avec les symptômes d'un abus de substances.

• Cas particuliers

Crise d'adolescence

Le comportement bizarre décrit ci-dessus est souvent considéré comme une "phase passagère" et la famille ou le médecin traitant n'y attachent pas une attention particulière. Comme c'est généralement au début de l'âge adulte que la schizophrénie se déclare, il est parfois difficile de faire la différence entre les signes d'avertissement précoce d'une psychose et une crise d'adolescence. Un petit nombre d'adolescents présentent en effet des symptômes comparables, tels que le goût de la solitude, la timidité, le retrait social ou des problèmes de comportement (12). Cependant, le comportement de la majorité des jeunes à l'adolescence est plutôt impulsif, antisocial, provocateur ou rebelle. Inversement, les caractéristiques plus typiques des signes d'avertissement

Tableau 1: Symptômes d'appel qui méritent la vigilance.

Symptômes positifs (+) ou négatifs (-)

Retrait social	-
Détérioration du fonctionnement au travail ou dans les études	-
Croyances inhabituelles ou pensées magiques	+
Méfiance, comportement bizarre	+
Affect émoussé ou inapproprié	-
Diminution de la concentration, de l'attention	-
Perceptions inhabituelles	+
Comportement antisocial	-
Réduction du dynamisme, de l'énergie, de la motivation, de l'intérêt	-
Humeur dépressive, sautes d'humeur	-
Troubles du langage	+/-
Troubles du sommeil, changement d'appétit	+/-
Anxiété, tension	+/-
Irritabilité	+/-
Colère	+
Altération de l'hygiène personnelle	-

Tableau 2: Signes avertisseurs d'une psychose et crise d'adolescence.

Signes avertisseurs d'une psychose	Signes intermédiaires	Crise d'adolescence
Détérioration psycho-sociale	Retrait social	Comportement provocateur
Convictions étranges	Humeur dépressive	Violence
Pensées magiques	Solitude, timidité	Rejet des règles
Affect inapproprié		Eclats
Expériences sensorielles inhabituelles		Rébellion

précoces sont les convictions étranges, les pensées "magiques", les troubles cognitifs et surtout un déclin psychosocial, qui est le symptôme le plus indicatif de tous. Le manque de perception et le déni des troubles par le patient et sa famille peuvent, d'une part, les empêcher de chercher une aide et, d'autre part, entraver le processus de prise de conscience du problème (Tableau 2).

Abus de substances

Actuellement, beaucoup de jeunes consomment des substances comme le cannabis (19%), l'ecstasy (6%) ou les hallucinogènes (4%) (13, 14) plutôt que la cocaïne, étant donné que ces drogues sont faciles à trouver, accessibles, peu coûteuses et la plupart du temps consommées en groupe.

Comme les symptômes d'abus de substances et les symptômes de psychose sont très similaires, les vrais troubles peuvent être masqués. Il n'est pas facile de faire la distinction entre une personne psychotique qui utilise des substances et un jeune adolescent sous influence (15). Toutefois, lorsque la personne psychotique arrête la consommation de substances, elle continue à présenter des hallucinations,

Tableau 3a: Effets de la consommation de substances (16).

	Effets aigus	Intoxication aiguë	Effets en cas de consommation de longue durée
Amphétamines	Stimulation et hyperactivité, "rush", euphorie, on se sent "high"	Excitation Méfiance Troubles du sommeil	Psychose paranoïaque avec illusions de poursuites, comportement agressif et hallucinations
Cannabis	Ralentissement de la pensée et des gestes Euphorie douce Troubles de la perception	Angoisse Pensées paranoïaques Hallucinations	Perte d'intérêt Passivité et inactivité
Cocaïne	"Rush" initial et côté "high" euphorique Plus tard, irritabilité et contrariété, "low"	Excitation Confusion et désorientation	Psychose paranoïaque avec illusions de poursuites, comportement agressif et hallucinations
Designer drugs	Stimulation Euphorie Hallucinations	Excitation Agression Angoisse et accès de panique	Épuisement et dépression Illusions paranoïaques Hallucinations auditives (on entend des voix)
LSD	Hallucinations visuelles vivantes Modifications de la perception Dépersonnalisation	Angoisse extrême avec confusion, "bad trip"	Illusions paranoïaques et bizarres "Flash back"
Mescaline	Fortement hallucinogène Perception différente du temps Dépersonnalisation	Idem LSD	Illusions paranoïaques
PCP	Hallucinations visuelles Agressivité Moindre sensation de souffrance	Troubles d'élocution Problèmes de motricité	Excitation maniaque et psychose Dépression, inactivité et apathie
Psilocybine	Fortement hallucinogène	Idem LSD	Illusions paranoïaques

	Etudes expérimentales	Etudes avec rapports personnels
Alcool	Effets favorables et défavorables sur la psychose Diminution des angoisses Dépression	Effets favorables et défavorables sur la psychose Diminution des angoisses
Amphétamines	Déclenchement de la psychose Augmentation des symptômes psychotiques Amélioration des symptômes négatifs Dépression	Augmentation des symptômes positifs (hallucinations et délires) Effet favorable sur symptômes négatifs Augmentation des angoisses
Cannabis	Déclenchement de la psychose Augmentation des symptômes psychotiques Augmentation des symptômes négatifs (indifférence et inactivité) Diminution des angoisses Dépression	Augmentation des symptômes positifs (hallucinations et délires) Diminution des angoisses Relaxation
Cocaïne	Déclenchement de la psychose Augmentation des symptômes positifs Amélioration des symptômes négatifs Diminution de la dépression Diminution des effets secondaires antipsychotiques	Augmentation des symptômes positifs (hallucinations et délires) Effet favorable sur les symptômes négatifs Augmentation de l'anxiété
LSD et hallucinogènes	Déclenchement de la psychose Augmentation des symptômes psychotiques	Effets favorables et défavorables sur la psychose Augmentation des symptômes positifs (hallucination et délires)
Opiacés	Euphorie et relaxation en petit groupe de patients Amélioration modérée des symptômes psychotiques positifs Dégradation des symptômes négatifs	Augmentation de la dépression
PCP	Déclenchement de la psychose Augmentation des symptômes psychotiques Troubles comportementaux et agression	Pas un seul effet favorable sur la psychose

tandis que les symptômes d'un individu non psychotique finissent par disparaître. En outre, le contexte psychosocial est le facteur le plus indicatif pour faire la différence entre symptômes de psychose et effets de substances. Il existe en effet une différence entre une personne psychotique qui s'isole pour utiliser des substances et un adolescent qui fume tous les vendredis un peu de haschich au cours d'une soirée entre copains. Par conséquent, il est vraiment important que le comportement antérieur et la situation psychosociale soient évalués, et que ces patients fassent l'objet d'un suivi attentif. A cet égard, la famille est une importante source d'information.

En outre, une connaissance approfondie des effets de diverses substances peut être très utile pour le diagnostic différentiel. Les deux tableaux suivants indiquent les effets d'un certain nombre de substances (Tableau 3a) ainsi que leur influence sur les symptômes et le fonctionnement psychosocial (Tableau 3b).

Alors qu'on observe que les symptômes psychotiques peuvent être induits par un abus de substances, on suggère parfois aussi que la prise de substances précédant le premier épisode psychotique est une tentative d'auto-médication pour maîtriser les symptômes dysphoriques de la période prodromique (15).

King et al (17) ont examiné ces deux hypothèses. Ils observent ainsi que la majorité des sujets psychotiques qui consomment des substances (48%) ont commencé à le faire pendant la période prodromique plutôt que pendant la phase prodromique (8%). Le déclenchement des prodromes est associé à une diminution – et non à une augmentation – de la prise de substances. Les utilisateurs prodromiques de substances qui arrêtent leur consommation au cours de la phase prodromique sont ceux qui présentent des problèmes plus graves d'ajustement prodromiques. Cela pourrait signifier que les sujets qui ont arrêté d'utiliser des substances l'ont

fait parce que celles-ci étaient inefficaces comme auto-médication. Ainsi, l'abus de substances pourrait indiquer l'existence de prodromes subcliniques ressentis par le patient mais non perçus par l'entourage. Cela signifie peut-être aussi qu'une certaine fragilité conduit à l'abus de substances, pas seulement parce que ces personnes sont réellement plus vulnérables, mais aussi en raison de l'effet soulageant des médicaments. La confusion et le degré de préoccupation provoqués par des prodromes francs pourrait alors distraire le patient du faux confort que procurent ces drogues.

Approche thérapeutique

• Pourquoi l'intervention précoce est importante

Des études récentes indiquent que, dans la schizophrénie et les troubles apparentés, la reconnaissance et l'intervention au stade le plus précoce possible d'une psychose émergente peuvent en réduire les conséquences et contribuer à un meilleur résultat final, par opposition au traitement différé (18-20). Une intervention rapide est particulièrement importante pour l'évolution à long terme de la maladie.

L'instauration d'un traitement est cependant fréquemment différée. Ce délai avant traitement est souvent prolongé et peut être divisé en deux périodes: la "durée de la maladie non traitée" (DMNT) et la "durée de la psychose non traitée" (DPNT). Pendant la première période, le patient et sa famille ne sont généralement pas encore conscients de ce qui se passe. Ensuite, même lorsqu'ils commencent à suspecter l'existence de troubles psychiatriques, la stigmatisation associée à ces troubles peut les dissuader de chercher de l'aide (21). Ces facteurs ne sont bien entendu pas les seuls qui expliquent pourquoi les psychoses sont souvent traitées tardivement (voir autres facteurs dans le tableau 4, basé sur l'"*Early Psychosis Training Pack*").

La "durée de la psychose non traitée" (DPNT) est associée à un déclin fonctionnel considérable, une résistance au traitement et une augmentation des taux de rechute subséquents.

Bien que le fait d'observer un délai avant d'adresser le patient à un spécialiste découle généralement d'une bonne intention, à savoir épargner les sentiments

Tableau 4: Facteurs expliquant l'instauration tardive du traitement.

- Manque de perception de la maladie
- Non-reconnaissance par le médecin traitant ou par d'autres soignants de première ligne
- Non-reconnaissance par les amis et la famille
- Symptomatologie: déclenchement lent, retrait social, délire de persécution
- Jeunes gens particulièrement à risque
- Réticence à chercher de l'aide pour cause de stigmatisation, de manque de connaissance, de crainte
- Services inaccessibles ou absence de réaction de ceux-ci (listes d'attente, services surchargés, focalisation sur d'autres problèmes)
- Groupe à haut risque: personnes sans domicile fixe, alcooliques ou toxicomanes, souffrant de troubles de la personnalité

du patient et de sa famille, ce délai peut être contre-productif pour plusieurs raisons. Il retarde par exemple le développement d'une alliance entre la famille et le psychiatre dans la lutte contre la maladie. Plus important encore, il réduit la qualité du résultat du traitement psychotrope pour de nombreux patients (rémission plus faible ou plus tardive des symptômes, moins bon rétablissement, incidence accrue de rechutes psychotiques et fonctionnement psychosocial ou occupationnel plus faible).

Compte tenu des désavantages importants liés à un retard de traitement, il est clair que l'identification précoce des individus prépsychotiques est utile. Cependant, comme les signes ne s'observent pas exclusivement chez les personnes qui développeront finalement une psychose franche, il faut aussi éviter de traiter trop énergiquement les éventuels cas faussement positifs. Bien que certains auteurs recommandent une médication à ce stade, nous pensons qu'un traitement pharmacologique serait trop précipité étant donné le manque de connaissance de l'incidence et la nature de la transition vers une psychose franche dans ce groupe. Les bénéfices d'une intervention thérapeutique doivent être mis en balance avec les risques possibles d'un traitement superflu.

L'étendue du problème peut être réduite si l'on se focalise sur les sujets qui risquent le plus de développer une psychose dans un futur proche, parce qu'ils se trouvent déjà dans la période de développement le plus à risque, qu'ils présentent un risque génétiquement accru et qu'ils ont commencé à manifester des altérations mentales indiquant une psychose imminente (11). Dans le paragraphe suivant, nous décrivons certaines tentatives faites à l'étranger pour accorder une attention particulière à ce type de patients prépsychotiques. Bien que nous pensons que cette approche comporte un risque de stigmatisation et ne puisse être totalement extrapolée à la Belgique en raison de différences sociologiques, nous tenons à encourager la réflexion sur ce thème.

• Quelques services internationaux spécialisés dans l'évaluation précoce

Plusieurs études récentes semblent indiquer qu'il est très important d'intervenir le plus tôt possible (22-24) et d'améliorer ainsi les résultats thérapeutiques (18-20, 25-29).

DEEP

Le projet de "*Detection of Early Psychosis*" (DEEP) de Salokangas (présenté à New York lors de la 2nd *International Conference on Early Psychosis*) (30) a été conçu pour identifier et caractériser les prodromes chez les parents au premier degré et les nouveaux patients psychiatriques ambulatoires. Le but du projet DEEP est d'identifier les facteurs prédictifs de la transition des prodromes à la psychose. Les premiers résultats ont indiqué que les sujets qui manifestent des symptômes prodromiques présentent également un plus grand nombre d'autres symptômes de déclin psychiques dans leur fonctionnement que les individus non prodromiques et les sujets témoins sains.

EPACT

L'"*Early Psychosis Assessment and Care Team*" (EPACT) est une partie intégrante de l'"*Early Psychosis Prevention and Intervention Center*" (EPPIC), un service spécialisé développé pour faciliter l'identification et le renvoi au spécialiste des personnes qui commencent à montrer les premiers signes d'une maladie psychotique. Leur stratégie est brièvement décrite dans le tableau 5 (basé sur l'"*Early Psychosis Training Pack*") (31).

Tableau 5: stratégie pour une aide précoce.

- Favoriser la reconnaissance de la psychose par le médecin généraliste et les autres soignants de première ligne, ainsi que par la famille et les jeunes eux-mêmes.
 - Programmes d'éducation: séminaires, conférences et cours qui décrivent les symptômes et signes psychotiques ainsi que les éléments qui doivent faire suspecter une psychose en développement, pour favoriser la prise de conscience des facteurs de risque
 - Couverture médiatique de ces questions
 - *Feedback* aux services qui dirigent les patients vers des spécialistes, pour les informer des cas acceptés et des cas adressés ailleurs
 - Possibilité d'obtenir facilement des conseils par téléphone
 - Augmenter le renvoi au spécialiste par les généralistes et autres soignants de première ligne, et encourager les patients et leur famille à chercher de l'aide
 - Programmes d'éducation: disponibilité des ressources et des services et manière d'y accéder
 - Promouvoir une "facette publique" accessible et approchable
 - Fournir une réponse rapide pour les patients adressés en urgence (encourager les renvois au spécialiste)
 - Fournir des évaluations flexibles pour les cas non urgents
- Réduire l'abandon précoce du traitement
 - Fournir des évaluations flexibles pour les cas non urgents
 - Prendre le temps nécessaire pour que le patient s'implique dans le traitement
 - Introduction précoce d'un "gestionnaire de cas" (*case manager*), chargé d'assurer la continuité des soins
- Réduire la stigmatisation associée à la psychose
 - Programmes d'éducation: nature de la psychose, son traitement et son pronostic
 - Éviter l'étiquetage prématuré de schizophrénie
 - Promouvoir le traitement à domicile plutôt qu'à l'hôpital
- Réduire le traumatisme du contact initial avec les services psychiatriques
 - Un système de renvoi au spécialiste "amical" pour l'utilisateur minimise le traumatisme du premier contact téléphonique
 - Utilisation minimale de la contrainte policière et de l'internement forcé
 - Promouvoir le traitement à domicile plutôt qu'à l'hôpital
 - Introduction précoce d'un "gestionnaire de cas" (*case manager*), chargé d'assurer la continuité des soins
- Réduire le bouleversement et la rupture du cercle familial
 - Adopter des mesures pour réduire le traumatisme; fournir conseils et support pratiques
 - Fournir une psycho-éducation pour les patients et leur famille au moment du premier contact

Il faut permettre aux familles des adolescents à risque d'accéder facilement à l'information sur les signes précoces, et de faire appel à des services d'évaluation disponibles en vue d'une détection précoce. Les membres de la famille – surtout les parents – doivent avoir suffisamment de lieux et d'occasions pour exprimer leurs préoccupations et en discuter.

Assistance personnelle et évaluation de crise (= PACE: Personal Assistance and Crisis Evaluation)

Pour faciliter le renvoi au spécialiste, Falloon (28) a suggéré, d'une part, de

former les généralistes à reconnaître les patients qui présentent d'éventuels symptômes prodromiques et, d'autre part, de mettre sur pied un système facilement accessible pour faire évaluer ces patients par des spécialistes de la santé mentale. Yung et al (11) décrivent leur tentative d'intervention avant l'apparition d'une psychose floride par la création d'un centre médico-social pour le suivi et les soins des jeunes gens qui présentent un haut risque présumé de psychose imminente. Ils ont identifié plusieurs marqueurs neurobiologiques, neuropsychologiques et psychopathologiques et étudié leur risque relatif et leur valeur prédictive pour le développement d'une psychose.

Le centre médico-social PACE a permis aux cliniciens et aux chercheurs de suivre l'évolution de nombreux jeunes qui risquaient fortement de devenir psychotiques dans un futur proche. Ce type de suivi pourrait empêcher que les symptômes positifs, notamment les hallucinations, se soient déjà produits avant le premier contact avec le psychiatre. La surveillance de ces jeunes gens à risque pourrait contribuer à la prévention des troubles psychotiques, ou permettre une intervention précoce lorsque ces troubles apparaissent. Le suivi est facilité par les liens établis entre les jeunes et le service médico-social spécialisé.

Programme Nova Scotia pour les premiers signes de psychose (= NSEPP: Nova Scotia Early Psychosis Program)

Le NSEPP a été fondé en 1995 avec la mission d'optimiser les soins de santé mentale pour les personnes se trouvant au stade précoce d'une psychose, et de mener des recherches tout en développant des programmes d'éducation à la santé mentale.

Des contacts établis avec des professionnels issus du secteur de la santé mentale, des écoles et des universités ont révélé que l'éducation en matière de psychoses était insuffisante ou même totalement absente dans les écoles et les universités. Etant donné que les services pour étudiants, les professeurs et les conseillers universitaires occupent une position-clé pour favoriser la détection précoce des psychoses, cette population a été reconnue comme prioritaire pour recevoir de l'information sur les psychoses.

• Consensus en Belgique

Lors de la conférence belge sur le traitement des patients schizophrènes (32), on a confirmé l'importance des interventions précoces – à condition d'agir avec toute la prudence nécessaire. Lorsqu'une aide est recherchée, la première démarche du patient et de sa famille consiste le plus souvent à consulter un médecin généraliste. Les généralistes – de même que les psychologues, enseignants ou centres d'éducation et de guidance – jouent donc un rôle important dans la détection des signes d'avertissement précoces avant l'apparition des troubles proprement dits. Il est très important que ces professionnels de première ligne prennent conscience du risque potentiel

auquel est exposé un jeune patient au comportement bizarre. Des programmes d'éducation et de formation intensifs doivent être fournis aux soignants de première ligne car ils sont les premiers à pouvoir détecter des symptômes inquiétants.

Il va de soi que lorsqu'un sujet jeune manifeste un comportement perturbant, on ne prescrit pas d'emblée un traitement antipsychotique à un stade aussi précoce. Il convient cependant de toujours maintenir un haut degré de vigilance en présence de jeunes gens qui montrent des changements persistants de comportement et de fonctionnement, surtout lorsque d'autres facteurs de risque sont présents. Les symptômes de chaque sujet doivent être évalués individuellement. Lorsque l'état du patient ne s'améliore pas ou s'aggrave après un certain temps, il faut l'adresser sans plus tarder à un spécialiste.

• Rôle pour le premier intervenant

Les membres de l'*Early Psychosis Prevention and Intervention Center* (EPPIC) affirment que les premiers contacts sont fondamentaux pour le pronostic et l'alliance ultérieure avec le patient. Nous pensons en effet – à l'instar des Australiens – qu'il est important d'être attentif dès le début au moindre petit changement, même dans des domaines apparemment sans importance. Poser des questions simples, telles que "pourquoi le sujet a-t-il abandonné l'école?", "pourquoi la patiente ne dort-elle plus?", "pourquoi ne voit-il plus ses amis?" ou "pourquoi a-t-elle modifié son régime alimentaire?", permet de détecter rapidement et efficacement des altérations minimales dans le comportement.

Par ailleurs, les traits spécifiques (hallucinations, délire, troubles de la pensée, changements affectifs), la situation psychosociale et les antécédents doivent être évalués en détail.

Il peut aussi être très utile d'inclure dans l'évaluation les informations fournies par la famille et les amis; ceux-ci connaissent mieux la personnalité et le fonctionnement pré-morbide du patient, ils peuvent avoir remarqué certains changements et suggérer une explication ou une démarche à adopter. La famille doit être incitée à surveiller l'évolution du jeune patient. Elle doit être impliquée dans le diagnostic et le processus thérapeutique.

En résumé, il est indispensable d'être vigilant mais aussi de continuer à suivre attentivement le patient et sa famille. Même si le patient ne souhaite pas consulter un psychiatre, on reverra régulièrement sa famille pour lui fournir information et support, pour lui faire prendre conscience du risque potentiel lié au comportement perturbé du patient, et surtout parce que cela peut aider le patient à accéder aux soins. Dès que les premiers symptômes psychotiques se déclarent, un traitement psychosocial et antipsychotique doit être instauré.

Conclusion générale

Nous pouvons conclure des études récentes que l'intervention précoce est importante pour l'obtention d'un meilleur résultat final (18-20, 22-24, 31). Par conséquent, les signes d'avertissement précoces sont potentiellement très utiles pour détecter les troubles psychotiques et intervenir le plus tôt possible en cas de psychose. La situation psychosociale surtout doit être évaluée avec prudence.

Jusqu'à présent, les caractéristiques cliniques observées dans cette phase prépsychotique ont été décrites sur la base d'études rétrospectives. Nous espérons qu'il deviendra possible à l'avenir d'utiliser ces connaissances de manière prospective afin d'intervenir chez les jeunes à haut risque avant l'apparition d'une psychose franche.

Bien que la littérature psychiatrique insiste depuis quelque temps déjà sur l'importance de la détection et du traitement précoces des troubles psychotiques (33, 34), les proches des patients et les médecins généralistes continuent souvent à négliger les changements de comportement et attendent trop longtemps avant d'adresser les patients à des services spécialisés. Au niveau international, certaines initiatives sont prises actuellement pour faciliter la détection et intervenir le plus tôt possible. En Belgique, il est encore trop tôt pour créer de tels services d'intervention, mais nous plaidons d'ores et déjà pour que les généralistes et autres soignants de première ligne soient sensibilisés au risque potentiel auquel sont exposés les jeunes adultes au comportement perturbé. Cette sensibilisation pourrait faire en sorte que le traitement des symptômes spécifiques et la prescription d'antipsychotiques soient l'aboutissement d'un processus d'observation et de réflexion limité à quelques mois, au lieu de plusieurs années.

Nous n'encourageons pas l'instauration précipitée d'un traitement antipsychotique en l'absence d'indications cliniques solides, mais nous pensons que le processus peut être accéléré et de ce fait amélioré. Le facteur le plus important dans ce contexte est la vigilance initiale et le suivi du patient et de sa famille.

Références

1. Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen High-Risk Project 1962-1986. *Schizophrenia Bulletin* 1987;13:485-96.
2. Asarnow JR. Children at risk for schizophrenia: converging lines of evidence. *Schizophrenia Bulletin* 1988;14:613-31.
3. Erlenmeyer-Kimling L, Cornblatt B, Rock D, et al. The New York High Risk Project: Anhedonia attentional deviance and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin* 1993;19:141-53.
4. McGlashan TH. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *British Journal of Psychiatry* 1998;172(Suppl.33):3-6.
5. Keith SJ, Matthews SM. The diagnosis of schizophrenia: a review of onset and duration issues. *Schizophrenia Bulletin* 1991;17:51-67.
6. Haas GL, Sweeney JA. Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1992;18(3):373-86.
7. Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:80-6.
8. Jones PB, Bebbington P, Foerster A, et al. Premorbid social underachievement in schizophrenia. Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:65-71.
9. Malla AK, Norman MG. Prodromal symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:487-93.
10. Olin SS, John RS, Mednick SA. Assessing the predictive value of teacher reports in a high risk sample for schizophrenia: a ROC analysis. *Schizophrenia Research* 1995;16:53-66.
11. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:283-303.
12. Häfner H, Nowotny B. Epidemiology of early-onset schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1995;245:80-92.
13. De Clercq M, Vranckx A. Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale; 1996.
14. De Clercq M. L'abord psychopharmacologique des troubles schizoéphréniques aigus. *Acta Psychiatrica Belgica* 2000;100:7-14.
15. Addington J, Addington D. Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1998;172(33):134-6.
16. De Hert M. Psychose schizoéphrénique et abus de substances. In: Dom G (éditeur). *Troubles psychiques et accoutumance. Comment les traiter ensemble?* EPO; 2000. p. 221-44.
17. King S, et al. Patterns of Premorbid & prodromal substance use and associations with risk factors for schizophrenia & premorbid adjustment. Presented at the 2nd International Conference on Early Psychosis. New York; 2000.
18. Birchwood M, McMillan JF. Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1993;27:374-8.
19. McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: research. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22(2):327-45.
20. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1991;17(2):325-51.
21. Fink PJ, Tasman A. *Stigma and Mental Illness*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992.
22. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, et al. Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:1183-8.
23. Moscarelli M. Health and economic evaluation in schizophrenia: implications for health policies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89(Suppl. 382):84-8.
24. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, et al. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:305-26.
25. Robiner CJ, Wegner JT, Kane JM. Outcome study of first episode psychosis: I. *American Journal of Psychiatry* 1985;143(9):1155-8.
26. McGorry PD, Chanan A, et al. Post-traumatic stress disorder following recent-onset psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991;179:253-8.
27. McGorry PD. The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1992;26:3-18.
28. Falloon IRH. Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry* 1992;55:4-15.
29. McGorry PD, Edwards J. The feasibility and effectiveness of early intervention in psychotic disorders: the Australian experience. *International Clinical Psychopharmacology* 1998;13(Suppl 1):S47-S52.
30. Salokangas RKR. Predictors of Transition: From Prodrome to Psychosis. Presented at the 2nd International Conference on Early Psychosis. New York City; 2000.
31. EPPIC. *Early Psychosis Training Pack*. Cheshire UK: Gardiner-Caldwell Communications Limited; 1997.
32. Peuskens J, De Clercq M. *Schizofrene stoormissen*. Gent: Academia Press; 1998.
33. Cameron DE. Early schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1938;95:567-78.
34. Sullivan HS. The onset of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1994;151(Suppl. 6):135-9.
35. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, et al. Can we predict the onset of first-episode psychosis in a high-risk group. *International Clinical Psychopharmacology* 1998;13(Suppl 1):S23-S30.