



# Dépistage et traitement précoce des psychoses schizophréniques – une mise à jour

Anita Riecher-Rössler, Evelyne Rechsteiner, Marcus D'Souza, Elizabeth von Castelmuur, Jacqueline Aston

Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

## Quintessence

- Si le traitement et le pronostic des psychoses schizophréniques se sont considérablement améliorés au cours du temps, il n'en reste pas moins qu'il s'agit souvent de maladies graves, impliquant des souffrances énormes pour les patients touchés et ayant des conséquences socio-économiques non négligeables.
- Les psychoses schizophréniques commencent le plus souvent de manière sournoise et atypique, restant donc souvent méconnues durant des années. Le diagnostic et le diagnostic différentiel requièrent des connaissances spécifiques et un équipement approprié.
- Les symptômes précoces comprennent des changements de la personnalité, des sentiments et des capacités de performance, mais aussi des centres d'intérêts, fréquemment associés à une méfiance et à un certain retrait social, ainsi qu'à des troubles de la perception et de l'interprétation de l'environnement et à des perturbations du vécu avec passage progressif vers une symptomatologie véritablement psychotique.
- Déjà à ce stade précoce méconnu, la maladie a souvent des conséquences médicales et psychosociales extrêmement graves.
- Un dépistage à ce stade encore non spécifique n'est malheureusement pas possible. Ce qui est en revanche possible, c'est d'évaluer le risque de développement d'une psychose. Une information du patient/de la patiente sur ce risque au travers d'un travail de conseil et d'un accompagnement, si nécessaire également à l'aide de traitements symptomatiques, peut et doit alors absolument être proposée. L'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et le patient revêt à ce stade une importance primordiale dans l'optique d'un éventuel passage au stade de la psychose et des mesures thérapeutiques spécifiques qu'il conviendra alors à prendre.
- On essaie, dans le cadre de l'étude bâloise FEPSY (Früherkennung von Psychosen = dépistage précoce des psychoses), d'améliorer l'évaluation du risque de développement d'une telle psychose, ainsi que les méthodes de dépistage.

## Summary

### Early diagnosis and early treatment of schizophrenic psychosis – an update

- *Even if the treatment and prognosis of schizophrenic psychosis have recently undergone substantial improvement, it has always remained a serious disease associated with enormous personal suffering and overwhelming economic consequences.*
- *Schizophrenic psychosis usually has an insidious and atypical onset and so often goes undetected for years. Diagnosis and differential diagnosis require specific knowledge and equipment.*
- *Early symptoms are alterations of personality, of emotional life and social competence, and also of interests, frequently associated with distrust and withdrawal from social contact, distorted perception and interpretation of the environment and experience, with gradual transition to psychotic symptoms.*

## Introduction


Le dépistage et le traitement précoce des psychoses schizophréniques constituent depuis quelques années un objectif primordial de la psychiatrie. Il existe aujourd'hui des centres de dépistage et de traitement précoce dans le monde entier et leur nombre ne cesse d'augmenter. Cette évolution a fait suite à différentes observations et constatations:

- La schizophrénie est une maladie grave.
- Les psychoses schizophréniques débutent souvent de manière sournoise et atypique.
- Le diagnostic et le traitement de ces psychoses interviennent souvent trop tardivement.
- Ces affections peuvent s'accompagner de complications graves, en particulier durant leur phase précoce, lorsqu'elles n'ont pas encore été diagnostiquées.
- Une prise en charge dès le stade précoce peut considérablement améliorer le développement de la maladie et son pronostic.

## Une maladie grave

La schizophrénie est une affection fréquente. Son incidence n'est pas si élevée, puisqu'on ne dénombre qu'un à deux nouveaux cas par an pour 10 000 personnes, mais l'évolution chronique récidivante chez deux tiers des patients, porte sa prévalence à 1–5 cas pour 1000 personnes. Les psychoses schizophréniques sont à l'origine de 1,5–2% des dépenses de santé dans les pays industrialisés, ce qui les place parmi les maladies psychiatriques les plus coûteuses [1]. Mais c'est surtout le risque suicidaire qui est élevé, avec une incidence atteignant près de 10% au cours de l'existence.

## Debut insidieux et atypique

Comme l'ont montré plusieurs études au cours des dernières décennies, les psychoses schizophréniques débutent en moyenne plusieurs années avant la première hospitalisation et bien avant que le diagnostic n'ait été posé [2–6]. Elles commencent par l'apparition de troubles très peu spécifiques (fig. 1 ). Le sujet, en général

● *Even in these unrecognised early stages the disease often has serious medical and psychosocial consequences.*

● *Early diagnosis at this still unspecific stage is unfortunately impossible. What is possible, however, is to assess the risk of developing psychosis. Briefing the patient about this risk, with counselling and subsequent follow-up, and if necessary symptomatic treatment, are not only possible but essential in such cases. The prime necessity at this stage is to build up a relationship of trust between patient and doctor, so that specific therapy can be initiated immediately if the transition to psychosis actually occurs.*

● *The aim of the Basel FEPSY Study (early diagnosis of psychosis) is to improve risk assessment, and where possible early diagnosis, of such psychoses.*

encore jeune, a un «comportement bizarre» et «n'est plus le même». Il apparaît aussi de manière de plus en plus évidente qu'il n'est plus à même de tenir son rôle au niveau professionnel, dans ses rapports avec les autres et avec ses proches – survient alors la cassure dans le parcours de vie (tab. 1 [↩]) [2-6].

### Retard de diagnostic et de traitement

Malheureusement, la maladie est souvent reconnue beaucoup trop tardivement. Il s'écoule en moyenne deux à cinq ans depuis la phase des prodromes et un à deux ans depuis le début de la phase prépsychotique jusqu'au diagnostic définitif et à la première hospitalisation (tab. 2 [↩]). Les causes qui expliquent ces tergiversations sont nombreuses. D'abord, la maladie commence souvent, comme déjà évoqué, par des prodromes atypiques. Ensuite, il existe fréquemment chez les patients une grande méfiance et une absence de prise de conscience de l'état pathologique; par conséquent ils n'appellent pas à l'aide. La prise en charge de ces patients est alors souvent inadéquate, se bornant à des tentatives infructueuses de l'une ou l'autre forme de médecines parallèles, par exemple l'homéopathie, ou à des séances auprès de guérisseurs, ce qui re-

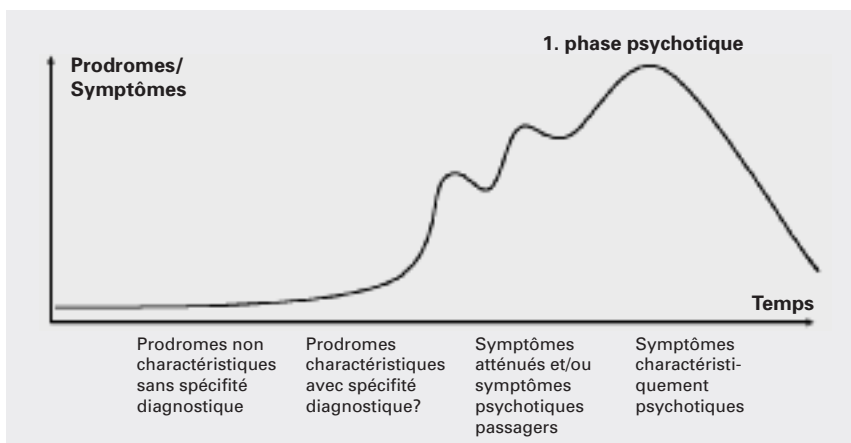


Figure 1  
Evolution de la psychose.

tarde d'autant le diagnostic de la maladie et la mise en route du traitement.

Même lorsque les patients ont un contact avec le système de santé, ils sont souvent confrontés à la réticence de nombreux médecins à poser un diagnostic de suspicion de psychose schizophrénique, surtout dans le but d'éviter aux patients d'être confrontés inutilement à un diagnostic aussi lourd. De telles attitudes de déni ne sont cependant plus défendables de nos jours, car les médecins et les thérapeutes contribuent avec ce genre de négation à renforcer le côté stigmatisant de la maladie. L'expérience faite avec d'autres maladies à forte connotation de rejet, telles que la dépression ou le SIDA, a montré qu'une attitude ouverte peut justement grandement contribuer à dédramatiser la situation. Les psychoses schizophréniques devraient donc être diagnostiquées et traitées comme toutes les autres maladies. C'est en fait la seule façon de rendre ce type de troubles acceptables pour la société.

Il n'est plus admissible aujourd'hui de considérer la prise en charge précoce comme «superflue», car il est clairement apparu au cours des dernières années qu'une intervention rapide et la mise en route d'un traitement *précoce* sont essentielles dans la prise en charge des psychoses schizophréniques, en particulier dans l'optique d'une amélioration du pronostic de la maladie et d'une prévention des conséquences sociales si délétères (cf. ci-dessous). L'information au patient sur la nature de sa maladie se trouve considérablement facilitée par les explications sur les différentes options thérapeutiques disponibles, qui sont devenues entre-temps tout à fait satisfaisantes (cf. ci-dessous).

### Conséquences de la psychose débutante

Comme nous le savons, ces psychoses entraînent souvent des conséquences graves dès la phase prodromale aspécifique, donc avant même que le diagnostic ait été posé. Les troubles dépressifs, le manque d'énergie et d'entrain, les troubles de la pensée et de la concentration qui se manifestent au début de la psychose entraînent un important fléchissement de la capacité de performance scolaire, dans les études ou l'exercice de la profession. Ces situations s'accompagnent la plupart du temps de violentes crises de confiance en soi qui tendent à renforcer encore les symptômes régressifs. Associée à l'irritabilité générale, aux problèmes de capture et de gestion de l'information, ainsi qu'à la méfiance inhérente à la maladie, la perte de confiance mène les patients à un isolement social croissant avec tous les problèmes de relations que cela suppose. Les liens avec leurs proches volent en éclats ou les patients évitent tout simplement d'emblée d'en établir. Les contacts avec les amis se rompent.

**Tableau 1. Signes précoces d'une éventuelle psychose (cf. [4, 11, 12]).**

|   |
|---|
| Changements de la personnalité  |
| Agitation, nervosité, irritabilité  |
| Sensibilité augmentée, hypersensibilité, irritabilité   |
| Troubles du sommeil, inappétence  |
| Négligence de soi-même  |
| Manque soudain d'intérêt, d'initiative, d'énergie, d'élan vital   |
| Modifications affectives  |
| Dépression, atténuation des sentiments ou forte labilité de l'humeur  |
| Anxiété, en particulier peur d'être menacé ou blessé  |
| Modification des capacités de performance   |
| Affaiblissement de la faculté de supporter les contraintes et de la résistance au stress  |
| Troubles de la concentration, distraction   |
| Cassure dans les performances   |
| Altérations dans le domaine social  |
| Méfiance  |
| Retrait de la société, isolement  |
| Problèmes relationnels  |
| Changements dans les centres d'intérêt  |
| Intérêts soudains inhabituels, par exemple pour des choses religieuses ou des phénomènes surnaturels, la magie, etc.  |
| Modifications des perceptions et du vécu  |
| Perceptions inhabituelles (par ex. intensification et modification de certains bruits ou de certaines couleurs; sentiment qu'il a lui-même changé ou que l'environnement est différent)   |
| Impressions personnelles, vécu inhabituel, par ex. relations personnelles (le patient rapporte tout à lui-même); sentiment d'être observé, sentiment d'être sous influence (l'impression que d'autres peuvent prendre influence sur moi ou contrôler mes pensées, me contrôler, me téléguider). |

**Tableau 2. Retard de traitement.**

| Etude                         | Nombre de patients | Durée entre les premiers prodromes et le début du traitement (années) | Durée entre les 1 <sup>ers</sup> symptômes et le début du traitement (années) |
|-------------------------------|--------------------|---|---|
| Gross 1969, D [13]            | 290                | 3,5   | –   |
| Huber et al. 1979, D [14]     | 502                | 3,3   | –   |
| Lewine 1980, USA [15]         | 97                 | –   | 1,9   |
| Häfner et al. 1991, D [2]     | 267                | 4,6   | 2,3   |
| Haas & Sweeny 1992, USA [16]  | 71                 | –   | 3   |
| Loebel et al. 1992, USA [17]  | 70                 | 3   | 1   |
| Beiser et al. 1993, CDN [18]  | 72                 | 2,1   | 1   |
| McGorry et al. 1996, AUS [19] | 52 (61)            | 2,1   | 1,4   |
| Larsen et al. 1996, N [20]    | 43                 | –   | 2,2   |
| Ho et al. 2000, USA [21]      | 74                 | 2,5   | 1,2   |
| Norman et al. 2001, CDN [22]  | 113                | 3,3   | 1,2   |
| Fuchs & Steinert 2000, D [23] | 50                 | 5   | 1,2   |
| Malla et al. 2002, D [24]     | 88                 | 2,4   | 0,9   |
| Perkins et al. 2004, USA [25] | 191                | –   | 1,2   |
| Melle et al. 2004, N [26]     | 281                | –   | 0,9   |

Souvent, la famille comprend mal les raisons de cette soudaine cassure dans les performances et de la tendance au retrait social du patient. L'entourage interprète son attitude comme une paresse et un manque de volonté, ce qui peut entraîner de sévères et durables crises dans le mi-

lieu familial. Si la maladie n'est pas reconnue à ce stade, il s'ensuit fréquemment aussi la perte du poste de travail ou de la place d'apprentissage, l'interruption de l'école et éventuellement la rupture des relations familiales. Sans revenus, les patients sont exposés à la précarisation et

**Tableau 3. Domaines des troubles (cf. [4, 12]).**

|   |
|---|
| Domaines des troubles   |
| Confiance en soi  |
| Développement cognitif et émotionnel                              |
| Relations: partenaires, famille, amis                             |
| Performances: formation, profession                               |
| Finances: revenus, type de logement                               |
| Comportement social: retrait de la société, abus de drogues, etc. |

risquent carrément de devenir sans-abri. Ils peuvent alors manifester des comportements de compensation, surtout les hommes, avec abus de substances, notamment d'alcool ou de cannabis. Il n'est pas rare au cours de cette période que des patients cherchent leur salut dans la religion ou auprès de guérisseurs, ou tombent même dans les griffes d'une secte [4]. La maladie a donc, dès le stade précoce, des répercussions très graves sur différentes fonctions sociales, les relations avec les partenaires et la formation/l'exercice de la profession (cf. tab. 3 ↩). Autrement dit, tout retard dans la pose du diagnostic et dans la mise en route d'un traitement approprié peut avoir des conséquences psychosociales dramatiques. La mise en route tardive du traitement peut également avoir en soi diverses autres

**Tableau 4. Conséquences d'un retard de traitement (aperçu dans [7]).**

|   |
|---|
| Amélioration retardée et incomplète de la symptomatologie   |
| Péjoration des fonctions cognitives   |
| Péjoration du pronostic de la maladie   |
| Augmentation des doses de neuroleptiques nécessaires  |
| Compliance plus mauvaise  |
| Augmentation du taux des hospitalisations et des réhospitalisations                               |
| Plus grande charge pour l'entourage familial  |
| Coûts du traitement plus élevés   |
| Augmentation des risques de dépression, de suicide, d'abus d'alcool, de drogues et de délinquance |
| Renforcement du handicap psychologique et social et péjoration de la qualité de vie               |

**Tableau 5. Règles à observer lors du 1<sup>er</sup> contact.**

|   |
|---|
| Prise de contact en douceur et axée sur la mise en confiance  |
| Etre à l'écoute du patient  |
| Se pencher sur l'anxiété (psychotique)  |
| Respecter le point de vue exprimé par le patient  |
| Penser à la diminution de la capacité à saisir et à gérer l'information chez le patient   |
| Attitude claire, sans équivoque et franche  |
| Langage de tous les jours, adapté et clair  |
| Réunir progressivement les informations   |
| Expliquer prudemment la suite de la procédure   |
| Prendre au sérieux la crainte et les résistances face aux investigations complémentaires, tout en essayant de convaincre le patient de les accepter |
| Etre attentif au risque suicidaire et aux dangers éventuellement encourus par les tiers (par ex. en cas d'anxiété psychotique)                      |

conséquences négatives sur l'évolution de la maladie, tant pour les patients que pour leurs proches (tab. 4 ↩).

## Dépistage

Les observations qui précèdent soulignent l'importance d'un dépistage et d'un diagnostic précoces, ainsi que d'une mise en route rapide du traitement. Plus le traitement commence tôt, meilleur sera le pronostic de la maladie et meilleures seront les chances de pouvoir prévenir les conséquences psychiques et sociales potentiellement désastreuses.

## Premier contact

Souvent, c'est au médecin traitant, à un enseignant, au pasteur ou à une autre personne de confiance que s'adressent les patients souffrant d'une psychose débutante. La forme et la qualité de ces premiers contacts est d'une importance extrême pour toute la suite de l'évolution de l'affection, raison pour laquelle nous allons évoquer quelques règles fondamentales à observer lors du premier entretien (tab. 5 ↩).

Dès le premier contact, il est essentiel de calmer la méfiance du patient vis-à-vis du système de soins. L'objectif prioritaire du médecin de premier recours ne sera *pas obligatoirement* de poser un diagnostic d'emblée, mais bien plus de commencer par établir le contact avec le patient, tout en douceur, et de mettre ce dernier en confiance. Une bonne relation thérapeutique est en effet de première importance pour le suivi du traitement et la collaboration ultérieure de ces sujets particulièrement vulnérables, pour qu'ils acceptent des investigations complémentaires, pour leur qualité de vie future et pour le pronostic de l'affection.

A ce stade, la prise de contact et la communication avec les patients peuvent s'avérer très difficiles. Compte tenu de leur appréhension et de leur symptomatologie fréquemment négative, avec baisse de l'élan vital, troubles du comportement et de la motivation, nombre d'entre eux doivent se faire violence pour venir au cabinet et peinent beaucoup à venir aux rendez-vous fixés. En cas de suspicion de psychose, on cherchera à tout prix à avoir une attitude proactive avec ces patients, au besoin en allant les trouver à domicile. Si leurs proches sont inquiets et que le patient refuse de venir à la consultation, on n'hésitera donc pas à aller les visiter chez eux.

A un stade plus avancé, il deviendra en général plus difficile d'entrer en contact, car les patients perdent progressivement conscience de leur état pathologique. Autrement dit, ils reconnaîtront de moins en moins ce qui ne va pas chez eux et seront, au contraire, de plus en plus persuadés

que les problèmes se situent dans le monde qui les entoure. Leurs craintes et leur méfiance n'en seront que renforcées. Une certaine méfiance est fréquemment déjà présente dès le début de la maladie et pose parfois problème dans la relation médecin-patient. S'ajoutent à cela, au fur et à mesure de la progression de la maladie, des idées de persécution et des troubles relationnels. Le patient pourra ainsi croire que certaines mesures sont intentionnellement prises pour lui nuire. Il arrive qu'il intègre aussi le médecin dans ce système de pensée. Celui-ci endosse alors vite un rôle de persécuteur s'il n'y prend pas garde. Il est très important d'éviter tout ce qui pourrait éveiller la méfiance du patient. Rien ne doit être entrepris derrière son dos. Lorsque certaines mesures sont jugées nécessaires, par exemple une consultation chez le psychiatre, il convient toujours d'informer le patient de manière aussi franche et aussi transparente que possible.

Chaque fois que cela est possible, on s'adressera aussi aux proches avec l'accord du patient. Ils peuvent souvent apporter de précieuses informations sur les modifications qu'ils ont observées chez le patient. De plus, l'anamnèse familiale (parents de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> degré atteints de schizophrénie) pourra s'avérer utile, car l'hérédité constitue un facteur de risque significatif de la schizophrénie.

### Diagnostic et conseil éventuel

Un patient présentant un certain risque de schizophrénie ou souffrant déjà d'une psychose avérée devrait être adressé à un psychiatre ou – si possible – à un centre de dépistage (par ex.

adresse mentionnée ci-dessous). On veillera cependant à ce que le patient «se rende réellement là où il est censé aller» et qu'il ne «se perde pas» dans les dédales du système de soins.

Le tableau 1, ainsi que notre check-list pour le profil de risque, donnent quelques indications pratiques pour l'évaluation du risque de psychose [8] (également disponible sur demande auprès de l'auteur). De nombreux signes précoces non spécifiques mentionnés ici peuvent naturellement aussi être présents dans d'autres formes de pathologies psychiatriques. Les signes plus spécifiques comprennent par ex. la méfiance, l'apparition de centres d'intérêt inhabituels ou la survenue de troubles cognitifs progressifs (par ex. «mes pensées sont confuses», «je ne parviens plus à penser clairement») avec une altération persistante de la capacité de performance et enfin des altérations de la perception du vécu.

A ce stade, le *diagnostic différentiel*, c.-à-d. l'exclusion d'une affection organique ou de causes exogènes à l'état psychotique, pouvant aller d'une psychose induite par des drogues à des psychoses accompagnant toute une série d'affections touchant le cerveau, est de la plus haute importance. On notera à cet égard que dans les psychoses schizophréniques aussi les drogues jouent souvent le simple rôle de «révélateurs», sans être véritablement à l'origine de la maladie. Les psychoses de type schizoïde ne devraient donc être taxées de «psychose secondaire à des agents toxiques» que si elles sont dans un rapport temporel *exclusif* avec la prise de drogues (fig. 2 [6]).

Mais d'autres maladies peuvent parfois aussi imiter les symptômes d'une psychose débutante. Nous avons par exemple diagnostiqué, chez un patient qui avait été adressé à notre consultation de dépistage pour cause de changement de comportement avec retrait de la vie sociale, irritabilité et méfiance, un hématome sous-dural chronique, qui a nécessité une intervention chirurgicale en urgence (fig. 3 [6]) [9].

### Centres de dépistage

Il existe aujourd'hui dans de nombreux pays des «centres de dépistage et de traitement précoce des psychoses». Les piliers de cette prise en charge sont, outre le travail de relations publiques, le diagnostic ambulatoire complet et la mise en route de mesures interventionnelles précoces. L'une des priorités absolues est la qualité du premier contact psychiatrique, qui doit «ménager» le patient le plus possible. De nombreux centres ont également mis en place des «équipes mobiles», dont le rôle est d'aller trouver les patients à domicile si le besoin s'en fait sentir. Les efforts de relations publiques ont pour but d'essayer de combattre les préjugés fort répandus dans la population envers la psychiatrie et

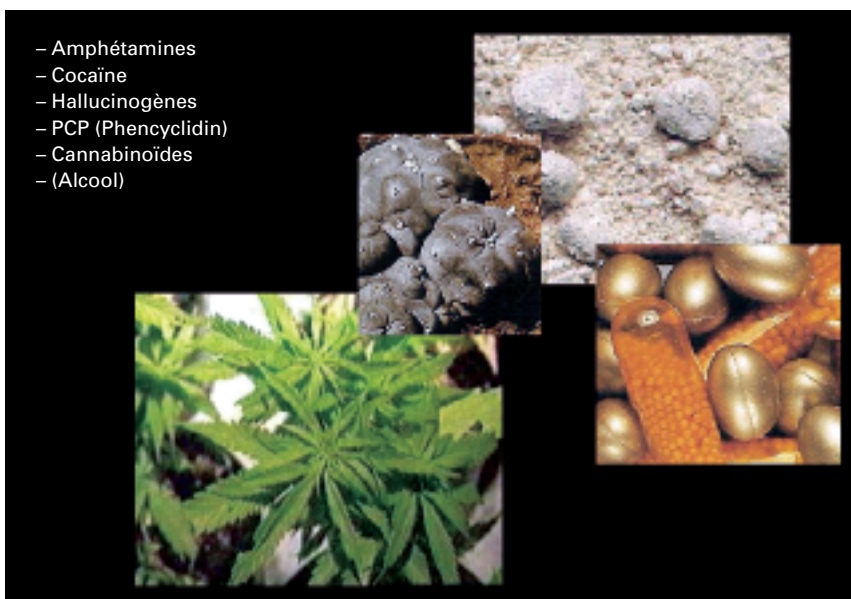
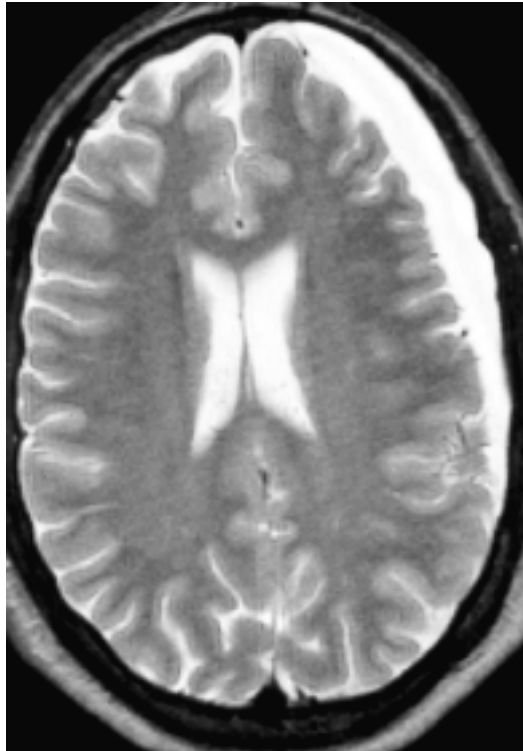


Figure 2  
Facteurs déclenchants des psychoses.



**Figure 3**  
IRM d'un hématome sous-dural [9].

les maladies psychiatriques. Les médecins de premier recours peuvent y acquérir une formation sur le dépistage des psychoses et sur les contacts avec les patients concernés. Le premier centre suisse a été créé en 1999. Il s'agit du «FEPSY», *Früherkennung von Psychosen*, dans la polyclinique de psychiatrie de l'Hôpital Universitaire de Bâle (cf. adresse ci-dessous).

### Intervention précoce

Après que le diagnostic ait été posé par le spécialiste, il faut avoir un entretien approfondi avec le patient et, pour autant qu'il l'accepte, avec son médecin traitant. Un plan de traitement sera ensuite établi en accord avec le patient, en incluant autant que possible le collègue établi et l'entourage proche.

De nombreux centres, comme par exemple celui de la polyclinique bâloise, proposent en outre des programmes d'intervention précoce. Le concept de traitement, qui repose aujourd'hui chaque fois que cela est possible sur un suivi ambulatoire, dépend évidemment du stade de la psychose ou du degré de certitude du diagnostic et comprend simplement des activités de conseil et des mesures de soutien non spécifiques. En cas de décompensation psychotique évidente, on passe rapidement à la prescription de neuroleptiques (de préférence des neuroleptiques atypiques faiblement dosés), à une psychothérapie de soutien, la plupart du temps à une psychoédu-

cation, à des programmes de thérapie du comportement et d'entraînement mental, dont certains ont été spécialement développés pour les patients qui se trouvent au stade initial de la maladie (tab. 6, 7 ↻) (cf. par ex. Edwards / McGorry [10]).

Il convient d'avoir une approche globale, tant au niveau du conseil que des mesures thérapeutiques. Il s'agit en fait de tenir compte du contexte global, notamment professionnel ou de formation, familial et relationnel, des loisirs, des finances et des conditions de logement. Cela suppose une approche multidisciplinaire intégrant aussi bien les médecins, les travailleurs sociaux, les psychologues, les infirmiers en psychiatrie que les rééducateurs, les conseillers professionnels, etc. On attachera une importance particulière à la réintégration rapide dans le milieu scolaire/professionnel (pas d'incapacités/dispenses «à durée indéterminée», ni sans mesures de réintégration ou traitement!).

### Résumé et conclusions

Depuis quelques décennies, l'évolution des psychoses schizophréniques est bien plus favorable. De nouvelles stratégies thérapeutiques ont permis à de nombreux patients de retrouver une vie relativement normale. Il y a cependant encore trop de cas dont l'évolution est défavorable, où la maladie devient chronique, et qui finissent en invalidité précoce. Le dépistage et la mise en route rapide d'un traitement approprié pourraient permettre d'améliorer de manière absolument décisive l'évolution de ces patients schizophréniques.

**Tableau 6. Formes de traitement et de réhabilitation.**

|   |
|---|
| Neuroleptiques                                |
| Information/psychoéducation                   |
| Psychothérapie                                |
| Programmes d'entraînement psychologique       |
| Réhabilitation professionnelle                |
| Mesures sociales                              |
| Case Management/Assertive Community Treatment |
| Travail avec les proches                      |

**Tableau 7. Éléments de la psychothérapie.**

|  |
|--|
| Conseil  |
| Soutien  |
| Thérapie comportementale et techniques cognitives        |
| pour la réduction des troubles cognitifs                 |
| pour l'amélioration de la compétence sociale             |
| pour la maîtrise des émotions                            |
| Psychoéducative  |
| Attention: éviter l'hypo-, mais aussi l'hyperstimulation |

En général, le premier interlocuteur vers lequel ces patients ou leurs proches peuvent se tourner n'est pas le psychiatre, mais bien le médecin traitant ou le généraliste.

Le praticien de premier recours joue ainsi un rôle clé dans la prise en charge. Il est la première personne de confiance auprès de laquelle ces patients particulièrement inquiets et craintifs peuvent chercher de l'aide. Il est souvent le seul à pouvoir effectuer le difficile exercice d'équilibre qui consiste à persuader le patient de la nécessité de se soumettre aux investigations complémentaires nécessaires et au traitement éventuellement indiqué, tout en évitant de le repousser encore davantage dans ses retranchements et de renforcer sa méfiance.

C'est en définitive souvent sur le médecin traitant que repose la responsabilité d'assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique. Les patients psychotiques ou prépsychotiques

«se perdent» en effet encore bien trop souvent au cours du processus d'investigations ou dans le courant de la thérapie – seul le médecin traitant est alors habituellement en mesure d'assurer une certaine continuité ou le rétablissement de la prise en charge. Après tout, il connaît mieux que quiconque la situation familiale et sociale de son patient et il est le mieux à même d'activer ou de réactiver les différents systèmes d'aide.

Le médecin traitant occupe une position centrale dans le dépistage et le traitement des psychoses débutantes.

### Centre de dépistage de l'Hôpital universitaire de Bâle

FEPSY (zur Früherkennung von Psychosen) – Consultation de la Polyclinique psychiatrique universitaire, Petersgraben 4, CH-4031 Bâle, Tél. 061 265 50 40, Fax 061 265 45 88, <http://fepsy.uhbs.ch>, e-mail: [fepsy@uhbs.ch](mailto:fepsy@uhbs.ch).

### Références

- Rössler W, Joachim SH, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:399–409.
- Häfner H, Riecher A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W, et al. Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1991;59:343–60.
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, et al. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:380–6.
- Riecher-Rössler A. Die beginnende Schizophrenie als «Knick in der Lebenslinie». In: Schneider H, ed. *Lieben und Arbeiten – der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens. Schriftenreihe des Psychotherapie-Seminars Freudenstadt*. Heidelberg: Mattes Verlag; 1999. p. 23–40.
- Riecher-Rössler A, Häfner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;58–62.
- Riecher A, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B, an der Heiden W, et al. Gender differences in age at onset and course of schizophrenic disorders. A contribution to the understanding of the disease? In: Häfner H, Gattaz WF, eds. *Search for the causes of schizophrenia*. Vol. II. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 1990. p. 14–33.
- Riecher-Rössler A, Borgwardt S, Pflüger M, Aston J, Rössler W. Early detection and treatment of schizophrenia – how early? *Acta Psychiatr Scand* 2006;429:73–80.
- Aston J, Gschwandtner U, Riecher-Rössler A. Screening zur Früherkennung von Psychosen in der Hausarztpraxis. *Schweiz Med Forum* 2002;2:971–4.
- Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J, Drewe M, Radü EW, Riecher-Rössler A. Chronisches subdurales Hämatom bei einem Patienten mit Verdacht auf Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 2004;75:691–3.
- Edwards J, McGorry PD. *Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services*. London: Dunitz; 2002.
- Häfner H, Nowotny B, Löffler W, an der Heiden W, Maurer K. When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;246:17–28.
- Riecher-Rössler A. Früherkennung schizophrener Psychosen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J, eds. *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. München: Urban & Fischer; 2005. p. 522–33.
- Gross G. Prodrome und Vorpostensyndrome schizophrener Erkrankungen. In: Huber G, ed. *Schizophrenie und Zyklothymie*. Stuttgart: Thieme; 1969. p. 177–89.
- Huber G, Gross G, Schüttler R. Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945 bis 1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. *Monogr Gesamtgeb Psychiatr Psychiatry Ser* 1979;21:1–399.
- Lewine RR. Sex differences in age of symptom onset and first hospitalization in schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 1980;50:316–22.
- Haas GL, Sweeney JA. Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophr Bull* 1992;18:373–86.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183–8.
- Beiser M, Erickson D, Fleming JA, Iacono WG. Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:1349–54.
- McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305–26.
- Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr Bull* 1996;22:241–56.
- Ho BC, Andreasen NC, Flaum M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:808–15.
- Norman RM, Townsend L, Malla AK. Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *Br J Psychiatry* 2001;179:340–5.
- Fuchs J, Steinert T. Inanspruchnahme professioneller Hilfe, Einweisungswege und Dauer der unbehandelten Psychose bei erstmals stationär aufgenommenen Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002;70:40–5.
- Malla AK, Norman RM, Manchanda R, Ahmed MR, Scholten D, et al. One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophr Res* 2002;54:231–42.
- Perkins D, Lieberman J, Gu H, Tohen M, McEvoy J, et al. Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. *Br J Psychiatry* 2004;185:18–24.
- Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:143–50.

Correspondance:  
Prof. Anita Riecher-Rössler  
Psychiatrische Poliklinik  
Universitätsspital  
Petersgraben 4  
CH-4031 Basel  
[ariecher@uhbs.ch](mailto:ariecher@uhbs.ch)