



Le premier épisode de schizophrénie

Benoît Gillain, Damien Lecompte, Vincent Dubois, André Masson, Edith Stillemans, Brigitte Mahieu, Alexandre Dailliet, Laurent Servais, Inge Meire

Introduction

La première manifestation et l'évolution précoce de la psychose suscitent un intérêt croissant depuis quelques années. On a en effet constaté que, pendant cette période, le traitement est plus efficace que lorsqu'il est installé après plusieurs années d'évolution. Il faut donc accorder une attention particulière aux patients présentant un premier épisode si l'on veut prévenir le développement d'altérations neurobiologiques et sociales irréversibles. Certaines précautions pourraient déjà être prises pendant la phase des prodromes. Hélas, c'est souvent lors de la première phase psychotique que les patients consultent pour la première fois. C'est pourquoi un diagnostic et un traitement précoces du premier épisode s'imposent, afin de réduire, voire d'éviter, les répercussions psychologiques et sociales catastrophiques de la psychose floride (1).

L'objectif de la prise en charge est de maximiser le bénéfice thérapeutique et notamment de minimiser les effets secondaires dus aux psychotropes, afin d'initier favorablement l'alliance thérapeutique. Le traitement doit non seulement viser une rémission rapide, mais aussi la réintégration du patient dans son milieu de vie, en assurant un suivi régulier afin d'optimiser le rétablissement et d'éviter les rechutes.

Marqueurs de vulnérabilité

Selon certains auteurs, la schizophrénie s'inscrit dans un contexte biopsychosocial, par exemple celui répandu du modèle "vulnérabilité et stress" (*vulnerability-stress model*). Celui-ci suggère que la psychose surviendrait sur fond de vulnérabilité, et serait déclenchée par des facteurs de stress (p.ex. certains événements de l'existence, difficultés sociales, drogues, ...). Il en résulterait une perturbation de processus cognitifs tels que l'attention, la perception ou le jugement, souvent accompagnée de troubles émotionnels (2).

Selon Weinberger et d'autres auteurs, l'atteinte cérébrale existerait bien avant

que la maladie ne se manifeste cliniquement. Ainsi, Davidson et al (3) ont constaté que des anomalies comportementales et intellectuelles sont souvent présentes chez des adolescents apparemment en bonne santé mais qui développent ultérieurement une schizophrénie. Ils ont observé que les facteurs prédictifs les plus significatifs de la schizophrénie sont des déficits du fonctionnement social, des capacités d'organisation et des fonctions intellectuelles (4). L'identification de la schizophrénie, ou de sa prédisposition, permettrait une intervention précoce.

Il existerait des facteurs de vulnérabilité qui permettraient une intervention précoce.

Manifestation du premier épisode psychotique aigu

La symptomatologie est variable: parfois insidieuse, parfois aiguë. La plupart des cas de schizophrénie se développent à bas bruit, sur un terrain de troubles de la personnalité et de troubles cognitifs dans l'enfance. Il est dès lors difficile de savoir quand débute véritablement la phase prodromique, et donc la psychose proprement dite. Comme le montre un article récent (4), dans la plupart des cas, les symptômes négatifs et le déclin psychosocial précèdent de plusieurs années les symptômes positifs. Tout épisode psychotique aigu n'est cependant pas précédé de tels signes avant-coureurs. Dans un certain nombre de cas, les symptômes positifs surviennent brutalement, sans signes précurseurs inquiétants. Ces formes à début aigu semblent avoir une issue plus favorable (1). Le premier épisode psychotique se présente habituellement chez des adultes jeunes, déjà à risque en raison de divers facteurs de vulnérabilité. Les sujets de sexe masculin développent par exemple une psychose plus tôt que les sujets de sexe féminin (5). Les jeunes hommes sont habituellement célibataires, vivent avec leurs parents ou les ont quittés récemment (6). Les sujets de sexe féminin, en revanche, vivent déjà souvent avec un partenaire fixe (7).

Les modes d'entrée en schizophrénie sont variés: progressifs ou aigus. La schizophrénie survient le plus souvent sur un terrain miné, parfois comme un coup de tonnerre dans un ciel serein.

Evaluation et diagnostic différentiel

Il est nécessaire d'évaluer précisément les antécédents personnels du patient (tant physiques et sociaux que psychiatriques). Cette démarche est importante pour définir au préalable l'état du sujet, et initier la prise en charge. L'évaluation première est toutefois plus qu'un simple recueil d'information, les patients qui traversent un premier épisode psychotique n'ayant généralement pas eu de contacts antérieurs avec les professionnels de la santé. On veillera à réduire au maximum l'inconfort et l'anxiété du patient. Ceci peut améliorer l'adhésion du patient au traitement et sa coopération future.

Tableau 1a: Eléments de l'évaluation (*Early Psychosis Training Pack, Module 3*) (8).

- Phénoménologie
- Symptômes primaires et secondaires
- Evolution et durée
- Symptômes prodromaux
- Facteurs précipitants
- Facteurs de soutien
- Effet de tout traitement antérieur
- Troubles physiques potentiellement associés
- Antécédents familiaux
- Antécédents personnels
- Fonctionnement prémorbide

L'étude susmentionnée de Davidson et al (3) montre que des outils d'évaluation simples permettent de repérer une prédisposition à la schizophrénie. Ceci signifie que l'on peut identifier des individus sains, sans prodromes de psychose, mais qui sont susceptibles de développer la maladie. Ceci permet d'améliorer le seuil de détection et d'affiner l'impression clinique. Il existe différents instruments d'évaluation psychiatrique, dont certains ont été développés spécifiquement pour les premiers épisodes psychotiques.

Tableau 1b: Outils d'évaluation.

- Techniques projectives (p.ex. Rorschach)
- BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*)
- GAF (*Global Assessment of Functioning scale*)
- IRAOS (*Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia*)
- RPMIP (*The Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis*)
- PANSS (*Positive and Negative Syndromes Scale*)
- PECC (*Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers*)
- SCAN (OMS)

Les formes spécifiques de psychose aiguë comprennent (8):

- troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques,
- troubles schizophréniformes,
- troubles schizo-affectifs,
- psychose induite par des substances toxiques,
- psychose due à une affection médicale.

Malgré cette classification imprécise et la grande hétérogénéité de l'expression clinique de ces troubles et bien que les

prodromes n'autorisent pas la différenciation des troubles psychotiques, il est important d'aboutir à un diagnostic clair (9). La durée des prodromes de la schizophrénie peut être extrêmement variable, allant de quelques jours à plusieurs années (10), et l'utilisation du terme "trouble schizophréniforme" donne du temps pour poursuivre l'évaluation avant de poser le diagnostic final.

Il faut cependant arriver aussi rapidement que possible à un diagnostic précis, afin de pouvoir instaurer un traitement approprié dans les meilleurs délais (Tableau 2) (11).

Malgré la diversité des expressions cliniques, il est important d'aboutir à un diagnostic clair.

Agir vite

Plusieurs études récentes semblent indiquer qu'il est très important d'intervenir aussi rapidement que possible (12-15). Ceci améliore en effet le pronostic (16-19).

Idéalement, le traitement devrait être instauré pendant la phase prodromique. Dès les premières modifications notables du comportement, de la pensée ou des

sentiments perçus par le patient ou par sa famille, il est conseillé de consulter un professionnel de la santé. Le suivi de ces patients à risque facilite l'instauration du traitement psychotrope si la psychose se déclare.

Même quand les symptômes psychotiques apparaissent brusquement, le délai entre le début des symptômes aigus et l'instauration effective du traitement est souvent trop long. Lorsque le patient aboutit en fin de compte dans un service spécialisé, on peut comprendre que le caractère trop sombre du pronostic freine les psychiatres à poser un diagnostic de schizophrénie lors du premier épisode. Dans certains cas, les patients présentant un premier épisode auront de multiples contacts avec des services spécialisés avant de bénéficier d'une aide effective (20).

Or, pendant cette période, on peut observer un déclin psychosocial important ou une stagnation, et cela peut décourager la famille et les amis qui seraient disposés à apporter leur aide (21). Ces retards dans la mise en place d'un traitement psychotrope adapté sont également associés à une guérison plus lente et moins complète du premier épisode (22) ainsi qu'à une augmentation significative du risque de récurrence dans les deux années qui suivent (20). Un retard de plus d'une année dans le traitement est associé à une moins bonne issue, par exemple un retard dans la rémission des symptômes (22) et un plus long délai avant le rétablissement (23).

Intervention précoce → meilleur pronostic

Tableau 2: Diagnostic différentiel.

- Étape 1: exclusion des causes toxiques et organiques
- Étape 2: symptômes depuis moins d'un mois
- trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques
 - troubles psychotiques brefs
- Étape 3: présence de troubles de l'humeur
- trouble schizo-affectif
 - trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques
- Étape 4: sur la base des symptômes, du niveau de fonctionnement et de la durée
- trouble schizophréniforme:
 - symptômes psychotiques caractéristiques d'une psychose active
 - moins de six mois
 - réduction du fonctionnement
 - pas de trouble clair de l'humeur
 - schizophrénie:
 - symptômes psychotiques caractéristiques d'une psychose active
 - signes prodromaux depuis plus de six mois
 - réduction fonctionnelle
 - pas de trouble clair de l'humeur
 - psychoses atypiques: pas de réduction fonctionnelle

Traitement

• Objectifs

Le traitement d'un premier épisode de schizophrénie n'a pas pour seul objectif d'augmenter les chances de guérison complète. On veillera avant tout à améliorer les symptômes positifs, négatifs et cognitifs. En outre, il est important d'être attentif aux comorbidités, telles que

dépression, manie/hypomanie, anxiété, accès de panique, troubles de la personnalité ou toxicomanie. Pour réaliser ces objectifs, plusieurs aspects doivent être considérés:

- la réduction des facteurs de stress environnementaux,
- la réduction du délai avant traitement,
- le rapport dose/effet optimal des médicaments,
- l'adoption d'un modèle d'explication acceptable,
- le développement d'une relation thérapeutique,
- l'amélioration de la prise de conscience de la maladie et de ses conséquences,
- l'apport d'une aide à la famille: intervention en cas de crise,
- la réadaptation du fonctionnement.

• Hospitalisation

La nécessité d'hospitaliser ou non un patient psychotique aigu dépend d'une série de facteurs (24). On n'oubliera pas que la phase initiale du traitement, dans le décours d'une schizophrénie, est déterminante pour le pronostic. Pour certains patients, l'hospitalisation peut être traumatisante. Par conséquent, si des ressources sont disponibles et que la famille ou les soignants sont en mesure d'assumer la situation, le traitement peut être instauré à domicile.

Dans certains cas, toutefois, une hospitalisation peut être nécessaire. Certains patients se sentent plus en sécurité à l'hôpital: ils retrouveront alors plus rapidement leur autonomie et leur pronostic s'en trouvera amélioré.

• Éviter la mauvaise compliance

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à une mauvaise compliance lors d'un premier épisode de schizophrénie (25).

Tableau 3: facteurs en faveur de l'hospitalisation.

- Manque de compliance
- Agressivité
- Environnement familial défavorable
- Marginalisation sociale
- Risque de suicide

Tout d'abord, l'absence de conscience morbide peut amener le patient à refuser toute intervention spécialisée ou tout traitement. Certains outils ont été développés pour aider les patients à mieux comprendre leur maladie. En Grande-Bretagne, par exemple, Chaudry et Soni (26) ont établi un questionnaire (ASC: *Approaches to Schizophrenia Communication*) pour évaluer la communication entre les patients et les membres de l'équipe multidisciplinaire. Par ailleurs, il est important de limiter les effets secondaires des antipsychotiques classiques (27). Ceux-ci peuvent décourager le patient de prendre ses médicaments, en particulier lorsqu'il s'agit d'une première expérience de traitement antipsychotique. Il ne faut pas oublier que les patients présentant un premier épisode sont plus sensibles aux antipsychotiques que les patients plus chroniques. Par conséquent, lors d'un premier épisode, les effets secondaires extrapyramidaux se manifesteront à des doses moindres que chez les patients qui ont déjà présenté plusieurs poussées. Le choix judicieux du médicament joue donc un rôle critique dans l'observance pendant toute la maladie. Ces patients se plaignent souvent de ne plus être capables de profiter de la vie et décrivent une réduction de leurs capacités émotionnelles, de leur pensée directe, de leur volonté et de leur spontanéité (28). Ces effets secondaires peuvent influencer leur observance future, pour le restant de leur vie. Donc, compte tenu du fait que beaucoup de patients présentant un premier épisode nécessiteront un traitement continu, voire un traitement à vie, pour contrôler leurs symptômes psychotiques, il est hautement recommandé d'utiliser des substances moins susceptibles d'induire des effets secondaires extrapyramidaux ou d'autres effets secondaires (29).

• Approche psychosociale

Le premier épisode psychotique est souvent très perturbant pour les sujets jeunes, qui peuvent présenter des troubles émotionnels et cognitifs majeurs. Ceci peut hypothéquer leur identité naissante, leurs relations, leurs études et leurs perspectives d'emploi, voire miner, paralyser ou briser leur développement

psychosocial normal. Les patients, leurs amis et leur famille sont rarement familiarisés avec les maladies et les services psychiatriques, et la pathologie du patient peut engendrer chez eux un stress important. Il s'agit donc de choisir soigneusement les stratégies que l'on adoptera, afin de réduire l'impact du premier épisode psychotique.

La prise en charge initiale devra éclairer le patient et sa famille sur la situation, pour les engager dans les premières interventions thérapeutiques.

- Dès le départ, il est essentiel de former avec le patient une alliance thérapeutique reposant sur la confiance. A cet égard, un entretien n'est pas uniquement un moyen de glaner des informations, mais surtout une occasion d'établir cette confiance.
- Dès le premier contact avec un patient présentant un premier épisode schizophrénique, on entamera une intervention proposant un dialogue sur les symptômes, l'évolution, le traitement, les médicaments et le diagnostic, démarche que l'on retrouve dans la psycho-éducation. Malheureusement, il n'est pas toujours possible d'aborder tous ces aspects. Le tableau 4 énumère quelques-uns des facteurs qui interfèrent avec la psycho-éducation.
- Depuis quelque temps, les recherches sur le travail psychothérapeutique dans les psychoses se sont centrées sur les techniques cognitivo-comportementales (*cognitive-behavioral techniques*: CBT). Ces techniques ont

Tableau 4: Facteurs retardant la psycho-éducation.

- Manque de formation du médecin ou du psychologue
- Résistance psychologique
- Crainte que l'information mène à des plaintes, voire au suicide
- Manque de temps
- Problèmes pour poser le diagnostic
- Respect de la vie privée du patient
- Habitudes locales
- Opinion scientifique

comme substrat les idées délirantes du patient et ses expériences hallucinatoires. Les CBT peuvent aider à reconstruire l'estime de soi par des images mentales et l'auto-verbalisation. L'entraînement des habilités sociales, la gestion du stress, l'apprentissage des techniques de résolution de problèmes et les stratégies cognitives aident la personne à reprendre ses activités antérieures importantes, ce qui renforce d'autant l'espoir de guérison et de restauration de l'estime de soi.

- Les **interventions familiales** (30) peuvent améliorer le soutien apporté par les soignants au patient. Il peut être utile d'explorer soigneusement, dans la vie du patient, les facteurs de stress qui précipitent ou entretiennent la maladie. Même lorsque le patient ne participe pas à la prise en charge, il est recommandé de rester en contact avec la famille.
 - L'article de Hingley (31) analyse la contribution des approches **psychodynamiques** à la compréhension de la psychose. La théorie psychodynamique aurait un intérêt dans trois types d'applications:
 - la psychothérapie intensive, à long terme, dans un sous-groupe de patients approprié;
 - une psychothérapie moins intensive et plus brève, visant à améliorer la capacité des malades à affronter leurs symptômes et à avoir des relations avec les autres;
 - un cadre visant à améliorer la capacité des professionnels à comprendre le comportement du patient, et à proposer des réponses constructives et positives.
- On peut ainsi définir deux objectifs de la thérapie psychodynamique:
- donner l'occasion de développer un ego plus stable, disposant de défenses plus adaptées;
 - aider à comprendre les conflits internes qui peuvent générer les symptômes psychotiques.
- La psychose s'inscrit pendant l'adolescence et le début de l'âge adulte, dans une période importante de développement émotionnel et social. La perturbation du fonctionnement social et professionnel suite à l'épisode

psychotique peut désavantager le patient et réduire ses performances. Les sujets jeunes qui sortent d'un épisode psychotique sont exposés à des difficultés sociales (absence de logement, notamment) susceptibles d'exacerber leur maladie. C'est pourquoi, lorsqu'un domicile parental n'est pas disponible, l'aide pour trouver une solution adaptée doit faire partie du programme de réinsertion. De plus, une personne en phase de guérison d'un épisode psychotique doit avoir l'occasion d'entretenir ses habilités sociales, de développer de nouvelles compétences, d'avoir des contacts avec des pairs, de rétablir une confiance et une approche positive de l'avenir. Pour répondre à ces besoins, des **interventions sociales** sont indispensables [cf. *Early Psychosis Training Pack*, Module 8 (8)].

• Traitement pharmacologique

Lorsque des patients schizophrènes présentant une agitation aiguë sont amenés dans un service d'urgence, il est souvent nécessaire de les calmer. Cependant, le dialogue et le soutien ne suffisent pas toujours à restaurer la maîtrise de soi chez le patient. Dans de tels cas, des interventions pharmacologiques sont nécessaires. Bien que le consensus ne soit pas absolu quant au traitement efficace des patients psychotiques aigus, nous tenons à suggérer

Tableau 5: Effets secondaires importants des médicaments antipsychotiques.

- Effets secondaires extrapyramidaux
- Signes et symptômes anticholinergiques
- Sédation
- Troubles cognitifs
- Dysphorie d'origine médicamenteuse
- Emoussement émotionnel
- Prise de poids
- Dysfonction sexuelle et reproductive
- Syndromes de sevrage
- Dyskinésie tardive
- Syndrome malin des antipsychotiques

quelques lignes directrices pour les services d'urgences psychiatriques.

Dans ce paragraphe, nous discuterons les points de vue actuels sur la sélection des antipsychotiques appropriés et des schémas posologiques adéquats. Avant toute chose, nous passerons en revue les antipsychotiques conventionnels et leurs effets secondaires. Ensuite, nous examinerons l'apport des nouveaux antipsychotiques.

La camisole chimique

Auparavant, la "**tranquillisation rapide**" (TR), définie comme l'administration de "*quantités variables d'antipsychotiques en un court intervalle de temps, pour maîtriser les comportements agités, menaçants et potentiellement destructeurs*" dominait dans le traitement des patients agités aigus (32). Cette méthode allégeait en général rapidement les états dangereux et douloureux. Si les médicaments utilisés agissaient effectivement, ils étaient toutefois associés à **divers inconvénients cliniques sérieux**. Le tableau ci-dessous énumère onze effets secondaires importants des antipsychotiques utilisés en urgence (Tableau 5) (29), classés des plus courants aux moins courants.

Il est évident que ces symptômes désagréables réduisent considérablement l'observance. Le traitement psychopharmacologique du premier épisode symptomatologique aigu étant fondamental pour l'évolution ultérieure de la maladie et pour son pronostic, il convient donc de sélectionner soigneusement les psychotropes pour en minimiser les effets délétères. Au cours des dernières décennies, ces limitations furent un moteur essentiel pour la recherche de meilleurs antipsychotiques.

Les antipsychotiques atypiques: une fenêtre thérapeutique plus large

Une série d'études récentes montrent que les nouveaux antipsychotiques sont tout aussi efficaces vis-à-vis des symptômes positifs, négatifs et cognitifs. En outre, ils entraînent moins d'effets secondaires ou de contraintes pour les patients. Selon Haffen (33), la monothérapie est

préférable, mais certains cliniciens – convaincus de l'efficacité des antipsychotiques atypiques – suggèrent de commencer par un schéma mixte associant un antipsychotique traditionnel (IM) et un antipsychotique atypique (*per os*) pour traiter l'agitation aiguë (34, 35). L'objectif de cette approche est double. Premièrement, elle permet d'obtenir une sédation suffisante. De plus, elle répond aux symptômes positifs aigus. Cependant, il est absolument nécessaire d'éviter que les patients souffrent des effets secondaires des antipsychotiques, car les expériences négatives d'effets secondaires graves déterminent l'observance future. Les nouveaux antipsychotiques offrent des avantages sur les antipsychotiques conventionnels, à la fois en termes d'efficacité et de tolérance. Ils réduisent les effets secondaires (les effets secondaires extrapyramidaux sont nuls à quasi nuls, voir Kopala et al (36)) et peuvent ainsi être extrêmement efficaces non seulement en traitement d'entretien chez beaucoup de schizophrènes, mais aussi chez les sujets n'ayant jamais reçu d'antipsychotiques (37). Selon Kopala et al (36), des doses de rispéridone de 2 à 4mg/jour permettent de traiter de façon efficace les symptômes positifs, négatifs et généraux d'un premier épisode psychotique.

Donc, chez un patient présentant essentiellement des symptômes négatifs, il est préférable d'utiliser de faibles doses d'un antipsychotique nouveau, comme la rispéridone (37). Et comme il s'agit de patients n'ayant jamais reçu de psychotropes, il faut administrer des doses faibles, car ces patients sont très sensibles. Lorsque les patients sont particulièrement perturbés, agités ou agressifs, les antipsychotiques atypiques peuvent poser un problème, car ils n'ont pas d'effets sédatifs à faibles doses (38). Cette absence de sédation fait souvent conclure à leur inefficacité et conduit à un arrêt précoce du traitement. Une stratégie innovante consiste alors à combattre la crise par une faible dose d'un antipsychotique atypique puissant, peu sédatif (*per os*), en combinaison avec des benzodiazépines (39, 40). Celles-ci permettent de réduire l'agitation aiguë et l'anxiété, sans provoquer de symptômes extrapyramidaux. Même si les benzodiazépines sont moins

efficaces que les antipsychotiques pour soulager les symptômes psychotiques, leur utilisation est nécessaire pour maîtriser l'agitation. L'objectif est ainsi atteint: le patient est calmé, l'anxiété qui accompagne l'épisode est réduite, et l'on n'observe pas d'effets extrapyramidaux, ce qui favorise la coopération future. Après deux semaines, lorsque l'antipsychotique atypique devient efficace, il est recommandé de diminuer progressivement les benzodiazépines. La sédation est en effet nécessaire pendant l'agitation aiguë, mais dès que celle-ci est maîtrisée, la sédation est indésirable et devient gênante pour le traitement ultérieur (38), car elle interfère avec le fonctionnement cognitif et social du patient et perturbe sa réinsertion sociale (41).

Voie d'administration

L'administration orale et l'injection intramusculaire sont deux voies d'administration possibles (32). On suggère souvent d'utiliser la voie intramusculaire en situation aiguë, pour passer ensuite à l'administration orale. Bien que l'on pense

souvent que les injections intramusculaires offrent une réponse plus rapide, certaines études montrent que l'administration orale de lorazépam et de rispéridone est aussi efficace qu'une injection d'halopéridol et de lorazépam pour contrôler l'agitation psychotique aiguë ((42), mais pas pour un premier épisode). De plus, l'administration orale est moins agressive et offre un plus grand sentiment de contrôle au patient. La plupart des études montrent d'ailleurs que beaucoup de patients en état aigu acceptent un traitement *per os*.

Conséquences

Bien que les nouveaux antipsychotiques présentent toujours certains effets secondaires, il est clair que leur avantage majeur sur les antipsychotiques conventionnels, sur le plan de la sécurité, est leur moindre propension à provoquer des effets secondaires extrapyramidaux, particulièrement l'acathisie, que les patients trouvent très gênante. Les patients traités par l'un de ces nouveaux médicaments connaîtront donc une meilleure qualité de vie et auront moins tendance à refuser leur traitement. Les patients reprennent petit à petit contact avec leur environnement et se sentent moins désinsérés. Ceci ne peut que réduire le taux de récurrences (43) et le nombre d'hospitalisations, et améliorer le pronostic à long terme, par rapport aux antipsychotiques conventionnels.

Tableau 6: Recommandations thérapeutiques.

Premier épisode

faible dose d'un nouvel antipsychotique (p.ex. rispéridone, 2mg/jour)

Comportement agité

combiner une faible dose d'un nouveau antipsychotique et une benzodiazépine. Les symptômes positifs sont contrôlés; on obtient une sédation avec peu ou pas d'ES extrapyramidaux

Agitation + dangerosité

injection d'antipsychotiques classiques (on obtient une sédation temporaire et le médicament peut être diminué et arrêté dès qu'il n'est plus nécessaire d'un point de vue clinique. Il est alors remplacé par un autre antipsychotique

Uniquement symptômes négatifs

faible dose de nouveaux antipsychotiques

L'adoption du modèle biopsychosocial implique une prise en charge incluant le traitement curatif et la réadaptation. Eviter l'hospitalisation, informer le patient et son entourage pour faciliter l'alliance thérapeutique, utiliser les techniques comportementales, les interventions familiales, les approches psychodynamiques et les modules de psycho-éducation sont autant d'atouts qui participent à la compliance au traitement, lequel sera le plus adapté possible aux impératifs du tableau clinique, impliquant préférentiellement les antipsychotiques atypiques, dont l'efficacité et les moindres effets secondaires sont attractifs.

Conclusion

Notre compréhension de la psychose a rapidement progressé au cours des dix dernières années. Nous pensons que ces progrès ont permis de réaliser des avancées cliniques, et d'apporter un nouvel espoir à nos patients et à leurs familles. Pour augmenter les bénéfices des nouveaux traitements pharmacologiques et psychosociaux, il faut se concentrer sur le patient dès son premier contact avec les services. Détecter et traiter ce groupe de patients le plus tôt possible peut permettre de prévenir le développement de certains handicaps et de certaines invalidités secondaires.

La première expérience de traitement médicamenteux peut influencer l'attitude future du patient vis-à-vis du traitement, quel qu'il soit, et le thérapeute ne doit dès lors pas se concentrer uniquement sur des objectifs à court terme. Les antipsychotiques conventionnels, bien qu'efficaces pour le traitement des symptômes positifs de la psychose, sont probablement moins efficaces pour le traitement des symptômes négatifs et provoquent généralement des effets secondaires extrapyramidaux, ce qui diminue la qualité de vie et l'observance. Les nouveaux antipsychotiques ont été développés avec pour objectif de produire moins d'effets secondaires aux doses thérapeutiques, et de mieux soulager les symptômes négatifs du premier épisode psychotique.

Lorsque les patients arrivent finalement au service d'urgences, le plus souvent dans un état d'agitation, l'approche comportementale ne s'avère pas toujours efficace, et un traitement pharmacologique s'impose. La première expérience du patient avec un médicament étant cruciale en termes d'observance future, il faut recommander les antipsychotiques atypiques (41, 44). Une sédation est clairement souhaitable chez les patients agités aigus. Une fois que la psychose et les troubles comportementaux sont contrôlés, en revanche, ou lorsque le patient présente uniquement des symptômes négatifs, la sédation constitue un effet secondaire indésirable.

Références

1. Aitchinson KJ, Meehan K, Murray RM. *First episode psychosis*. London, UK: Martin Dunitz Ltd.; 1999.
2. Fowler D, Garety P, Kuipers E. *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester: Wiley; 1995.
3. Davidson A, Reichenberg A, Rabinowitz J, Weiser M, Kaplan Z, Mark M. Behavioral and intellectual markers in apparently healthy male adolescents. *Am J Psychiatry* 1999;156(9):1328-35.
4. Dubois V, et al. Premiers signes de psychose. *Neurone* 2001;6(6):Suppl 1-6.
5. Angermeyer M C, Kuhn L. Gender differences in age at onset of schizophrenia: an overview. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1988;237:351-64.
6. Kulkarni J, Power P. Initial treatment of first-episode psychosis. McGorry PD and Jackson HJ, eds. *Recognition and management of early psychosis: A preventive approach*. New York: Cambridge University Press; 1999. p. 184-205.
7. Riechler-Rössler A, Fätkenheuer B, Löffler W, Maurer K, Häfner H. Is age of onset in schizophrenia influenced by marital status? *Social Psychiatry and Epidemiology* 1992;27:122-8.
8. EPPIC. *Early Psychosis Training Pack*. Cheshire, UK: Gardiner-Caldwell Communications Limited; 1997.
9. Remington G. Topical issues on the diagnosis and drug treatment of first episode schizophrenia. *Practical Psychiatry and Behavioral Health* 1996;2(2):25-9S.
10. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996;22(2):353-70.
11. Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG. *Handboek Psychopathologie, deel 1*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1993.
12. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JMJ, et al. Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183-8.
13. Mascalrelli M. Health and economic evaluation in schizophrenia: implications for health policies. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(Suppl. 382):84-8.
14. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull* 1996; 22:201-22.
15. McGorry PD, Edwards J. The feasibility and effectiveness of early intervention in psychotic disorders: the Australian experience. *International Clinical Psychopharmacology* 1998; 3(Suppl. 1):S47-S52.
16. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991;17(2):325-51.
17. Birchwood M, McMillan JF. Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1993;27:374-8.
18. McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: research. *Schizophr Bull* 1996;22(2):327-45.
19. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, et al. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.
20. Johnstone ES, et al. The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry* 1986;48:115-20.
21. Jones PB, Bebbington P, Foerster A, Lewis SW, Murray RM, Russell A, Sham PC, Toone BK, Wilkins S. Premorbid social underachievement in schizophrenia. Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *Br J Psychiatry* 1993;162:65-71.
22. Linszen D, Lenior M, De Haan L, Dingemans P, Gersons B. Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl. 33):84-9.
23. Linszen DH, Dingemans PMAJ, Scholte WF, Lenior ME, Goldstein M. Early recognition, intensive intervention and other protective and risk factors for psychotic relapse in patients with first psychotic episodes in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology* 1998;13(Suppl. 1):S7-S12.
24. de Haan L. Het belang van hospitalisatie bij een eerste psychotische episode. Peuskens J and De Clercq M, eds. *Schizofrene stoornissen*. Gent: Academia Press; 1999. p. 137-46.
25. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self report scale predictive of drug, compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* 1983;13:177-83.
26. Chaudhry IB, Soni SD. ASC in clinical practice: the UK experience. *Clear Perspectives: Management Issues in Schizophrenia* 1999;2(4):22-4.
27. McCreedy RG. Managing the first episode of schizophrenia: the role of new therapies. *European Neuropsychopharmacology* 1996;6:S23-S25.
28. Naber D. Subjective experiences of schizophrenic patients treated with antipsychotic medication. *International Clinical Psychopharmacology* 1988;13(Suppl. 1):S41-S45.
29. Kopala L, Whitehorn D. Effective management of antipsychotic side-effects in early psychosis. *Clear Perspectives: Management Issues in Schizophrenia* 1999;4(2):25-31.
30. Vaughn C, Leff JP. The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1976;15:157-65.
31. Hingley SM. Psychodynamic perspectives on psychosis and psychotherapy II: Practice. *British Journal of Medical Psychology* 1997;70:313-24.
32. Dubin WR. Rapid tranquilization: Antipsychotics or benzodiazepines. *J Clin Psychiatry* 1988; 49(Suppl 12):5-12.
33. Haffen E and Sechter D. Etat d'agitation. *La Revue Du Practicien (Paris)* 1998;48:1123-7.
34. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles: De Boeck Université; 1997.
35. De Clercq M. L'abord psychopharmacologique des troubles schizophréniques aigus. *Acta Psychiatrica Belgica* 2000;100:7-14.
36. Kopala LC, Good KP, Honer WG. Extrapyramidal signs and clinical symptoms in first-episode schizophrenia: response to low-dose risperidone. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1997;17(4):308-13.
37. Kopala LC, Fredrikson D, Good KP, Honer WG. Symptoms in Neuroleptic-naive, first-episode schizophrenia: response to risperidone. *Biological Psychiatry* 1996;39:296-8.
38. De Nayer A. Du bon usage de la sédation dans le cadre de la schizophrénie. *Neurone* 1998;3(1):9-11.
39. Keks NA. Minimizing the non-extrapyramidal side-effects of antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:18-24.
40. Vaiva G. Anxiété et agitation sont-elles toujours liées chez le patient psychotique? *L'Information Psychiatrique: Revue Mensuelle Des Psychiatres Des Hôpitaux* 1998;74(5):541-52.
41. Levy RH. Sedation in acute and chronic agitation. *Pharmacotherapy*. 1996;16(6):152S-159S.
42. Currier GW, Simpson GM. Risperidone liquid concentrate versus intramuscular haloperidol for control of psychotic agitation. Presented at the 22nd CINP Congress, Brussels, Belgium. 2000.
43. Csemansky J, Okamoto A, Brecher M. Risperidone vs haloperidol for prevention of relapse in schizophrenia and schizoaffective disorders: a long term double blind comparison. Presented as a poster at the Society of Biological Psychiatry Annual Meeting, Washington D.C., 1999.
44. Emsley RA. Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: a double blind multicenter study. *Schizophr Bull* 1999;25(4):721-9.